

Farklı sağlık kurumlarında acil servis yapılanmaları

Prof. Dr. Mehtap Bulut



1970'te Adıyaman'da doğdu. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi (1994). Sandıklı/Afyon Devlet Hastanesi Acil Servisine pratisyen hekim olarak atandı (1994). 2000 yılında acil tıp uzmanı, 2004 yılında yardımcı doçent, 2006 yılında ise doçent doktor oldu. 2007-2009 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı görevini yürüttü. 2009-2013 yılları arasında ise önce Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, ardından Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Acil Tıp Klinik Şefi olarak görev yaptı. 2013 yılında profesör oldu. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı olarak çalışan Dr. Bulut evlidir ve bir çocuk annesidir.



Ani gelişen, beklenmedik bir hastalık, kaza veya yaralanma durumlarında oluşan sağlık sorunlarında sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla, hastanın acil serviste değerlendirilmesi, tanısının konulması, ilk tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması için hastane acil servislerinde sunulan sağlık hizmetlerine acil servis hizmetleri denmektedir. Bu makalede özellikle son yıllarda acil servislerde yapısal ve fonksiyonel olarak yapılan değişiklikler ve yenilikler ile yaşanan aksaklıklar ve çözüm önerilerine yer verilecektir. Ülkemizde mevcut yasa ve yönetmelikler çerçevesinde özel ve kamuya ait tüm hastaneler 24 saat/365 gün kesintisiz olarak acil sağlık hizmeti verirler. Acil servis hizmeti gerek devlet hastanelerinde gerekse özel hastanelerde hastaların, yaş, cinsiyet, başvuru şekli, ödeme gücüne ve sosyal güvencesi olup olmadığına bakmaksızın, sunulan bir sağlık hizmetidir. Acil servise başvuran her hastanın acil tıbbi değerlendirme ve ilk müdahalesi yapılır. Hayatını tehdit eden veya etmesi olası

sorunlar saptanarak gerekli tedavisi ve sonrasında stabilizasyonu sağlanır.

Ülkemizde acil servislerin fiziki şartları, personel, sarf malzeme, ilaç ve tıbbi donanım bakımından asgari standartlarını belirleyen herhangi bir mevzuat düzenlemesi bulunmadığından mevcut acil servislerin günümüzün modern şartlarına uygun olarak yeniden yapılandırılması, ülke genelinde birlik sağlanması amacıyla 16 Ekim 2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmi Gazete’de “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” yayımlanmıştır. Bu tebliğle birlikte; ülkemizde gerek kamu gerekse özel hastanelerde sunulmakta olan acil servis hizmetlerinin günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak iyileştirilmesi, acil servislerin fiziki altyapı, personel, sarf malzeme, ilaç ve tıbbi donanım bakımından asgari standartlarını belirlenmesi ve seviyelendirilmesi sağlanmıştır. Acil servislerimiz bu tebliğin yürürlüğe girmesinden sonra I., II. ve III. Seviye olarak seviyelendirilmiştir. Türkiye genelinde toplam 1401 adet Sağlık

Bakanlığı, 1215 tane özel ve üniversite hastanesi acil servisleri seviyelendirme işlemleriyle hastanelerin acil servislerinin yüzde 87’si tescil edilmiştir. Seviyelendirme işleminden başka, yurtdışında birçok ülkenin acil servislerinde uygulanan triyaj uygulaması esasları ve renk kodu uygulaması ilk defa bu tebliğde belirtilmiştir.

Trijaj uygulamasında hastalar acil servise başvuru zamanına göre değil, mevcut şikayet ve tıbbi durumlarının aciliyetine göre sınıflandırılmaktadırlar. Acil serviste değerlendirme bu triyaj işlemiyle başlar. Triyaj uygulaması, ideal olarak varsa ambulans ve acil bakım teknikeri (paramedik) veya acil tıp teknisyeni (ATT) tarafından yapılmalıdır. Eğer bu sağlık personelleri yoksa hemşire, sağlık memuru gibi diğer yardımcı sağlık personeli tarafından da yapılabilir. Triyaj uygulaması ile hastalar, kırmızı, sarı ve yeşil renklerle kullanılarak hekim tarafından değerlendirilme/muayene edilme ile tetkik ve tedavi bakımından öncelik sırasına konulmaktadır. Bu değerlendirme sonrası gene bu tebliğde belirtilen acil servis içerisinde oluşturulan ilgili alanlara (kırmızı alan/resustasyon odası, sarı ve yeşil alanlara/odalara) hastalar alınarak uygun tıbbi müdahale ve tedavi sürecine başlanır. Artık günümüzde tüm dünyada triyaj uygulaması acil tıp hizmetlerinin ilk ve vazgeçilmez bir basamağı olmuştur. Acil servislerde kullanılmak üzere birçok ülke kendi ulusal triyaj sistemlerini geliştirmiştir. Bu triyaj sistemleri hastaları üç ya da beş sınıfa ayırmaktadır. Ülkemizde ise 3 basamaklı ve renk kodlamasının yapıldığı bir triyaj sistemi uygulanmaktadır. Son yıllarda

Trijaj uygulamasında hastalar başvuru önceliğine göre değil, tıbbi durumlarının aciliyetine göre sıralanmaktadır. Acil serviste değerlendirme, hastaların tıbbi önceliklerinin belirlenmesi anlamına gelen bu triyaj işlemiyle başlar. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renklerle kullanılmaktadır.





özellikle 5 basamaklı triyaj sistemlerinin uygulanması önerilmektedir. Bu nedenle şu an uyguladığımız 3 basamaklı triyaj sistemimizi tekrar gözden geçirmek gerekmektedir. Yine dünyadaki tüm triyaj sistemlerinde doktorun hastayı görme süresi sınıflandırma önceliğine uygun olarak belirtilmiştir. Örnek verecek olursak kırmızı alan hastasının veya triyaj sınıfı 1 olan hastanın doktor tarafından hemen değerlendirilmesi gerekirken, yeşil alan veya en son önceliği olan triyaj sınıfı 5 olan yani acil olmayan hasta doktorun değerlendirmesi için 2-4 saat acil servis bekleme alanında beklemektedir. Ancak mevcut triyaj sistemimizde hastaların doktor tarafından değerlendirilmesi için bekleme süreleri ile ilgili bir bilgi yoktur. Ülkemizde şu anki mevcut triyaj sisteminde en önemli sorun bu bekleme sürelerinin olmamasıdır. Bu nedenle en kısa zamanda bir yasal düzenleme ile uluslararası diğer triyaj sistemleri ve ülkemizin iç dinamiklerine göre doktorun hastayı görme süreleri belirlenmelidir.

Acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi, bir ülkenin sağlık sisteminin geliştirilmesinde en önemli aşamalardan birisi olmakla birlikte maalesef ülkemizde yıllarca hak ettiği ilgiyi görmemiştir. Son yıllarda acil servislerde artan bir hasta yoğunluğu gözlenmekte, bu durum da acil hastaların değerlendirilmelerinde ve tedavilerinde gecikmeye ve dolayısıyla prognozunda kötüleşmeye neden olmakta, hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu hasta yoğunluğu; nüfus artışı, ortalama yaşam süresinin uzaması, iç göçler ve acil

yakınması olmayan hastaların da acil servise başvurmaları ile ilişkilendirilmektedir. Özellikle ülkemizde diğer ülkelere oranla acil servislere çok fazla sayıda hasta başvurmaktadır. 2015 yılı verilerine göre; Sağlık Bakanlığı hastaneleri toplam muayene sayıları 307 milyon (yüzde 80), acil servis muayene sayısı 92 milyon (yüzde 83) olup bu rakamlar sırasıyla özel hastanelerde 72 milyon (yüzde 19) ve 13,5 milyon (yüzde 12), üniversite hastanelerinde ise 3,5 milyon (yüzde 1) ve 5 milyon (yüzde 5) olarak saptanmıştır. 14 Genel bir bakış açısından baktığımızda ülkemizde 382 milyonun üzerinde hastane polikliniği, 110 milyonu geçen -ülke nüfusumuzun 77 milyon olduğunu varsayarsak- acil servis başvurusu mevcuttur. Bu verilerden yola çıkarak toplam hastane başvurusunun yüzde 30-35'i acil servise yapılmaktadır. Bu oranın gelişmiş ülkelerde yüzde 5-8'lerde olduğu bildirilmektedir. ABD'nin 300 milyon nüfusu ve yıllık 130 milyon acil servis başvurusu, İngiltere'nin ise 50 milyonun üzerinde nüfusu, 20 milyon acil servis başvurusu olduğu bildirilmektedir. Bir diğer çarpıcı veri, devlet üniversitelerinin gerek toplam muayene gerekse de acil servis muayene sayılarının çok düşük olmasıdır. Özellikle de kamu hastaneleri acil servislerine başvuran hastaların yüzde 65-70'inin acil olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle triyaj uygulaması ile hastaların kırmızı-sarı-yeşil alanlara bölünerek bakılması ile sorun çözülmek istenmiş ancak başarılı olunamamıştır. Sonrasında 2012 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan "Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması" genelgesi ile acil servislere başvuran ancak acil olmayan hastalar-

dan katkı payı alınması uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulamalarla yoğun yeşil hasta baskısından dolayı ciddi mağdur olan özellikle sarı ve kırmızı alan hastalarının zamanında ve daha kaliteli bir acil servis hizmetinin verilmesi amaçlanmıştır. Maalesef ki "Yeşil Alan Katkı Payı Uygulaması" ile acil servislerdeki aşırı yoğunluk azaltılamamıştır. Başarısızlığın en büyük nedeni kanımca; genelge ile tanımlanan "yeşil alan hasta" kavramının tüm dünyada uygulanan kanıtlanmış triyaj sistemlerindeki "yeşil alan hasta" tanımı ile uyuşmaması ve daha dar bir hasta grubunu kapsamamasıdır. Bunun yanı sıra diğer nedenler olarak; hasta acil serviste hekim tarafından değerlendirilecek, tedavisi uygulanacak sonrasında hasta "yeşil alan" ise katkı payı alınacak olması (Bu katkı payı ya ilaç alırken eczanelerde ya da emekliyse maaşlarından ödenecek) ve bu katkı payının devlet hastanelerinde 5 TL, özel hastanelerde ise 12 TL gibi görece düşük olması sayılabilir.

Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştığı durumda, kişilerin sağlık sorunları acil bir hal almadan sağlık kurumlarına başvurmaları beklenir ki bu durum da acil servislere başvuru oranlarını düşürecektir. Genel olarak gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede acil servise başvuru maliyetleri normal polikliniğe başvuru maliyetinden yüksektir. Bu durum, acil servise başvuran hasta sayısını düşürmektedir. Bu duruma örnek olarak ABD'de yapılan bir çalışma sonuçları gösterilebilir. Çalışmada, sağlık sigortası olmayan ve sağlık hizmetine ulaşamayan kişilerin sigorta kapsamına alındıktan

Hastanelerin “vitriini” olarak ifade edilen acil servisler, son yıllarda yapılan birtakım yasal düzenlemelerle fiziki altyapı, donanım ve tıbbi teknoloji imkânları bakımından ciddi anlamda iyileştirilmişler ve çağın gereklerine göre yeniden yapılandırılmışlardır. Ancak acil servis hasta başvuru sayılarının her geçen gün artması nedeniyle gerçekte hizmet verilmesi gereken kritik hastalara hızlı, doğru ve etkin bir sağlık hizmeti sunulmasında ciddi sorunlar ve aksaklıklar yaşanmaktadır.

sonra sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştığı dolayısıyla arttığı ve acil servislere başvuru oranlarının anlamlı şekilde düştüğü gösterilmektedir. Ayrıca ABD’de acil servise başvuru maliyeti normal polikliniğe başvuru maliyetinin dört katına kadar çıkmaktadır. Bu nedenle acil servise başvuruların azalması harcamalar açısından da önem taşımaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişim artmış ve kolaylaşmış olmakla birlikte maalessif ki acil servislere başvuru oranlarının düşmesi beklentisi gerçekleşmemiştir. Tam aksine oldukça yüksek rakamlara ulaşmıştır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı’nın Sağlıkta Verimlilik Bülteni Kasım 2014 tarihli sayısında acil servislere yaşanan sorunların kaynakları olarak şunlar ifade edilmektedir:

1. Basamak sağlık hizmetlerinin olmaması nedeniyle hastaların aile hekimleri veya hastane poliklinikleri yerine acil servisi tercih etmesi,
2. Hastaların hastane içi polikliniklerden (enjeksiyon yaptırılması, kısa süreli serum tedavileri ve tetkik yaptırılması gibi) ve hastane dışından acil servislere uygunsuz olarak yönlendirilmesi,
3. Hastaların hastanelerde randevu almadan muayene olma olanaklarının



olmaması dolayısıyla randevusuz hizmet veren tek yer olan acil servislere başvurmak zorunda kalması,

4. Özellikle devlet hastanelerinde yoğun olarak yapılan adli vaka giriş-çıkış muayeneleri, enjeksiyonlar, ameliyat olmuş hastaların pansuman ve dikiş alma işlemleri, idrar sondası takma veya çıkartılması gibi acil olmayan durumların acil servis üzerinde çok ciddi anlamda bir iş yükü oluşturması şeklinde sıralanmaktadır.

Sonuç olarak; klasik bir deyimle hastanelerin “vitriini” olarak ifade edilen acil servisler, son yıllarda yapılan birtakım yasal düzenlemelerle fiziki altyapı, donanım ve tıbbi teknoloji imkânları bakımından ciddi anlamda iyileştirilmişler ve çağın gereklerine göre yeniden yapılandırılmışlardır. Ancak acil servis hasta başvuru sayılarının her geçen gün artması nedeniyle gerçekte hizmet verilmesi gereken kritik hastalara hızlı, doğru ve etkin bir sağlık hizmeti sunulmasında ciddi sorunlar ve aksaklıklar yaşanmaktadır. Öncelikle halkımızı acil servisleri poliklinik veya aile hekimi yerine değil de gerçek tanımına uygun olarak kullanmaları için eğitim vb. yollarla bilinçlendirmek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve mevcut yasal düzenlemelerin en kısa zamanda tekrar gözden geçirilerek çözüme odaklı hale getirilmesi neticesinde daha doğru, uygun, verimli ve kaliteli acil servis hizmetleri sağlanacaktır.

Kaynaklar

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete Sayısı: 24046. Resmi Gazete Tarihi: 11.05.2000

Acil Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 27.01.2012 Tarih ve 2012/10 Sayılı Genelge.

Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 26.03.2014 Tarih ve 2014/13 Sayılı Genelge.

American College of Emergency Physicians Board

of Directors. Definition of Emergency Medicine and Emergency Physician. Ann Emerg Med. 1986; 15: 1240-1241.

Bektemür G, Osmanbeyoğlu N, Cander B. Acil Hizmetler Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği. Eurasian J Emerg Med 2015; 14 (Özel Sayı 1): 1-38

Derlet RW, Kinser D, Ray L, et al. Prospective Identification and Triage of Nonemergency Patient Out of An Emergency Department: A 5 Year Study. Ann Emerg Med. 1995; 25: 215-223.

Kellermann AL, Conway C, Young E, et al. Nonurgent Emergency Department Visits. Meeting An Unmet Need. JAMA 1994; 271: 1953-1954.

McWilliams JM, Meara E et al, “Use of Health Services by Previously Uninsured Medicare Beneficiaries” New England Journal of Medicine, 2007

Schneider SM, Hamilton GC, Moyer P, et al. Definition of Emergency Medicine. Acad Emerg Med. 1998; 5 (4): 348-351.

Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, et al. Emergency Department Crowding, Part 1 Concept, Causes, and Moral Consequences. Ann Emerg Med. 2009; 53: 605-611.

Pines JM, Prabhu A, Hilton JA, et al. The Effect of ED Crowding on Education. Am J Emerg Med. 2010; 28 (2): 217-220.

Shiber JR, Longley MB, Brewer KL. Hyper-use of the ED. Am J Emerg Med. 2009; 27: 588-594.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı. s:3-51. Ankara, 2011

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu. İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı. Sağlıkta Verimlilik Bülteni. Acil Servisler. s:20-24:2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu. İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı. Genel Sağlık İstatistikleri. saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php. (Erişim Tarihi: 14 Şubat 2017).

Türkiye Ekonomileri Araştırma Vakfı. Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışı mı ifade ediyor? TEPAV Politika Notu. s:1-6; 2010.

Türkiye’de Özellikle Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri: 2011-2023. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. s:28-33:2011

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete Sayısı: 27378. Resmi Gazete Tarihi: 16 Ekim 2009.