

# Acil Serviste Liderlik ve Yönetim

---

En İyi İlkeler ve Uygulama



© Copyright 2023

*Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Kitabevi A.Ş.'ye aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.*

<b>ISBN</b>	<b>Orijinal ISBN</b>
978-625-8430-41-7	978-1-107-00739-0
<b>Kitap Adı</b>	<b>Orijinal Kitap Adı</b>
Acil Serviste Liderlik ve Yönetim	Emergency Department Leadership and Management
<b>Çeviri Editörü</b>	<b>Baş Editör</b>
Şervan GÖKHAN ORCID iD: 0000-0002-1758-3383	Stephanie Kayden MD, MPH
<b>Yayın Koordinatörü</b>	<b>Baskı ve Cilt</b>
Yasin DİLMEN	Vadi Matbaacılık
<b>Sayfa ve Kapak Tasarımı</b>	<b>Bisac Code</b>
Akademisyen Dizgi Ünitesi	MED030000
<b>Yayıncı Sertifika No</b>	<b>DOI</b>
47518	10.37609/akya.2469

#### **Kütüphane Kimlik Kartı**

Acil Serviste Liderlik ve Yönetim / Stephanie Kayden MD, çeviri editörü: Şervan Gökhan.  
Ankara : Akademisyen Yayınevi Kitabevi, 2023.  
362 sayfa. : şekil, tablo ; 195x275 mm.  
Özgün Eser Adı : Emergency Department Leadership and Management.  
Kaynakça var.  
ISBN 9786258430417  
1. Acil Tıp 2. Emergency Medicine

#### **UYARI**

*Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. Akademisyen Kitabevi ve alıcı arasında herhangi bir şekilde doktor-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşturmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleniği veya yedeği değildir. Akademisyen Kitabevi ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.*

*İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozunu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonlarını belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan güncel ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanarak oluşturulması, hekimin kendi sorumluluğundadır.*

*Akademisyen Kitabevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan ürüne dair değişiklikler, tekrar paketlemeler ve özelleştirmelerden sorumlu değildir.*

## **GENEL DAĞITIM**

**Akademisyen Kitabevi A.Ş.**

Halk Sokak 5 / A Yenışehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

# Acil Serviste Liderlik ve Yönetim

## En İyi İlkeler ve Uygulama

Baş Editör

**Stephanie Kayden MD, MPH**

Chief,  
Acil Tıp Bölümü Uluslararası Acil Tıp ve İnsani Yardım  
Programları Birimi,  
Brigham ve Kadın Hastanesi  
Harvard Tıp Fakültesi, Boston, MA, USA

Çeviri Editörü

**Prof. Dr. Şervan GÖKHAN**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp  
AD., Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği,

Editörler

**Philip D. Anderson MD, MPH**

Kalite Yönetimi Müdür Yardımcısı  
Acil Tıp Bölümü, Beth Israel Deaconess  
Tıp Merkezi, Harvard Tıp Fakültesi, Boston, MA, USA

**Robert Freitas MHA**

Yönetici  
Acil Tıp Danışmanlık Birimi, Harvard Tıp Fakültesi, Uzman  
Doktor,  
Tıp Merkezi, Boston, MA, USA

**Elke Platz MD, MS**

Acil Ultrason Araştırmaları Müdürü  
Acil Tıp Bölümü, Brigham ve Kadın Hastanesi Harvard Tıp  
Fakültesi,  
Boston, MA, USA



# Önsöz

Acil servisler sağlık sistemleri içinde insan hareketliliğinin çok fazla olduğu, verilen tıbbi hizmetlerin hayati önem arz ettiği ve sağlık hizmetlerinin en fazla görünür olduğu alanlardır. Aynı zamanda birden çok karmaşık süreci ve sürekli bir kaotik durumu içinde barındırmasıyla da acil servisler diğer alanlardan farklılık göstermektedir. Bu ve buna benzer birçok özelliğinden dolayı acil servis yönetimi ve burada sergilenmesi gereken liderlik özellikleri büyük önem taşımaktadır. Acil Serviste Liderlik ve Yönetim kitabı bu alanda dünya genelinde bilinen en kapsamlı kitaplardan bir tanesidir. Acil Serviste Liderlik ve Yönetim kitabı sadece acil servis yönetici hekim ve hemşirelerine değil aynı zamanda sağlık sistemimizdeki tüm yöneticilere fayda sağlayıp ufuk açacak bir kaynak eser niteliğindedir.

Bu eserin hazırlanmasında emeği geçen meslektaşlarıma, beraber çalıştığım mesai arkadaşlarıma, dizgi ekibi ile Akademisyen kitabevine ve her zaman desteklerini yanımda hissettiğim aileme teşekkürü borç biliyorum.

*Faydalı olması dileğimle...*

Prof. Dr. Şervan GÖKHAN  
Nisan 2023, Ankara



# İçindekiler

## KISIM 1 – Liderlik İlkeleri

<b>BÖLÜM 1</b>	<b>Acil Tıpta Liderlik .....</b>	<b>1</b>
	<i>Robert L. Freitas</i> Çeviri: Dr. Şervan GÖKHAN	
<b>BÖLÜM 2</b>	<b>İşyerindeki Çatışmaların Tespiti ve Çözümü .....</b>	<b>14</b>
	<i>Robert E. Suter ve Jennifer R. Johnson</i> Çeviri : Dr. Onur KARAKAYALI	
<b>BÖLÜM 3</b>	<b>Değişim Yönetimi: Üç Temel Değişim Stratejisine Genel Bir Bakış .....</b>	<b>21</b>
	<i>Andrew Schenkel</i> Çeviri : Dr. Eyüp KARAOĞLU	
<b>BÖLÜM 4</b>	<b>Liderlik Ekibinin Kurulması .....</b>	<b>31</b>
	<i>Peter Cameron</i> Çeviri : Dr. İsmail Erkan AYDIN, Dr. Şervan GÖKHAN	
<b>BÖLÜM 5</b>	<b>Acil Servisin Hastane Kapsamındaki Rolünün Belirlenmesi .....</b>	<b>39</b>
	<i>Thomas Fleischmann</i> Çeviri : Dr. Mahmut TAŞ	
<b>BÖLÜM 6</b>	<b>Klinik Takım Yapılanması İçin Stratejiler: Tıpta Takımların Önemi .....</b>	<b>47</b>
	<i>Matthew M. Rice</i> Çeviri : Dr. Çağdaş YILDIRIM	

## KISIM 2 – Yönetim İlkeleri

<b>BÖLÜM 7</b>	<b>Acil Servislerde Kalite Teminatı .....</b>	<b>57</b>
	<i>Philip D. Anderson and J. Lawrence Mottley</i> Çeviri : Dr. Ali BATUR	
<b>BÖLÜM 8</b>	<b>Acil Servis Politikaları ve Prosedürleri .....</b>	<b>74</b>
	<i>Kirsten Boyd</i> Çeviri : Dr. Abdullah ŞEN	
<b>BÖLÜM 9</b>	<b>Acil Serviste İyi Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği .....</b>	<b>91</b>
	<i>Carrie Tibbles and Jock Hoffman</i> Çeviri : Dr. Elif ÇELİKEL	
<b>BÖLÜM 10</b>	<b>Acil Serviste Personel Geliştirme .....</b>	<b>99</b>
	<i>Thomas Fleischmann</i> Çeviri: Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK	

<b>BÖLÜM 11</b>	<b>Acil Servislerde Maliyetler .....</b>	<b>111</b>
	<i>Matthias Brachmann</i> Çeviri : Dr.Tuğba ATMACA TEMREL	
<b>BÖLÜM 12</b>	<b>İnsan Kaynakları Yönetimi .....</b>	<b>120</b>
	<i>Mary Leupold</i> Çeviri : Dr. Duygu TÜRKOĞLU, Dr. Güven BEKTEMUR	
<b>BÖLÜM 13</b>	<b>Proje Yönetimi .....</b>	<b>133</b>
	<i>Lee A. Wallis, Leana S. Wen ve Sebastian N. Walker</i> Çeviri : Dr. Mehmet Serkan YURDAKUL	
<b>BÖLÜM 14</b>	<b>Daha Yüksek Hasta, Çalışan ve Hekim Memnuniyeti, Sağlık Hizmeti Sonlanımlarının Nasıl Daha İyi Olmasını Sağlar?.....</b>	<b>144</b>
	<i>Christina Dempsey, Deidre Mylod ve Richard B. Siegrist, Jr.</i> Çeviri : Dr. Yenal KARAKOÇ, Dr. Mahmut YAMAN	
<b>BÖLÜM 15</b>	<b>Liderin Araç Kutusu: Hemşirelik veya Tıp Okullarında Öğretilmeyen Hususlar.....</b>	<b>155</b>
	<i>Robert L. Freitas</i> Çeviri : Dr. Erkut EROL	
<b>KISIM 3 – Çalışma Prensipleri</b>		
<b>BÖLÜM 16</b>	<b>İhtiyaçların Değerlendirilmesi.....</b>	<b>163</b>
	<i>Manuel Hernandez</i> Çeviri : Dr. Beliz ÖZTOK TEKLEN	
<b>BÖLÜM 17</b>	<b>Acil servis tasarımı .....</b>	<b>175</b>
	<i>Michael P. Pietrzak ve James Lennon</i> Çeviri : Dr. Emre GÖKÇEN	
<b>BÖLÜM 18</b>	<b>Acil Serviste Bilişim .....</b>	<b>191</b>
	<i>Steven Horng, John D. Halamka ve Larry A. Nathanson</i> Çeviri : Dr. Tamer ÇOLAK	
<b>BÖLÜM 19</b>	<b>Trijaj Sistemleri.....</b>	<b>203</b>
	<i>Shelley Calder ve Elke Platz</i> Çeviri : Dr. İshak ŞAN	
<b>BÖLÜM 20</b>	<b>İstihdam Modelleri .....</b>	<b>212</b>
	<i>Kirk B. Jensen, Daniel G. Kirkpatrick, and Thom Mayer</i> Çeviri : Dr. Gültekin KADI	
<b>BÖLÜM 21</b>	<b>Acil Servis Kılavuzları ve Klinik Yönergeleri .....</b>	<b>223</b>
	<i>Jonathan A. Edlow</i> Çeviri : Dr. Uğur ÖZKULA	
<b>BÖLÜM 22</b>	<b>Acil Servis Gözlem Üniteleri.....</b>	<b>234</b>
	<i>Christopher W. Baugh ve J. Stephen Bohan</i> Çeviri : Dr. Ahmet Fatih KAHRAMAN	
<b>BÖLÜM 23</b>	<b>Acil Serviste Hasta Akışının Optimizasyonu.....</b>	<b>247</b>
	<i>Kirk Jensen ve Jody Crane</i> Çeviri : Dr. Serkan DEMİRCAN	



<b>BÖLÜM 24</b>	<b>Acil Servis Yoğunluğu .....</b>	<b>257</b>
	<i>Venkataraman Anantharaman and Puneet Seth</i>	
	<i>Çeviri : Dr. Atakan SAVRUN</i>	
<b>BÖLÜM 25</b>	<b>Acil Serviste Uygulama Yönetimi Modelleri .....</b>	<b>270</b>
	<i>Robert E. Suter and Chet Schrader</i>	
	<i>Çeviri : Dr. Aysel Begüm AKIN</i>	
<b>BÖLÜM 26</b>	<b>Acil Hemşireliği .....</b>	<b>279</b>
	<i>Shelley Calder and Kirsten Boyd</i>	
	<i>Çeviri : Dr. Nazlı GÖRMELİ KURT, Dr. Murat ORAK</i>	
<b>KISIM 4 – Özel Başlıklar</b>		
<b>BÖLÜM 27</b>	<b>Afet Yönetimi .....</b>	<b>287</b>
	<i>David Callaway</i>	
	<i>Çeviri : Dr. Fatih TANRIVERDİ</i>	
<b>BÖLÜM 28</b>	<b>Medya ile Çalışmak.....</b>	<b>298</b>
	<i>Peter R. Brown</i>	
	<i>Çeviri : Dr. Bulut DEMİREL</i>	
<b>BÖLÜM 29</b>	<b>Acil Serviste Özel Timler (Takımlar).....</b>	<b>307</b>
	<i>David Smith and Nadeem Qureshi</i>	
	<i>Çeviri : Dr. Mehmet Akif KARAMERCAN</i>	
<b>BÖLÜM 30</b>	<b>Hastane Öncesi Sistemlerle Etkileşim.....</b>	<b>313</b>
	<i>Scott B. Murray</i>	
	<i>Çeviri : Dr. Mehmet ERGİN</i>	
<b>BÖLÜM 31</b>	<b>Temel Tıp Eğitiminde Acil Tıp .....</b>	<b>324</b>
	<i>Julie Welch and Cheri Hobgood</i>	
	<i>Çeviri : Dr Ayhan ÖZHASENEKLER, Dr Nazlı GÖRMELİ KURT</i>	
<b>BÖLÜM 32</b>	<b>Acil Servis Yardımı .....</b>	<b>332</b>
	<i>Meaghan Cussen</i>	
	<i>Çeviri : Dr. Serdar Çağrı ELGÖRMÜŞ</i>	
<b>BÖLÜM 33</b>	<b>Çeşitlilik için Planlama .....</b>	<b>344</b>
	<i>Tasnim Khan</i>	
	<i>Çeviri : Dr. Serkan ŞAHİN</i>	



## Çeviri Yazarları

**Uzm. Dr. Aysel Begüm AKIN**

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Dr. Öğr. Üyesi İsmail Erkan AYDIN**

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD.

**Uzm. Dr. Ali BATUR**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

**Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı AD.

**Prof. Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD., Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Uzm. Dr. Elif ÇELİKEL**

Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Doç. Dr. Tamer ÇOLAK**

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD.

**Uzm. Dr. Serkan DEMİRCAN**

Düzce Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Uzm. Dr. Bulut DEMİREL**

**Dr. Öğr. Üyesi Çağrı Serdar ELGÖRMÜŞ**

Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

**Doç. Dr. Mehmet ERGİN**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD., Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Dr. Öğr. Üyesi Erkut EROL**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Fethi Sekin Şehir  
Hastanesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Acil  
Tıp Kliniği

**Prof. Dr. Şervan GÖKHAN**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD., Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Doç. Dr. Emre GÖKÇEN**

Yozgat Bozok Üniversitesi Acil Tıp AD.

**Dr. Öğr. Üyesi Gültekin KADI**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

**Dr. Öğr. Üyesi Fatih Ahmet KAHRAMAN**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD., Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Doç. Dr. Onur KARAKAYALI**

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

**Uzm. Dr. Yenal KARAKOÇ**

Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Prof. Dr. Mehmet Akif KARAMERCAN**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

**Uzm. Dr. Eyüp KARAOĞLU**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Doç. Dr. Nazlı GÖRMELİ KURT**  
Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Prof. Dr. Murat ORAK**  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

**Prof. Dr. Ayhan ÖZHASENEKLER**  
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD., Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Dr. Uğur ÖZKULA**

**Doç. Dr. Atakan SAVRUN**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Dr. Öğr. Üyesi Serkan ŞAHİN**

**Doç. Dr. İshak ŞAN**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi  
Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Acil Tıp Kliniği

**Dr. Öğr. Üyesi Abdullah ŞEN**  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

**Dr. Öğr. Üyesi Fatih TANRIVERDİ**  
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD. Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Doç. Dr. Mahmut TAŞ**  
Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Dr. Öğr. Üyesi Beliz ÖZTOK TEK TEN**  
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp Kliniği

**Doç. Dr. Tuğba ATMACA TEMREL**

**Dr. Öğr. Üyesi Duygu TÜRK OĞLU**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek  
Yüksekokulu Yönetim Organizasyonu Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Mahmut YAMAN**  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

**Dr. Öğr. Üyesi Çağdaş YILDIRIM**  
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD. Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Uzm. Dr. Mehmet Serkan YURDAKUL**  
Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp  
Kliniği

# Acil Tıpta Liderlik

Robert L. Freitas

Çeviri: Dr. Şervan GÖKHAN

## Kilit Noktalar

- Liderlik ve yönetim arasındaki farklar bilinmeli ve başarılı bir acil servis lideri olmak için gerekli yetkinlikler iyi anlaşılmalıdır.
- Liderlik çalışmaları, etkili yöntemleri açıklayabilecek yeterli düzeyde kanıt ortaya koyamamıştır; ancak duygusal zeka ile ilgili olarak yakın zamanda yürütülen çalışmalar, liderlik becerilerinin geliştirilmesi veya ilerletilmesi amacıyla kullanılabilir.
- Başarılı liderler, daha iyi bir lider olma yollarını öğrenebilmek için belirli dönemlerde başarısızlıkla sonuçlanan risk koşullarını üstlenirler.

## Giriş

Günümüzde her ne kadar acil servis liderliği geçmişe nazaran çok daha önemli bir konuma taşınsa da sağlık kuruluşları ve acil servislerde son derece az sayıda gerçek lider, çok sayıda ise idareci bulunmaktadır. Günümüzde acil servis liderleri, sürekli değişim, ödeme yapanların ve hastaların artan beklentisi, daha fazla hastayı tedavi etme sürecinde daha az kaynak tedariği, yetenekli hekimler ve yöneticiler için zorlu rekabet, çözümlenecek bilgi ve verilerin çokluğu ile hastaların sağlık durumlarının gittikçe kötüleşmesi gibi koşullarla başa çıkmaktadırlar. Ayrıca bazı acil servis liderleri, her gün, kronik personel veya ekipman sıkıntısı, salgın hastalık ve afet durumları gibi birçok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bu zorluklar, liderleri yaratıcı olmaya, ekip oluşturarak kolektif güçlerini kullanmaya ve genellikle hastalara sunulan sağlık hizmetlerini köklü bir şekilde değiştirmeye mecbur bırakır.

Liderlik üzerine yürütülen çalışmaların büyük bir kısmı kar amaçlı kuruluşlara odaklanmıştır. *Stodgill'in Liderlik Kılavuzu* binlerce bilimsel liderlik çalışmasına atıfta bulunmaktadır.<sup>1</sup> Ne yazık ki, akademik çalışmaların çok az bir kısmı sağlık hizmetlerindeki liderlik olgusunu ele almakta ve bu araştırmaların neredeyse hiçbiri acil tıp sahasını göz önünde bulundurmamaktadır. Bu bilimsel boşluk, dünyadaki sağlık hizmetle-

rinin büyük bir kısmının kamu kuruluşları tarafından sunulduğu gerçeği nedeniyle daha da karmaşık hale gelmektedir; zira bu işleyiş sistemi acil servis liderinin görevlerine siyasi bir nitelik de kazandırmaktadır. Liderlik olgusunun kamu kuruluşlarında ve özel kurumlarda farklılık gösterdiği iddiası tartışmaya açık bir konu olsa da, modern sağlık sistemleri, maliyet bilincine sahip, etkili ve yüksek kaliteli hizmet sunmaya odaklanarak daha çok özel sektöre benzer bir işleyiş göstermeye başlamıştır. Kamuda görevli sağlık liderlerinin özel sektördeki meslektaşları kadar yenilikçi, girişimci ve motivasyonlu olması gerekmektedir.

Bununla birlikte, kamu sağlık sistemindeki liderler, ellerindeki gücü biraz daha farklı bir şekilde kullanmak zorundadırlar. Öncelikle bu liderler, genellikle politikayı belirleyen, kaynakları tahsis eden ve eylem için zaman dilimlerini belirleyen politikacıları anlamalıdır. İkinci olarak, vatandaşları, hastaları ve hasta haklarını savunan grupları dikkate almalıdırlar. Son olarak, bütün bu hususları, genellikle “siyasi kazanç” için öne sürülmüş değişikliklere karşı direnç gösteren klinik personelin anlayabileceği mantıklı eylemlere dönüştürmek zorundadırlar.

## Yönetime Karşı Liderlik

Yönetici ve lider arasındaki farklılıklara ilişkin birçok tartışma yapılmaktadır. Genellikle yöneticilerin dört temel faaliyetinin bütçeleme, kontrol etme, planlama ve organize etme olduğu söylenmektedir. Dolayısıyla, lider ve yönetici arasındaki çizgi, bireylerin eylemleri nedeniyle belirsiz hale gelebilmektedir.<sup>2</sup> Lider olduklarını düşünen bazı kesimler, işe yaklaşımları ve çalışma tarzlarıyla aslında yöneticilik özelliklerini sergilerken bazı yöneticiler, işi yaptırma yöntemleri sayesinde lider vasfını kazanabilmektedirler. Ünvan, tek başına yöneticiyi liderden ayıramaz.

Yöneticilerin amacı; istikrarı sağlamak, kurumsal karmaşıklığı çözüme kavuşturmak ve kararları uygulamaktır. Yöneticiler, alevleri dindirmekten sorumludur ve genellikle yukarıdan aşağıya doğru iletilen bir sistemle çalışırlar. Yönetimsel roller, genellikle istekten ziyade zorunluluktan doğar. Yönetici kesim, personelin

uzun vadeli ve büyük çaplı başarısızlıkların felaketle sonuçlanabileceğini ifade etmiştir (Şekil 1.2).<sup>32</sup> Bu durum acil servis için de geçerlidir. Yenilikçi program değişikliğinden kaynaklanan ve acil servisi birkaç günlüğüne aksatan küçük, kısa vadeli program sorunu, yeni bir acil servis tasarlama aşamasında öngörülen hacim hesaplamalarının hatalı olmasına kıyasla çok daha ufak bir etkiye sahiptir.

Duygusal zeka, liderin başarısızlıkla etkin bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olabilir. Lider, başarısızlıkla karşılaştıktan sonra bile işine devam edebilecek özgüvene sahip olmalıdır. Yönetimin yetersiz veya hatalı bilgiden kaynaklanan başarısızlıkları, yeni becerilerin öğrenilmesi ve gelecekte daha etkili çalışmaların ortaya konulması yönünde çaba gösterilerek telafi edilebilir. Liderin bir sorunu yeterli ölçüde araştırmayacak kadar motivasyon eksikliğine sahip olması gibi duygusal başarısızlıkların telafisi çok daha zor olabilir. Bir liderin kendi motivasyon tekniklerini araştırması, başkalarından geribildirim alması ve kendi öz farkındalığındaki eksikleri saptaması, başarısızlığı kişisel gelişime yönelik bir fırsat haline getirebilir. Başarısızlık, ayrıca, liderin başkaları için empati kurmayı öğrenmesine yardımcı olabilir.

Güçlü liderler başarısızlıkları arkalarında bırakırlar. Kötü kararlar aldıklarını kabul ederler, neyin yanlış gittiğini araştırırlar ve yollarına devam ederler. Öz saygılarını bir nebze kaybedebilirler ve başarısızlığa yol açan sorunla başa çıkmanın yeni yollarını keşfetmeye ya da aynı başarısızlığın tekrarlamaması için gerekli araştırmaları yapmaya karar verebilirler. Başarısızlıklarını personelle rahat bir şekilde tartışırlar ve sorumluluğu üstlenirler. Bununla birlikte, eninde sonunda tıpkı diğer insanlar gibi kendilerinin de ara sıra başarısız olabileceklerini anlamaları gerekir.

## Sonuç

Liderlikte başarı için mükemmel bir yöntem listesi yoktur. Her bir ülke veya hastane, güçlü ve memnun bir personel kitlesiyle yüksek kalitede tedavi hizmeti sunan bir acil servisin kurulması için kişisel liderlik stratejisinin gelişimini gösteren belirli nüanslara sahiptir. Evrensel olarak liderlik çalışmalarını ve uygulamalarını bir araya getiren pek çok ortak husus bulunmaktadır. Bu hususlardan ilki, mevcut durumu analiz etmek için bağlamı anlamının ve herkesin ömür boyu sürecek bir değişimi sağlamak amacıyla çaba sarf ettiğini kabul etmenin önemini bilmektir. İkincisi ise insanların lider olarak doğmadığını, zamanla lider haline geldiklerini kabul etmektir. Liderler, ömür boyu öğrenmeye açık oldukları ve duyguların performansı etkileyebileceği gerçeğinin farkına vardıkları sürece, zamanla gelişim gösterebilirler. Üçüncü olarak, öz-yönetim ve ilişki becerileri başarıyı belirlemede oldukça önemlidir. Son olarak, başarısızlık, küçük çaplı olup gelişime yönelik bir fırsat olarak kullanıldığı takdirde tolere edilebilecek bir kavramdır.

Her yıl dünya çapında milyonlarca kişi acil servislere başvurmaktadır. Bahsi geçen milyonlarca hastanın bir kısmı az sayıda personelin görev yaptığı ve yeterli donanımın bulunmadığı servislere tedavi edilirken diğerleri modern, birinci sınıf acil servislere hizmet alacaktır. Üst düzey donanıma sahip acil servislere bile güçlü bir liderlik olmadığı sürece başarısızlık kaçınılmaz hale gelebilir. Diğer taraftan, güçlü bir liderlik anlayışı, en düşük düzeydeki acil servisin bile muhteşem bir bakım hizmeti sunmasını sağlayabilir. Liderlikte birçok zorlukla karşılaşılır; ancak azim, hayat boyu bilgi edinme arzusu ve eldeki kaynaklarla hastaya en iyi hizmeti sunma çabası olduğu sürece herkes daha iyi bir acil servis lideri olabilir.

## Kaynakça

1. Bass B, Bass M. *Stogdill's Handbook of Leadership Theory, Research and Managerial Applications*. New York, NY: Free Press, 1990.
2. Goodwin N. *Leadership in Healthcare: a European Perspective*. London: Routledge, 2006.
3. Dawson S. *Analysing Organisations*, 3rd edn. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 1996.
4. Kotter JP. *A Sense of Urgency*. Boston, MA: Harvard Business School, 2008.
5. Gunderman RB. *Leadership in Healthcare*. London: SpringerVerlag, 2009.
6. Coughlan M, Corry M. The experiences of patients and relatives/significant others of crowding in accident and emergency in Ireland: A qualitative descriptive study. *Accident and Emergency Nursing* 2007; 15: 201–9.
7. Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, et al. Estimating the degree of emergency department crowding in academic medical centers: results of the National ED crowding study (NEDOCS). *Academic Emergency Medicine* 2004; 11: 38–50.
8. Cameron PA. Hospital crowding: a threat to public safety? Managing access blocks involves reducing hospital demand and optimizing bed capacity. *Medical Journal of Australia* 2006; 184: 203–4.
9. Jayapresh N, O'Sullivan R, Bey T, et al. Crowding and delivery of healthcare in emergency departments: the European perspective. *Western Journal of Emergency Medicine* 2009; 10: 233–9.

10. Berry LL, Seltman KD. *Management Lessons from the Mayo Clinic*. New York, NY: McGraw-Hill, 2008.
11. Bass BM, Bass R. *The Bass Handbook of Leadership: Theory, Research, and Managerial Applications*, 4th edn. New York, NY: Free Press, 2008.
12. Gordon JR. *A Diagnostic Approach to Organizational Behavior*. Boston, MA: Allen and Bacon, 1983.
13. Bass BM, Riggio RE. *Transformational Leadership*, 2nd edn. Mahwah, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 2006.
14. Bass BM. *Leadership and Performance Beyond Expectations*. New York, NY: Free Press, 1985.
15. Goleman D. *Emotional Intelligence: Why it can Matter More than IQ*. New York, NY: Bantam Dell, 1995.
16. Gardner H. *Intelligence Reframed: Multiple Intelligences for the 21st Century*. New York, NY: Basic Books, 1999.
17. Goleman D. *Working with Emotional Intelligence*. New York, NY: Bantam, 1998.
18. Blanchard K, O'Connor M. *Managing by Values: How to Put Your Values into Action for Extraordinary Results*. San Francisco, CA: Berrett Koehler, 2003.
19. Kaplan RE, Drath WH, Kofodimos JR. *Beyond Ambition: Driven Managers Can Lead Better and Live Better*. Ann Arbor, MI: Jossey Bass, 1991.
20. Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC, National Academies Press, 2000.
21. Cleary N. Kaiser Permanente's innovation on the front lines. *Harvard Business Review* September 2010: 92–7.
22. Dym B, Egmont S, Watkins L. *Mission, Vision, and Effective Nonprofit Leadership*. Upper Saddle River, NJ: FT Press, 2011.
23. Inesi ME, Galinsky AD. Five Reasons Why it's Lonely at the Top. *Wall Street Journal* March 25, 2012.
24. George B, McLean B, Craig N. *Finding Your True North*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008.
25. Gray P. *Freud: a Life In Our Time*. New York, NY: WW Norton & Company, 1998.
26. Orpen C. The effect of mentoring on employee's career success. *Journal of Social Psychology*, 135: 1995.
27. Machiavelli N. *The Prince*. New York, NY: Signet Classics, 2008.
28. McClelland D. *Human Motivation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
29. Walter V. *Clarke Associates. Self Regulation and Communication*. Pittsburgh, PA: Clarke Associates, 1997.
30. Heifetz R, Grashow A, Linsky M. Leadership in a permanent crisis. *Harvard Business Review* July–August 2009: 62–9.
31. K. Walshe, S. Shortell. When things go wrong: how healthcare organizations deal with major failure. *Health Affairs*, 23 (3):103–11.
32. Henry A. *Storage for the Internet Presentation*. Web 2.0 Summit. San Francisco, CA, October 18, 2011.



## İşyerindeki Çatışmaların Tespiti ve Çözümü

Robert E. Suter ve Jennifer R. Johnson

Çeviri : Dr. Onur KARAKAYALI

### Kilit Noktalar

- İşyerindeki çatışma durumları tespit edilmelidir.
- Çatışmayı çözüme kavuşturmak için etkinliği kanıtlanmış teoriler ve stratejiler kullanılmalıdır.
- Çatışma, olumlu ve verimli kazançlara dönüştürülmelidir.

### Giriş

Acil servisin yoğun ortamı da dahil olmak üzere bütün işyerlerinde çatışmaların ortaya çıkması kaçınılmazdır. Çatışma nedenleri çeşitlidir ve bunlar genellikle oldukça karmaşıktır. Ayrıca, bariz çatışmaların kabul edilme düzeyinde önemli kültürel farklılıklar da söz konusudur. Çatışma toleransı, aynı ülke içindeki bölgelere veya gruplara göre de farklılık gösterebilir.

Çatışmaların kültürden bağımsız olarak çözüme kavuşturulamaması halinde iş ortamında ciddi hasarlar meydana gelebilir. Moral bozukluğu ve memnuniyetsizlik deneyimli personelin işten ayrılmasına neden olabilir; bu da daha yüksek harcamalara ve personel maliyetine yol açabilir. Çatışmaların çözümü için sarf edilen çabalar görevlerin aksamasına ve etkinliğin azalmasına yol açtığı için çatışma ortamları verimliliği de etkiler. Liderler, çatışma yönetimiyle alakalı olarak, çatışmanın tanımlanması, kanıtlanmış stratejilerle ele alınması ve çözüme kavuşturulması gibi aşamalardan oluşan bir eğitim almalıdır. Bu tarz bir girişim, mali başarıyı arttırmanın ve personel sağlığını geliştirmenin yanı sıra sağlık hizmetleri ortamında hasta bakım kalitesini de olumlu yönde etkileyebilir. Bu nedenle acil servisteki çatışmaların asgari düzeye indirgenmesi etik bir zorunluluk olarak görülmelidir.

Bir çalışanın yerine yeni birini istihdam etme maliyeti, genellikle, söz konusu mevkide verilen yıllık maaşın iki katına tekabül etmektedir. Bu bilgiler

göz önüne alındığında, pek çok kuruluş, çalışanların işten ayrılmalarını önlemeye yönelik tedbirler uygulamaktadır; bu tedbirler, yukarıda bahsedilen mali kayıpları ortadan kaldırmanın yanı sıra memnun çalışan sayısını arttırmak amacıyla da kullanılmaktadır. İşverenler, değerli çalışanları memnun etmenin, kurumlarının üretkenliğini ve verimliliğini artırdığını, bunun da genel finansal ve kalite çıktılarının başarısına katkıda bulunduğunu gayet iyi bilmektedir. Çatışma durumlarında, görevler zamanında ve etkili bir şekilde yerine getirilmediği için verim eksikliği kurumun veya birimin işleyiş maliyetini arttırmaktadır.

Acil servis liderleri, çatışmaları alevlenmeden önce tanımlayarak ve durumu çözüme kavuşturmak için kanıtlanmış stratejiler kullanarak mesleki anlaşmazlıkları en aza indirgeyebilirler. Böylelikle, liderler mutlu ve üretken bir çalışma ortamı oluşturabilirler.

### İşyerindeki Çatışmaların Tespiti ve Anlaşılması

Çatışma, “uyumsuz ya da karşıt görüşteki kişiler, fikirler veya çıkarlar arasındaki uyumsuzluk hali” olarak tanımlanmıştır.<sup>1</sup> Algılamalar, duygular ve davranışlar etkileşimli bir sistem meydana getirmektedir. İlginç bir şekilde, gerçek bir çatışmanın söz konusu olabilmesi için çatışma mevcudiyetine yönelik itiraz belirtilmesine rağmen halihazırdaki durumun ilgili taraflarca da algılanması gerektiği öne sürülmüştür.

Birçok insan, ya geçmişteki olumsuz deneyimlerden kaynaklanan rahatsızlıklar nedeniyle ya da sadece kişilik özellikleriyle ilgili bir kaçıştan dolayı çatışmaları göz ardı etme çabası içerisinde. Bu durum, özellikle, şefkatli ve korumacı bir ortamda olma arzuları nedeniyle hekimlerde, hemşirelerde ve sağlık hizmetlerine yönelen diğer çalışanlarda sıklıkla görülebilir. Diğer kesimler ise, çatışmayı bertaraf etmek yerine durumun ciddiyetini arttıracak karşıt tepkilerde bulunabilirler.



geliştirme yöntemleri konusunda eğitim vermektedir. İletişim, çatışmaların başarılı bir şekilde çözülme kavuşturulmasında kilit rol oynamaktadır. Ancak, (insanların neyi neden yaptıklarını belirleyen) çatışmayla bağlantılı davranışlar ve çatışmanın etkili bir şekilde çözümlenmesini sağlayacak stratejiler tam olarak anlaşılmadığı takdirde iyi bir iletişimin sorunları tek başına gidermesi mümkün değildir. Ayrıca, bütünü yararına yönelik bir çözüm önerisi bulmak için başlangıçtaki kişisel çıkarları gerçekleştirme arzusunun ortadan kaldırılması ciddi ölçüde hatta kritik düzeyde önemlidir. Ani eylemlerin çatışmayı arttırma olasılığı yüksek olduğu için eyleme geçmeden önce dikkatlice düşünülmesi gerekmektedir. “Ciddi bir iletişime” girilmesi halinde duruma ilişkin farkındalığın ve odaklanma halinin yüksek düzeyde tutulması, iyi bir sonuca giden yolda temel bileşendir. Son olarak, çözüm üretmenin yanı sıra

verimli bir kazançla da sonuçlanabilecek yolların tespiti tercih edilen ideal yöntemdir. Bu yolların tespit edilmesi halinde tarafların hepsi sonuçtan memnun olacak; bu da hasta memnuniyeti ve mali kazanç gibi daha kapsamlı getiriler sunacaktır.

Ayrıca, çatışma çözümü konusunda hemen uzmanlaşmanın mümkün olmadığı da bilinmelidir. Etkili bir stratejinin bulunabilmesi için yıllarca beklemek ve birçok hususta tecrübe kazanmak gerekebilir. Bireyler öncelikle temel bir kavramı uygulamaya koymalı, daha sonra bu kavramı kendi kişilikleri ve tecrübeleriyle zenginleştirmelidir. Bu çalışma süreklilik gösteren bir süreçtir; diğer bir deyişle, hataların ve yanlış girişimlerin baş gösterebileceği bir deneme-yanılma kavramının söz konusu olduğu unutulmamalıdır. Bu hatalardan ders almak ve bir dahaki sefere daha iyisini yapmak, çatışma çözümleme sürecinde başarıya ulaşılan temel noktadır.

## Kaynaklar

1. American Heritage Dictionary of the English Language, 4th edn. Boston, MA: Houghton Mifflin, 2000.
2. Killman T. Conflict Mode Instrument. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
3. Foundation Coalition. Understanding Conflict and Conflict Management. <http://www.foundationcoalition.org/publications/brochures/conflict.pdf> (accessed January 2014).
4. Patterson G, Grenny J, McMillian R. Crucial Conversations: Tools for Talking when Stakes are High.

New York, NY: McGraw-Hill. 2002.

5. Mayer B. Beyond Neutrality: Confronting the Crisis in Conflict Resolution. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2004.

## İlave Kaynaklar

- Covey SR. *The 7 Habits of Highly Effective People*. New York, NY: Simon & Shuster, 1989, 2004. A great resource for information.
- Covey SR. *The 8th Habit: from Effectiveness to Greatness*. New York, NY: Free Press, 2004. A continuation of the book listed above.

Mayer B. *Beyond Neutrality: Confronting the Crisis in Conflict Resolution*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2004. Another great resource for handling and managing conflict.

*The Journal of Conflict Resolution*, online at <http://jcr.sagepub.com>, is a great resource. Focuses on the full range of human conflict and deals primarily on an international level but also addresses more specific forms of conflict.

Avoiding common ED communication pitfalls. *Emergency Physicians Monthly*, March 16, 2011.

# Değişim Yönetimi: Üç Temel Değişim Stratejisine Genel Bir Bakış

Andrew Schenkel

Çeviri : Dr. Eyüp KARAOĞLU

## Kilit Noktalar

- Üç temel değişim stratejisi anlaşılmalıdır.
- Stratejilerin idari etkileri anlaşılmalıdır.
- İlgili stratejilerin ne zaman kullanılması gerektiği konusunda bilgi sahibi olunmalıdır.

## Giriş

Değişim, günümüz kurumlarında istisnadan ziyade yaygın olarak gözlemlenen bir olgu haline gelmiştir. Bu durum, hem özel sektör hem de kamu sektörü için geçerlidir; acil tıp bu hususta bir istisna değildir. Dış perspektiften bakıldığında, teknolojiye, sosyal eğilimlerde, siyasi veya hukuki kararlarda yaşanan değişimler ve çevresel veya etik değişiklikler, dış ortamda güç kaynağının unsurlarını teşkil edebilir. Değişime yönelik iç güçler; bir organizasyonun vizyon, strateji, yapı, kültür, insan ilişkileri yönetimi (İKY) ve sistemleri gibi parçalarının ve rimli veya etkili bir şekilde çalışmayan belirli kısımlarından kaynaklanabilir. Bir organizasyonun bireysel bölümlerinin bağımsız olarak etkili bir şekilde işletildiği, ancak bölümlerin birbiriyle uyum içerisinde olmadığı durumlarda bölümler arasındaki uyumsuzluk da değişime yönelik bir başka iç gücü teşkil edebilir. Özellikle acil tıp, değişimi tetikleyen çeşitli baskılara maruz kalmaktadır. Tesislerin merkezileştirilmesi ya da merkezi sistemden çıkarılması gerekip gerekmediğine, yeni protokollerin ve iş uygulamalarının hayata geçirilmesine ve buna ek olarak acil tıbbın kabul görmüş bir disiplin haline gelmesini sağlayacak şekilde iç kültürü değiştirme çabalarına odaklanan yeniden yapılandırma girişimleri, acil tıpta yaşanan değişim baskılarından bazılarıdır. Değişimi yönetebilme yetisi, birçok yönetici için son derece zorlayıcı olabilmektedir. Bu nedenle, sorulması gereken ilk soru şudur: Değişim neden bu kadar zordur?

Değişim, birçok kuruluş için sorunludur ve acil tıp bu hususta bir istisna değildir; ancak acil tıbbın

ek güçlükler doğuran bazı benzersiz özellikleri de bulunmaktadır. Genel açıdan bakıldığında insanlar, değişikliğe birçok nedenden dolayı olumsuz tepki vermektedirler. Buna göre, değişim bazı kişiler için tehditkar görünebilir, insanlar mevcut durumdan memnun olabilir, getirilen değişiklikler iş yükü artışına yol açabilir, kişilerin değişiklik sonucu avantaj-sız konuma düştükleri algısı oluşabilir, değişim hatalı bir hedefe yönelebilir veya hedefe ulaşmak için yanlış araçları kullanabilir, değişimin başarısızlığa mahkum olduğu düşüncesi ortaya çıkabilir ya da çok sayıda değişiklik girişimi ve/veya değişime yönelik motivasyon eksikliği nedeniyle kişilerde tükenmişlik hissi görülebilir. Buna ek olarak, sağlık hizmetleri ve acil tıp, değişim yönetimini daha karmaşık ve zorlu bir hale getirmektedir. Öncelikle, mevcut çalışmalar; değişime verilen tepkilerin, mesleki ve profesyonel gruplara, uzmanlığa, çalışanların jenerasyonuna, eğitim geçmişine, istihdam durumuna ve kişinin kurumla olan bağlantısını algılama düzeyine göre değişiklik gösterdiğini ortaya koymuştur.<sup>1</sup> Buna ek olarak, mesleki kimliğin yanı sıra yüksek statüde algılanan meslek grupları, kurumsal değişime yönelik çok daha açık bir tutum sergilemekte ve değişimle ilgili belirsizlik olgusunu daha düşük düzeyde deneyimlemektedir.<sup>2</sup> Bu çalışmalar, acil tıptaki değişikliğin diğer kurumlardaki değişimle kıyaslandığında daha spesifik özelliklere sahip olduğunu ve bu özelliklerin değişime yönelik tepkilerde daha heterojen bir dağılıma yol açtığını göstermiştir. Aynı zamanda, acil tıpta mevcut koşulların yanı sıra karşılaşılan zorluklar da kurumdan kuruma değişiklik göstermektedir. Diğer taraftan, değişim yönetimi ise, istenilen sonuçların elde edilmesi için değişim çabasına, kuruma ve koşullara uygun geniş bir stratejik yaklaşımın benimsenmesini gerektirir.

Bu bölüm, değişikliğin anlaşılması ve yönetilmesi hususunda kullanılacak seçenek yelpazesinin genişletilmesi amacıyla üç değişim stratejisini ele almakta; her bir strateji farklı varsayımları içermektedir. Varsayımlar; değişime yönelik düşüncelerimizin,

## Kaynakça

1. Fitzgerald A, Teal G. (2003). Health reform, professional identity and occupational subcultures: the changing interprofessional relations between doctors and nurses. *Contemporary Nurse* 2003; 16 (1-2): 9-19.
2. Callan VJ, Gallois C, Mayhew MG, et al. Restructuring the multi-professional organization: professional identity and adjustment to change in a public hospital. *Journal of Health and Human Services Administration* 2007; 29: 448-77.
3. Weber M. *The Theory of Social and Economic Organization*. Translated by AM Henderson & Talcott Parsons. New York, NY: Free Press, 1947.
4. Kotter JP. *Leading Change*. Boston, MA: Harvard Business School Press, 1996.
5. Nelson RR, Winter SG. *An Evolutionary Theory of Economic Change*. Cambridge, MA: Belknap Press, 1982.
6. Schein E. *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1985.
7. Pfeffer J. *Power in Organizations*. Marshfield, MA: Pitman, 1981.
8. Grant RM. *Contemporary Strategy Analysis*. Oxford: Blackwell, 2008.
9. Bolman L, Deal T. *Reframing Organizations: Artistry, Choice and Leadership*, 3rd edn. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2003.
10. Petri H, Govern J. *Motivation: Theory, Research, and Applications*. Belmont, CA: Wadsworth, 2003.
11. Maslow A. *Motivation and Personality*. New York, NY: Harper & Row, 1954.
12. Herzberg F. One more time. How do you motivate employees? *Harvard Business Review* 1968; 46 (1): 53-62.
13. Miner J. *Organizational Behavior I: Essential Theories of Motivation and Leadership*. Armonk: ME Sharpe, 2005.
14. Beer M, Nohria N. *Breaking the Code of Change*. Boston, MA: HBS Press, 2000.
15. Beckhard R, Harris RT. *Organizational Transitions: Managing Complex Change*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1987.
16. Hahn W, Powers TL. Strategic plan quality, implementation capability and firm performance. *Academy of Strategic Management Journal* 2010; 9 (1).
17. Tang EC, Liou FM. Does firm performance reveal its own causes? The role of Bayesian inference. *Strategic Management Journal* 2010; 31 (1): 37-51.

## Liderlik Ekibinin Kurulması

Peter Cameron

Çeviri : Dr.İsmail Erkan AYDIN, Dr. Şervan GÖKHAN

## Kilit Noktalar

- Ekip oluşturma konusundaki esasları ve başarılı bir acil servis liderlik ekibindeki anahtar rolleri anlayın.
- Doğru insanları nasıl görevlendireceğinizi, genç üyelere nasıl rehberlik yapacağınızı, düşük performansı nasıl yöneteceğinizi bilin.
- Vekalet planlamasını ve uygun bir iş-yaşam dengesi elde etmenin önemini anlayın.

Bir acil servis, takım kültürüne ve ortama bağlıdır. İşlevsiz bir takım hoş olmayan bir çalışma ortamına ve kötü hasta sonuçlarına neden olacaktır.

## Liderlik Ekibinin Kurulması

Etkili bir liderlik ekibi kurmak için, aşağıdaki bölümlerde özetlendiği gibi birkaç temel özellik bulunmaktadır.

## Güvenilirlik

Bir liderlik ekibi, ekibin diğer üyelerinin saygı duyup ve güvenebileceği bir lider gerektirir. Lider, yaptıklarına inanmalı ve sonuçlar hakkında hevesli ve tutkulu olmalıdır. Birçok yönetici, organizasyon için bir misyon beyanı ve stratejik vizyon için harekete geçse de, organizasyon üyelerini istenen sonuçlara inandıramazlarsa, bunlar anlamsız hale gelir. Organizasyonun savunduğu şeyi - ve kendi inandığınızı - açıkça belirtmezseniz, lider olarak başarılı olamazsınız. Günlük dilde bu durum, “konuştuğu gibi davranmak” anlamına gelir.

## Etik

Hiçbirimiz mükemmel olmasak da, bir lider bir takımın kendi yaklaşımında etik olmasını isterse, liderin davranışı modellemesi gerekir. Hastalara ve

diğer ekip üyelerine (hatta “besin zincirinin dibinde” olanlara bile) saygı göstermek ve kibar olmak, önemli bir başlangıç noktasıdır. Dakik olmak, masrafları talep etme ve ayrılma konusunda titiz olmak ve daha az popüler vardiya ve görevlerden payınızı almak, iyi davranışı modellemeyle ilgili ciddi olduğunuzu gösterecektir. Açıkçası, bir yönetici olarak birçok görevi yerine getirmek için daha az zamanınız olacağından, en azından yükü omuzlamak için niyetli gözükmeniz gerekmektedir.

## İletişim

## Personel ile

Bir takımın etkili bir şekilde çalışabilmesi için iyi iletişim kanalları olmalıdır. Resmi ve gayri resmi iletişim yöntemleri vardır. Genellikle her bölümün haftalık bir liderlik toplantısı gibi bazı resmi toplantıları olacaktır. Bölüm için önemli haberleri veya değişiklikleri içeren haftalık bir bülten veya e-posta da olabilir. Ayrıca web siteleri, etkinlikler, politikalar ve toplantılar gibi önemli öğeleri göndermek için yararlıdır. Ne yazık ki, resmi kanallara rağmen, çoğu personel, genellikle, bir şekilde göndermek istediğiniz önemli mesajları almamaktadır. Gayri resmi kanalların önemli olduğu yer tam da burasıdır. Organizasyondaki kilit kişilerle (örneğin hemşire yöneticisi) vakit geçirmek, örneğin düzenli olarak bir kahve / içecek içmeye değer. Açık-kapı politikası, hoşnutsuzluk ve zayıf moral ile sonuçlanmadan önce personelin sorunlarını veya konuları erken getirmesini sağlamak açısından çok yararlıdır. Açıkçası, oda kapısının kapatılacağı zamanlar olacaktır, ancak bu sınırlı olmalıdır ve genellikle bu durum personel tarafından saygı görür. Her gün çalışma alanında geçen birkaç dakika (özellikle devir teslim süresi boyunca), resmi bir toplantıya girmekten çeken personelin küçük meselelerini dinlemeye istekli olduğunuzu gösterir.

# Acil Servisin Hastane Kapsamındaki Rolünün Belirlenmesi

Thomas Fleischmann  
Çeviri : Dr. Mahmut TAŞ

## Kilit Noktalar

- Acil servisin vizyonu ve misyonu açıklanmalıdır.
- Acil servisin hastane kapsamındaki rolü tanımlanmalıdır.
- Acil servisin tıbbi görevleri belirlenmelidir.
- Acil servis ile hastanenin diğer birimleri ve tesisleri arasındaki ilişki iyi anlaşılmalıdır.

## Giriş

Dünyanın çeşitli bölgelerindeki acil tıp hizmetleri, genellikle ülkelerin sağlık hizmetlerinde, ekonomik durumlarında ve tarihi yapılarında gözlemlenen farklılıklar nedeniyle değişik yöntemler kullanılarak organize edilmektedir. Ülkeler arasında farklılıklar olsa da birçok ülkede acil tıp hizmetlerini ciddi ölçüde etkileyen küresel düzeyde üç temel eğilim bulunmaktadır. Bu üç temel eğilim, aşağıda sıralanmıştır:

- Hastanede acil sağlık hizmeti talep eden hastaların sayısındaki artış
- Acil tıbbın bilgi standardında gözlemlenen ciddi yükseliş
- Hastanedeki acil sağlık hizmetlerinin ağır derecede hasta veya yaralı kişilerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde en üst düzeyde organize edilmesine yönelik uzmanlığın gelişimi

Birçok ülkenin acil servisleri, yukarıda bahsedilen genel eğilimleri yıllar boyunca göz önünde bulundurarak daha etkili bir şekilde yapılandırılmış; bunun yanı sıra servisler, gün geçtikçe birbirlerine daha benzer hale gelmiştir. Diğer ülkelerden alınan dersler, etkin ve verimli bir acil servis fikrinin net bir şekilde ortaya konulması konusunda önemli faydalar sağlamaktadır.

Sağlık hizmetinin çeşitli ülkelerde nasıl düzenlendiğine bakılmaksızın atılması gereken ilk ve en önemli adım, acil servis hastalarının dünyanın her

yerinde aynı özelliklere sahip olması nedeniyle bu hasta kitlesinin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulmasıdır. Ülkenin ekonomik durumu, tıbbi geçmişi ve tıp kurumlarının çıkarları da dikkate alınmalıdır; ancak bu hususlar hasta ihtiyaçları karşılandıktan sonra sürece dahil edilmelidir.

## Acil Tıbbın Tarihçesi

Tarihsel bir perspektiften bakıldığında, hastane tabanlı acil tıp servisi oldukça yeni bir kurumsal oluşumdur.<sup>1</sup> Tıp tarihinde uzun bir süre boyunca acil sağlık hizmetleri, çoğunlukla ayakta tedavi ortamlarında ve genellikle yardım etmeye hevesli fakat yeteri düzeyde eğitimi bulunmayan kişiler tarafından verilmiştir. Ağır derecede yaralı veya hasta birinin hastane içerisinde tıbbi tedavi alması, yüzyıllar boyunca kuraldan ziyade istisna olagelmıştır. Bu durum, hastanelere erişimin sınırlı olmasından ve acil durumlarda kadere boyun eğilmesinden kaynaklanmış olabilir. Hekimler bile kritik derecede hasta ya da yaralı olan kişileri evde tedavi etme ya da tedavi etmeme fikrine garip gözle bakmamışlardır.

Tarihteki bir sonraki adım, acil hastaların, ilk aşamada ayakta tedavi ortamına alınsalar da hekimler tarafından tedavi edilme sıklıklarının artması olmuştur. Bu değişim, sosyal güvenlik sistemlerini geliştirmeye başlayan ülkelerdeki masrafların daha kapsamlı bir şekilde karşılanması yoluyla desteklenmiştir; ancak hastanede acil tıp uygulamalarına yönelik talebin yaygınlaşması için epey bir zaman geçmesi gerekmiştir. Bazı ülkeler hastaneye acil erişimi yalnızca çok ağır veya hayati tehlike arz eden durumlarla sınırlamaya çalışmışlardır. Örneğin, Almanya'da ve Hollanda'da yakın zamana kadar ciddi düzeyde hasta veya yaralı olan kişilerin aşırı derecede acil bir durum söz konusu olmadığı takdirde öncelikle birinci basamak hekimlerine danışmaları önerilmiştir. Ancak bu ülkelerde bile, çok acil olmayan durumlarda dahi hastaneye başvuran hastaların sayısı önemli bir artış göstermiştir. Son yıllarda acil servislerin ve bu birimlerde sunulan sağlık hiz-



şı olarak insanların acil durumda her zaman başvuru-  
rabilecekleri bir yer olduğunu bilmesi mutluluk ve-  
ricidir. Politikacılar da genellikle bu hizmetin halka  
sağladığı katkılarında gurur duymaktadırlar.

Bir acil servisin şöhreti ve hatta kaderi, çoğun-  
lukla bu birimden faydalanan vatandaşların güve-  
nine bağlıdır. Acil servis hakkındaki söylentiler ve  
hikayeler, ister iyi ister kötü olsun hızlı bir şekilde  
yayılır. Bu nedenle, acil servisin hizmet ettiği top-  
lumla yakın ve güvenilir bağlar kurup geliştirmesi,  
acil servis liderlerinin görevlerinden biridir. Bu  
görev, coşku, incelik ve yaratıcılık gerektiren dai-  
mi bir olgudur. Vatandaşlarla ve medyayla düzenli  
toplantıların organize edilmesi, söz konusu hedefe  
ulaşmanın en etkili yollarından biridir. Medya, halk  
ve servis arasında bir bağ görevi görebilir. Medyayla  
kurulan sağlam ilişkiler, acil servisteki bir hastanın  
ünlü olması veya büyük bir felaketin servise yönelik  
ilgiyi ciddi ölçüde arttırması gibi kriz durumlarında  
olumlu sonuç doğurabilir. Öncelikle halkın güveni  
ve saygısı kazanıldıktan sonra medya ve politikacı-  
larla ilişkide de ciddi yol kat edilmelidir.

## Sonuç

Dünya çapında acil bakım hizmetleri, çoğunlukla  
ilgili ülkelerdeki sağlık sistemi, ekonomik durum ve  
tarihi farklılıklar nedeniyle çok farklı şekillerde or-  
ganize edilmektedir. Ancak tüm dünyada ortak olan  
şey, akut olarak hastalanan veya yaralanan kişilerin  
duyduğu tıbbi gereksinimlerdir.

Birçok ülkede acil servisler, farklı kökenlerden  
yola çıkıp farklı güzergahlar izleyerek daha organize  
bir yapıya olmaya ve daha fazla benzerlik göster-  
meye başlamışlardır. Yüksek kalitede acil tıp hiz-  
meti sunabilmek için, bir hastanedeki acil bakım  
hizmetlerinin hasta ihtiyaçlarını en iyi nasıl karşı-  
layabileceği konusunda net bir fikrin belirlenmesi  
gerekmektedir.

Bir hastanede acil servis kurma süreci külfete  
değer fakat uzun bir yolculuktur; ancak daha önce  
benzer yollardan geçmiş diğer ülkelerden elde edi-  
len tecrübeler bu sürece ciddi katkılarda bulunabilir.

## Kaynakça

1. Fleischmann T. A history of emergency medicine. In T Fleischmann, ed., *Clinical Emergency Medicine*. Munich: Elsevier, 2012; 3–12 [German].
2. Fleischmann T, Walter B. Interdisciplinary emergency departments. *German Medical Journal* 2007; 104: A-3164–6 [German].
3. Moecke H, Lackner C, Altemeyer K. No way back: central emergency departments are increasingly popular in German hospitals. *Preclinical and Clinical Emergency Medicine* 2007; 5: 321 [German].
4. Kahrer C. *Patient Flow in the Emergency Department*. Saarbrücken: VDM, 2009 [German].
5. Zink B. *Anyone, Anything, Anytime: a History of Emergency Medicine*. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier, 2005.
6. O'Hara S. The nursing perspective and role in planning a simulation modeling: historical, experimental, and future applications of complex adaptive system thinking. In J Shiver, D Eitel, eds., *Optimising Emergency Department Throughput*. New York, NY: Taylor & Francis, 2010; 67–107.
7. Thomas H, Beeson M, Binder L, et al. The 2005 model of the clinical practice of emergency medicine: the 2007 update. *Annals of Emergency Medicine* 2008; 52: e1–17.
8. UEMS Multidisciplinary Joint Committee on Emergency Medicine, European Society for Emergency Medicine. *European Curriculum for Emergency Medicine*. [http://www.eusem.org/assets/PDFs/Curriculums/European\\_Curriculum\\_for\\_EMAug09-DJW.pdf](http://www.eusem.org/assets/PDFs/Curriculums/European_Curriculum_for_EMAug09-DJW.pdf). (accessed May 26, 2011).
9. Fleischmann T. Prerequisites for doctors in an emergency department. In W von Eiff, M Brachmann, T Fleischmann, et al., eds., *Management of an Emergency Department*. Stuttgart: Kohlhammer, 2011; 376–83 [German].
10. Baker S. Building the case for service: evidence based leadership. In S Baker, *Excellence in the Emergency Department*. Gulf Breeze, FL: Studer, 2009; 17–30.
11. Fleischmann T. Managing an emergency department. In T Fleischmann, ed., *Clinical Emergency Medicine*. Munich, Elsevier, 2012; 707–35 [German].
12. Mayer T, Jensen K. Emergency department flow: the hospital's front door. In T Mayer, K Jensen, *Hardwiring Flow: Systems and Processes for Seamless Patient Care*. Gulf Breeze, FL: Studer, 2009; 149–85.
13. Fleischmann T. Missions of emergency medicine. In T Fleischmann, ed., *Clinical Emergency Medicine*. Munich: Elsevier, 2012; 9–11 [German].
14. Arnold J. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. *Annals of Emergency Medicine* 1999; 33: 97–103.
15. Fleischmann T, Fulde G. Emergency medicine in modern Europe. *Emergency Medicine Australasia* 2007; 19: 300–2.
16. World Health Organization. *Emergency Medical Services Systems in the European Union*. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/114406/E92038.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/114406/E92038.pdf) (accessed December 12, 2011).
17. Fleischmann T. Pathways out of the emergency department: to discharge, refer, admit to a ward or send to an intensive care setting? *Hospitalist* 2009; 38: 26–30.

# Klinik Takım Yapılanması İçin Stratejiler: Tıpta Takımların Önemi

Matthew M. Rice

Çeviri : Dr. Çağdaş YILDIRIM

## Kilit Noktalar

- Takımlar ve takım çalışmasının basit temellerini ve felsefesini anlamak
- Başarılı takımlar oluşturmak için stratejileri gözden geçirmek
- Takımları geliştirmek ve yönetmek için zorlukları düşünmek

## Giriş

Tıp önemli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. En sofistike sağlık sistemleri bile, tıbbın nasıl uygulandığını ve bakım hizmetinin sunumunu artırmak için hangi yeni yaklaşımların faydalı olabileceğini tekrar gözden geçirmek zorunda kalmaktadır.<sup>1,2</sup> Maliyete, kaliteye, verimliliğe ve bakıma ulaşmaya odaklanmış artan baskılar vardır.<sup>3-5</sup> Ekonomik endişelerin ortaya çıkışı ile birlikte, uzun süredir medikal kültürlerde de göz ardı edilen, bazıları çantada keklik görülen, konular üzerine yoğunlaşmıştır. Bu konuların arasında hasta güvenliği, işveren sağlayıcı görevleri, teknoloji, şeffaflık, araştırma ve hatta sıklıkla allopatik tıbbın geleneksel mantığını zorlayan bilimsel olmayan tıp uygulamaları vardır.<sup>6-7</sup> Bu zorluklarla, bilimi sosyoloji ile karıştırırken dikkate alınması gereken muazzam fırsatlar ve teorinin tıp pratiğinin uygulanmasında karşılaşılan kaçınılmaz kültürel engeller ortaya çıkar. Çeşitli sosyal ve bireysel beklentiler birleştiğinde, tıbbi bakımın iyileştirilmesi için yararlı stratejileri değerlendirmek önemlidir.<sup>8-10</sup>

Diğer endüstrilerde ve son zamanlarda tıpta başarılı görünen basit kavramlardan birisi takımlar ve ekip çalışmasıyla ilgilidir.<sup>11-13</sup> Daha fazla dolar, ekipman, bina ya da personel aracılığıyla zorlukları çöz-

mektense, etkili ekip çalışması, hem sofistike hem de temel sağlık dağıtım sistemlerinin sağlık bakımında sinerji sağlayabilir.<sup>14</sup> Bu bölüm, ekiplerin ve ekip çalışmasının felsefesini ve temel kavramlarını araştırır, ekiplerin neden mantıklı olduklarını inceler, başarılı ekipleri oluşturmanın bazı stratejileri ve aynı zamanda ekiplerin başarılı olmasının önündeki engelleri tartışır. Bu ekip kavramlarının çoğu evrenseldir ve genellikle tıbbi olmayan endüstrilerde uygulanmaktadır, ancak tıptaki zorluklar ve karmaşıklıklar ve tıbbi sistemler ile tıbbi ekonomideki kültürel çeşitliliğin doğal karışımı, tıbbi çevrede takım stratejisinin uygulanmasını daha da zorlaştırmaktadır.<sup>15-17</sup> Yine de, başarılı takım konseptlerinin sunduğu heyecan verici fırsatları, tıbbın şu andaki ve gelecekteki zorluklarının bazılarının kısmi çözümü olarak keşfetmek önemlidir. Ekibin başarısı ve ekip çalışmasının, hasta sonuçlarına, personel verimliliğine ve person ile hasta memnuniyetinin başarısına katkıda bulunabileceği, takım ilkelerini ve stratejilerini uygulamak için acil servisten daha iyi bir yer yoktur.

## Olgu Sunumu 6.1.

Bir şehir hastanesi acil servisi, yoğun ve kaotik bir yer olup günlük hasta ihtiyaçları personel üzerine çok fazla yük bindirir. Bu, yüksek hasta ve çalışan memnuniyetsizliği ile birlikte, kaotik ve çoğu zaman zor bir çalışma ortamına neden olur. Tüm sağlık çalışanlarının klinik becerileri mükemmel olmasına rağmen, her vardiyanın zorlu ve yorucu olması, mutsuz bir işyerinde fazla çalışan değişimine yol açmaktadır. Yeni acil servis direktörü olarak, daha fazla kaynağın ortaya çıkmadığının farkındasınız ve başarılı olmak için yeni bir yaklaşım önemlidir. İşyerindeki ekip kavramıyla ilgili bazı tıbbi referansları yeni okudunuz. Ancak "ekip çalışması" gerçekten acil servis kapsamında mı?

kurulması ve gözlenmesinde başarısızlık tehlikesi vardır ve gelişigüzel bir yaklaşım genellikle başarısız ekiplere neden olur. Başarısızlıklar, alaya ve zaman ve kaynak israfına neden olabilir. Ancak başarılı ekipler verimlilikte aynı zamanda personelin ve

hastanın memnuniyetinde fark yaratacaktır ve tıbbi organizasyonlardaki başarılı değişimin ayrılmaz bir parçası olabilecektir. Takımlar ve takım çalışması, keşfedilmeye ve benimsenmeye değerdir, çünkü tıbbın içinde evrim geçiren meydan okumalarla karşı karşıyayız.

## Kaynakça

1. Patient Protection and Affordable Care Act, Pub. L. 111-148, 124U. Stat. 119, March 30, 2010.
2. Institute of Medicine. The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes. Washington, DC: National Academies Press, 2011.
3. Fuchs VR. Government payment for health care: causes and consequences. *New England Journal of Medicine* 2010; 363: 2181-3.
4. Newhouse J. Medical costs and medical markets: another view. *New England Journal of Medicine* 1979; 300: 855-6.
5. Goldman D, Sood H. Rising health care costs: are we in a crisis? *Health Affairs* 2006; 25: 389-90.
6. Shortwell S. Health care reform requires accountable care systems. *JAMA* 2008; 300: 95-7.
7. Royal College of Physicians and Academy of Medical Royal Colleges. The Future of Academic Medicine: Five Scenarios to 2025. London: The Colleges, 2004.
8. Mountford J, Davies C. Towards an outcomes based health care system: a view from the United Kingdom. *JAMA* 2010; 304: 2407-8.
9. Kaplan JP, Fleming D. Current and future public health challenges. *JAMA* 2000; 284: 1696-8.
10. Connors E, Goston L. Health care reform: an historic moment in U.S. social policy. *JAMA* 2010; 30: 2521-2.
11. Dynamics Research Corporation. Emergency Team Coordination Course. Andover, MA: Dynamics Research Corporation, 1997.
12. Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, et al. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MEDTEAMS research consortium. *Annals of Emergency Medicine* 1999; 34: 373-83.
13. Brannick M, Prince C. An overview of team performance measurement. In MT Brannick, E Salas, CW Prince, eds., *Team Performance Assessment and Measurement*. Mahway, NJ: Erlbaum, 1997; 3-16.
14. Institute of Medicine. Leadership Commitments to Improve Value in Healthcare: Finding Common Ground. Washington, DC: National Academies Press, 2010.
15. Jay GD, Berns SD, Morey JC, et al. Formal teamwork training improves teamwork and reduces emergency department errors. *Academic Emergency Medicine* 1999; 6: 408.
16. Hellriegel D, Slocum J, Woodman R. Organizational culture. In *Organizational Behavior*, 9th edn. Cincinnati, OH: South-Western Publishing, 2001.
17. Spear, S. Learning to lead at Toyota. *Harvard Business Review* 2004; 82 (5): 78-9. 18. Katzenbach JR, Smith DK. *The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization*. New York, NY: Harper Collins, 1994.
18. Helmreich RL, Wilhelm JA, Gregorich SE, Chidester TR. Preliminary results from the evaluation of Cockpit Resources Management Training: performance ratings of flight crews. *Aviation, Space, and Environmental Medicine* 1990; 61: 576-9.
19. Helmreich RL, Schaefer HG. Team performance in the operating room. In MS Bogner, ed., *Human Error In Medicine*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1994: 225-53.
20. Rice M. Teams and teamwork in emergency medicine. In P Croskerry, KS Cosby, SM Schenkel, RL Wears, eds., *Patient Safety in Emergency Medicine*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2009; 177-80.
21. Henry H. *Lessons from Team Leaders: a Team Fitness Companion*. Milwaukee, WI: ASQ Quality Press, 1998.
22. Ratliff RL, Beckstand SM, Hanks SH. The use and management of teams: a how-to guide. *Quality Progress* June 1999: 31-8.
23. Kirkman B, Rosen B. Beyond selfmanagement: antecedents and consequences of team empowerment. *Academy of Management Journal* 1999; 43: 58-74.
24. Wetlaufer S. Organizing for empowerment: an interview with AFS's Roger San and Dennis Bakke. *Harvard Business Review* January-February, 1999: 110-23.
25. Firth-Cozens J. Celebrating teamwork. *Quality in Healthcare* 1998; 7: S3-7.
26. Morey JC, Simon R, Jay GD, et al. Error Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research* 2002; 37: 1553-81.
27. Gersick CJ. Time and transition in work teams: toward a new model of group development. *Academy of Management Journal* 1988; 31: 9-41.



28. Tuckman B, Jensen M. Stages of small group development revisited. *Group and Organization Studies* 1977; 2: 419–27.
29. Montebello AR. *Work Teams That Work*, Minneapolis, MS: Best Sellers, 1994.
30. Herbelin S, Guiney P, eds. *The Do's and Don'ts of Work Team Coaching*. Riverbank, CA: Herbelin, 1998.
31. Ezzamel M, Willmott H. Accounting for team-work: a critical study of group-based systems of organizational control. *Administrative Science Quarterly* 1998; 43: 358–96.
32. Feldman DC. The development and enforcement of group norms. *Academy Management Review* 1984; 9: 47–53.
33. Spich R, Leleman R. Explicit norm structuring process: a strategy for increasing task-group effectiveness. *Group and Organization Studies* 1985; 10: 37–9.
34. Besser TL. *Team Toyota*, Ithaca, NY: State University of New York Press, 1996.
35. Cannon-Bowers J, Salas E, eds. *Making Decisions Under Stress: Implications for Individual and Team Training*. Hyattsville, MD: American Psychological Association, 1999.
36. Denton DK. How a team can grow. *Quality Progress* June 1999; 53–8.
37. Gibson CB. Do they do what they believe they can? Group efficacy and group effectiveness across tasks and cultures. *Academy of Management Journal* 1999; 42: 138–52.
38. Xaio Y, Hunter WA, Mackenzie CF, Jefferies NJ, Horst RL. Task complexity in emergency care and its implications for team coordination. *Human Factors* 1996; 38: 636–45.
39. Rose E, Buckley S. *50 Ways to Teach Your Learner: Activities and Interventions For Building High- Performance Teams*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1999.
40. Purser R, Cabana S. *The Self Managing Organizations: How Leasing Companies are Transforming The Work of Teams for Real Impact*. New York, NY: Free Press, 1999.
41. Senders JW. On the complexity of medical devices and systems. *Quality and Safety in Health Care* 2006; 15 (suppl.1): 41–3.
42. Martin J. *Cultures in Organizations*. New York, NY: Oxford University Press, 1992.
43. Hellriegel D, Jackson SE, Slocum JW. *Management*, 8th edn. Cincinnati, OH: South-Western Publishing, 1999; 624–8.
44. Kraft R. *Utilizing Self-Managing Teams: Effective Behavior of Team Leaders*. Hamden, CN: Garland, 1999.
45. Vogus TJ, Sutcliffe KM. The safety organization: development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical Care* 2007; 45: 46–54.
46. Vogus TJ, Welbourne TM. Structuring for high reliability: HR practice and mindful process in reliability-seeking organizations. *Journal of Organizational Behavior* 2003; 24: 877–903.
47. Schulman P. The negotiated order of organizational reliability. *Administration and Society* 1993; 25: 353–72.
48. TeamSTEPPS. *Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://teamstepps.ahrq.gov>.
49. Murphy K. *Individual Differences and Behavior in Organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1996.
50. Hackman JR. Group influences on individuals. In MD Dunnette, LM Hough, eds., *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 2nd edn., vol. 2. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1992: 199–267.
51. Edmondson A. Psychological safety and learning behaviors in work teams. *Administrative Science Quarterly* 1999; 44: 358–83.
52. Hambrick DC. Fragmentation and the other problems CEOs have with their top management teams. *California Management Review* Spring 1995; P110–127.
53. Harrison D, Price KH, Bell MP. Beyond relational demography: time and the effect of surface and deep level diversity on work group cohesions. *Academy of Management Journal* 1998; 41: 96–108.

# Acil Servislerde Kalite Teminatı

Philip D. Anderson and J. Lawrence Mottley  
Çeviri : Dr. Ali BATUR

## Kilit Noktalar

- Olumsuz olaylar, hatalar ve bakım standardı da dahil olmak üzere, hakem değerlendirmeleri ile ilgili temel kavramları gözden geçirin.
- Bakım kalitesini ölçmekte kullanılan ölçüm yöntemlerini tartışın.
- Yeni bir kalite programının nasıl kurulacağını açıklayın: komite üyelerini, gözden geçirilecek vakaları ve gözden geçirme sürecini seçin.

## Giriş

Dünya genelinde acil servis liderleri giderek artan oranda halkın bilinçlendirilmesi ve acil servis sunumunda kalitenin artırılması talebi ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Amerika Tıp Enstitüsü'nün (ATE) 2000 yılındaki raporu, İnsanoglu'nun Yanılgısı: Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi Oluşturmak, tıbbi hatalar sorununun büyüklüğü ve onlardan kaynaklanan olumsuz olaylar konusuna çarpıcı bir biçimde odaklanmıştır.<sup>1</sup> ATE'nin raporuna göre hastaneye yatırılmış hastalar üzerinde yapılan iki büyük araştırmadan yola çıkarak, olumsuz durumların tüm hastane yatışlarının kabaca % 3'ünde olduğu, olumsuz durumların % 7 ile % 14'ünün ölümle sonuçlandığı ve bu durumların yarısından fazlasının tıbbi hatalar sonucu ortaya çıktığı bildirilmiştir.<sup>2-4</sup> Bu veriler ABD'deki tüm hastane yatışlarına genellenildiğinde önlenebilir tıbbi hataların bir sonucu olarak 44 000 ila 98 000 hastanın her yıl öldüğü öne sürülmüştür. ATE raporunda belirtilen çalışmalardan birinde hastanede yatan hastalarda saptanan olumsuz durumların sadece % 3'ünün acil serviste olduğu görülmüş; bununla birlikte, bu durumların % 70'i ihmal olarak değerlendirilmiştir.<sup>2-3</sup> Acil servisteki hata oluşumunu değerlendiren diğer çalışmalar, acil servise 72 saat içinde yapılan mükerrer

başvurularda % 13-33<sup>5-6</sup>; acil serviste oluşan ölümleri içeren vakalarda % 18-26<sup>7-8</sup> ve acil servisten taburcu edilmek üzere olan hastalardaki beklenmedik ölüm vakalarında % 60'a kadar<sup>9</sup> daha yüksek hata oranlarını bildirmiştir.

Her ne kadar acil servisteki hataları saptama biliminde hala gelişme kaydediliyor olsa da acil servisteki temel hata oranları bilinmemektedir. Başarılı bir acil servis liderinin sunulan bakım kalitesini anlamaya ve geliştirmeye odaklanması gerektiği oldukça açıktır. Birçok ülkedeki düzenleyici kurumlar ve mükellefler; acil servis performansının ölçülmesine, hastane akreditasyonuna ve geri ödemeye etkileri olabilecek kalite ölçümlerine odaklanmaktadır. Hastane idari ortamındaki departmanların başarıyla savunulabilmesi için doğru veriler ve inceleme süreçleri kullanılmalıdır. Acil servis vakalarında bakım kalitesiyle ilgili tüm soruları güvenilir bir şekilde ele alacak mekanizmalara ihtiyaç vardır.

Bu bölüm, acil serviste bakım kalitesini tanımlama ve ölçme konularını keşfedecek ve başarılı bir kalite teminatı, hakem değerlendirme programı oluşturmak için stratejileri tanımlayacaktır.

## Acil Bakım Kalitesinin Tanımlanması

Kalite, güzellik gibi, zarif bir evrensel kavramdır ve bu nedenle özellikle tanımlamak zor olabilir. Sonuç olarak, farklı paydaşlar için farklı anlamlar taşıyabilir. Örneğin, mükellefler, hastalar ve sağlayıcılar, sağlık hizmeti sunumunun veya sağlık sonuçlarının farklı yönlerine farklı değerler atfedebilirler. Son birkaç on yılda, sağlık bakımında kalitenin tanımlanma biçimi giderek daha spesifik ve uygulanabilir hale gelmek üzere gelişmiştir.

1990'da ATE ilk önce bakım kalitesini "bireyler ve toplumlar için sağlık hizmetlerinin arzulan sağlık sonuçlarının olasılığını artırdığı ve mevcut mesleki bilgi ile tutarlı olduğu"<sup>10</sup> olarak tanımlamıştır. 2001'de bu tanım, kaliteyi ölçmek ve geliştirmek

pnömoni mevcut, serum laktat 4.2 mmol / L olduğu görülmüştür. Hastaya IV sıvı ve antibiyotik başlanmış, 2 litre serum fizyolojik sonrası hasta hipotansif kalmıştır. Septik şokun çalışmalarındaki tanısına dayanarak, hekim hedefe yönelik erken tedavi için departman protokolüne göre merkezi bir venöz katater yerleştirmeye karar vermiştir. Hekim, üçlü lümen kateteri yerleştirmek için sağ subklavian yaklaşım ve standart Seldinger tekniği kullanmış; tel kolaylıkla ilerlemiş ve tüm limanlardan iyi kan geri dönüşü olmuştur. Ameliyat sonrası göğüs grafisinde % 10 boyutunda sağ pnömotoraks görülmüştür. KT Komitesi pnömotoraksın olumsuz bir olay olduğunu belirtmiş ancak bazı üyeler bunun bir hata olup olmadığını sormuştur. Prosedür düzgün bir şekilde uygulandığında bile vakaların % 1-3'ünde pnömotoraks ortaya çıkar, santral venöz hat yerleşiminde bilinen bir komplikasyondur. Bu vakadaki mevcut bilgilere dayanarak, acil servis hekiminin santral katater

yerleştirilmesi için standart işlem prosedürünü izlediği anlaşılmaktadır. Bu nedenle, pnömotoraks hata olamaz, sadece önlenemez olmayan bir istenmeyen durum olarak düşünülebilir.

## Sonuçlar

Acil serviste kalite teminatı, hem veri toplama hem de acil servis tarafından verilen bakım kalitesine genel bir bakış sağlayan göstergelerin ölçümüne bağlıdır. Buna ek olarak, seçilen vakaların hakem incelemesi, bakım sunumundaki potansiyel problemleri ele alabilir ve iyileştirme fırsatlarını belirleyebilir. Sağlam bir kalite güvencesi programı, yüksek performanslı bir acil servisi geliştirmek ve sürdürmek için gerekli bir idari araçtır.

## Kaynakça

- Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC, National Academies Press, 2000.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. New England Journal of Medicine 1991; 324: 370-6.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. New England Journal of Medicine 1991; 324: 377-84.
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Medical Care 2000; 38: 261-71.
- Lerman B, Kobernick MS. Return visits to the emergency department. Journal of Emergency Medicine 1987; 5: 359-62.
- Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, et al. Emergency department revisits. Annals of Emergency Medicine 1989; 18: 964-8.
- Lu TC, Tsai CL, Lee CC, et al. Preventable deaths in patients admitted from emergency department. Emergency Medicine Journal 2006; 23: 452-5.
- Nafsi T, Russell R, Reid CM, Rizvi SM. Audit of deaths less than a week after admission through an emergency department: how accurate was the ED diagnosis and were any deaths preventable? Emergency Medicine Journal 2007; 24: 691-5.
- Sklar DP, Crandall CS, Loeliger E, et al. Unanticipated death after discharge home from the emergency department. Annals of Emergency Medicine 2007; 49: 735-45.
- Committee to Design a Strategy for Quality Review Assurance in Medicare (Institute of Medicine). Medicare: a Strategy for Quality Assurance, Volume I, Dallas, TX: National Academies Press, 1990.
- Committee on Quality of Health Care in America (Institute of Medicine). Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century, Dallas, TX: National Academies Press, 2001.
- James BC. Improving quality can reduce costs. QA Review 1989; 1 (1): 4.
- Graff L, Stevens C, Spaite D, et al. Measuring and improving quality in emergency medicine. Academic Emergency Medicine 2002; 9: 1091-107.
- Eagle CJ, Davies JM. Current models of "quality": an introduction for anaesthetists. Canadian Journal of Anaesthesia 1993; 40: 851-62.
- Reason J. Managing the Risks of Organizational Accidents. Burlington, VT: Ashgate, 1997.
- National Quality Forum. Serious reportable events. [http://www.qualityforum.org/Publications/2008/10/Serious\\_Reportable\\_Events.aspx](http://www.qualityforum.org/Publications/2008/10/Serious_Reportable_Events.aspx) (accessed March 18, 2012).
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Overview: Physician Quality Reporting System. <http://www.cms.gov/PQRS/> (accessed March 26, 2012).
- Medicare. Hospital Compare. US Department of Health and Human Services. <http://www.hospitalcompare.hhs.gov> (accessed May 15, 2012).
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Hospital Inpatient Quality Reporting Program. <http://>

- www.cms.gov/HospitalQualityInits/08\_HospitalRHQDAPU.asp#TopOfPage (accessed March 26, 2012).
20. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743–8.
  21. Porter ME. What is value in health care? *New England Journal of Medicine*. 2010; 363: 2477–81.
  22. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review* 2011; 89: 46–52, 54, 56–61.
  23. Kaplan RS, Anderson SR. Time-driven activity-based costing. *Harvard Business Review* 2004; 82: 131–8, 150.
  24. Porter ME. Value in health care. Supplementary Appendix 1 to Porter ME. What is value in health care? *New England Journal of Medicine* 2010; 363: 2477–81.
  25. Perina DG, Beeson MS, Char DM, et al. The 2007 model of the clinical practice of emergency medicine: the 2009 update. *Academic Emergency Medicine* 2011; 18: e8–26.
  26. Hobgood C, Anantharaman V, Bandiera G, et al. International Federation for Emergency Medicine Model Curriculum for Emergency Medicine Specialists. *Emergency Medicine Australasia* 2011; 23: 541–53.
  27. Petrino R. A curriculum for the specialty of emergency medicine in Europe. *European Journal of Emergency Medicine* 2009; 16: 113–14.
  28. Lindsay P, Schull M, Bronskill S, Anderson G. The development of indicators to measure the quality of clinical care in emergency departments following a modified-Delphi approach. *Academic Emergency Medicine* 2002; 9: 1131–9.
  29. Jencks SF, Cuerdon T, Burwen DR, et al. Quality of medical care delivered to Medicare beneficiaries: profile at state and national level. *JAMA* 2000; 284: 1670–6.
  30. Krumholz H, Baker DW, Ashton CM, et al. Evaluating quality of care for patients with heart failure. *Circulation* 2000; 101: e101–40.
  31. Krumholz HM, Herrin J, Miller LE, et al. Improvements in door-to-balloon time in the United States, 2005 to 2010. *Circulation* 2011; 124: 1038–45.
  32. Kanwar M, Brar N, Khatib R, et al. Misdiagnosis of community-acquired pneumonia and inappropriate utilization of antibiotics: side effects of the 4-h antibiotic administration rule. *Chest* 2007; 131: 1865–9.
  33. Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *BMJ* 2006; 332: 419–22.
  34. NHS Information Centre for Health and Social Care. <http://www.ic.nhs.uk> (accessed May 28, 2012).
  35. Department of Health. Urgent & Emergency Care. A&E Clinical Quality Indicators Data Definitions. London: Department of Health, 2010.
  36. Australian Institute of Health and Welfare. <http://www.aihw.gov.au> (accessed May 28, 2012).
  37. Australian Council on Healthcare Standards. <http://www.achs.org.au> (accessed May 28, 2012).
  38. Australian Institute of Health and Welfare. A Set of Performance Indicators Across the Health and Aged Care System. Canberra: AIHW, 2008.
  39. Emergency Medicine, version 4. Clinical Indicators. In Australasian Clinical Indicator Report 2003–2010. 12th edn. Australasian Council on Healthcare Standards, 2011.
  40. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Hospital Quality Initiative. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/index.html> (accessed July 23, 2012).
  41. Welch S, Augustine J, Camargo CA, Reese C. Emergency department performance measures and benchmarking summit. *Academic Emergency Medicine*. 2006; 13: 1074–80.
  42. Welch SJ, Asplin BR, Stone-Griffith S, et al. Emergency department operational metrics, measures and definitions: results of the Second Performance Measures and Benchmarking Summit. *Annals of Emergency Medicine* 2011; 58: 33–40.
  43. Moffett P, Moore G. The standard of care: legal history and definitions: the bad and good news. *Western Journal of Emergency Medicine* 2011; 12: 109–12.
  44. *McCourt v Abernathy*. in., S.C.; 1995: 603.
  45. American College of Emergency Physicians (ACEP). Expert witness guidelines for the specialty of emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine* 2010; 56: 449–50.
  46. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia* 1995; 163: 458–71.
  47. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322: 517–19.
  48. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Common Formats Event Description Hospital Version 1.2. [https://www.psopp.org/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=375679&folderId=409252&name=DLFE-14073.pdf](https://www.psopp.org/c/document_library/get_file?p_l_id=375679&folderId=409252&name=DLFE-14073.pdf) (accessed July 24, 2012)
  49. Sentinel events. In Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: the Official Handbook. The Joint Commission, 2011.
  50. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Hospital-acquired conditions. [http://www.cms.gov/HospitalAcqCond/06\\_Hospital-Acquired\\_Conditions.asp#TopOfPage](http://www.cms.gov/HospitalAcqCond/06_Hospital-Acquired_Conditions.asp#TopOfPage) (accessed March 18, 2012).
  51. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768–70.
  52. Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge

- University Press, 1990.
53. Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo AL, et al. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: a study of closed malpractice claims from 4 liability insurers. *Annals of Emergency Medicine* 2007; 49: 196–205.
  54. Goldman RL. The reliability of peer assessments of quality of care. *JAMA* 1992; 267: 958–60.
  55. Thomas EJ, Lipsitz SR, Studdert DM, et al. The reliability of medical record review for estimating adverse event rates. *Annals of Internal Medicine* 2002; 136: 812–16
  56. Smith MA, Atherly AJ, Kane RL, et al. Peer review of the quality of care. Reliability and sources of variability for outcome and process assessments. *JAMA* 1997; 278: 1573–8.
  57. Lilford RJ, Mohammed MA, Brauholtz D, et al. The measurement of active errors: methodological issues. *Quality and Safety in Health Care* 2003; 12 (Suppl 2): ii8–12.
  58. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *New England Journal of Medicine* 2006; 354: 2024–33.
  59. Seigel TA, McGillicuddy DC, Barkin AZ, et al. Morbidity and Mortality conference in Emergency Medicine. *Journal of Emergency Medicine* 2010; 38: 507–11.

## Ek okumalar

Welch SJ. *Quality Matters: Solutions for a Safe and Efficient Emergency Department*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2009.

Jensen K, Kirkpatrick DG. *The Hospital Executive's Guide to Emergency Department Management*. Marblehead, MA: HCPro, Inc., 2012.



# Acil Servis Politikaları ve Prosedürleri

Kirsten Boyd

Çeviri : Dr. Abdullah ŞEN

## Kilit Noktalar

- Acil servis politikaları ve prosedürleri, uygulamaları standart hale getirmek ve kaliteli tedavi hizmeti sunmak amacıyla kullanılır.
- Politikaların yazılması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamasında bazı önemli adımlar söz konusudur.
- Başarılı politika ve prosedür uygulamaları liderlik yoluyla desteklenir ve yönlendirilir.

## Giriş

Politika ve prosedürler, bütün başarılı işlerin veya organizasyonların işlevsel temelini teşkil etmektedir. Bu yapılandırılmış ve onaylanmış kurumsal araçlar, kurum içerisinde standart protokollere, uygulamalara, işlemlere ve hesap verebilirlik durumuna ilişkin beklentilerin belirlenmesi için gerekli temeli oluşturur. Etkili bir şekilde kaleme alınan ve uygulanan bir politika, hızla ilerleme kaydeden acil tıp dünyasında iletişimi geliştirebilir ve uygulamaları standartlaştırabilir.<sup>1</sup>

*Politika*, kurumun uygun bir onay sürecinden geçtikten sonra benimsediği ve karar verme sürecinde aktif çalışanlara yardımcı olan kurallar bütünüdür. *Prosedür* ise, belirli görevlerin günlük bazda yerine getirilebilmesi için kullanılan metodolojidir. Prosedür, uygulamada, bir politikanın hayata geçirilmesini sağlayan yollardan biridir.<sup>2</sup>

Bazı politika ve prosedürler tek bir birime özgü olabilirken diğerleri bir kurumdaki birden fazla birimi içerebilir. Birim sınırlarının ötesine uzanan politika ve prosedürler, kurum içerisindeki uygulamaların tutarlı olmasını sağlamanın yanı sıra uzmanlık dalları arasında etkili iletişimin kurulması için de daha fazla girdiye ve daha kapsamlı bir işbirliğine ihtiyaç duyacaktır.

Bu bölümde, politikaların nasıl yazıldığı, onaylandığı, uygulandığı ve değerlendirildiği konusu ele alınacaktır. Ekibinizin ana hatlarıyla belirtilen kapsamda bilgili ve tutarlı bir şekilde çalışmasını sağlamak için birim lideri olarak rolünüzün değerlendirilmesi, bu bölümün temel amaçlarından birini teşkil edecektir.

dirilmesi, bu bölümün temel amaçlarından birini teşkil edecektir.

## Acil Serviste Politika ve Prosedürlerin Rolü

### Klinik uygulamaların standartlaştırılması

Klinik yöntemler, standart tanı ve tedavi protokollerinin takibi yoluyla önemli yararların elde edilmesi için kanıt dayalı bir uygulama sunma açısından gittikçe daha yaygın bir strateji haline gelmiştir.<sup>3</sup> Hekim ve hemşire eğitim programları, bu yaklaşımı belirli kesimler için standart tedavi yöntemi olarak ön plana çıkarmaktadır. Politika ve prosedürler, bir kuruluştaki klinik ve operasyonel işlevleri desteklemek amacıyla standartların belirlenmesi sürecine çok benzer bir işleyiş gösterir.<sup>4</sup>

Politika veya prosedürlerin görevi, birim veya kurum uygulamasını çerçeve içerisine almaktır. Bu standardın hasta yönetimi ve karar verme süreçlerinde sağlık çalışanlarını desteklemesi ve yönlendirmesi amaçlanmaktadır. Kuruma yeni hekim veya hemşire alındığında politika ve prosedür kılavuzunun gözden geçirilmesi, söz konusu yeni personelin oryantasyonu ve eğitimi açısından kritik öneme sahiptir.<sup>5</sup> Bu gözden geçirme işlemi, kurumdaki uygulamaların temelini teşkil edecektir.

### İşlemlere yönelik yapının oluşturulması

Başlangıç safhası, genellikle, politika veya prosedür geliştirme sürecinin en zorlu aşamasıdır. Kurumda politika koordinasyon ofisinin bulunması halinde, şablonlara, dile ve onay sürecine ilişkin bilgi almak için bu ofisle birlikte çalışmanız gerekmektedir.<sup>5</sup> Ancak, diğer birçok kurumda olduğu gibi, bu aşama yalnızca işlemlere veya birime özgü klinik uygulamalara yönelik bir yapı oluşturmayı sağlayacaktır. Daha sonra atılması gereken önemli adımlardan biri de kendi politika ve prosedür geliştirme ekibinizi kurmaktır.

Politikanın oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesi amacıyla gerekli girdilerin sağlanması, bu bölümün temel amaçlarından birini teşkil edecektir.

Tablo 8.5. Devamı

Yardım Kodu seviyesi	Uyarı	Aktivasyon	Triaj
	Sayım yaparak hastaların birimlere göre sınıflandırılmasını sağlar. Hastaları taburcu edemez. DC ECF'ye onay verir. Sağlık hizmeti verilen/verilmeyen ev ortamı Erken taburculuk durumunda gerekli hazırlıkları yapar. Gerek görülmesi halinde, bütün sevk taleplerinde AF ile birlikte çalışır. Taksi kuponlarını bütün OY ekibinin erişimine sunar. OY personelinin mesai saatlerinin uzatılmasına ilişkin gerekli hazırlıkları yapar. Alternatif sağlık çalışanları kapasitesini belirler (evde bakım, ECF) (DCF Asistanları). Sevk ve gözlemlerin yapılması için HC ve ECF bağlantılarının sahada bulunması yönünde uyarıda bulunur.	Askıya alınan/karşılabilir ihtiyaçlarıyla birlikte klinik açıdan taburcu edilmeye hazır olan hastaları bildirir. Taburculuk sürecini sekteye uğratan engelleri ortadan kaldırmak için süreç yöneticisi, hemşirelik birimi ve klinik ekiplerle birlikte çalışır. Taburculuk işlemlerini kolaylaştırmak için ailelerle/bakıcılarla irtibata geçer. Daha uzun süreli mesai saatleri içerisinde görev yapacak olan personeli belirler. Taburculuk sürecinde ulaşımı sağlamak için taksi kuponlarını, otobüsleri ve (gerekli olması halinde) ambulansları kullanır.	Uzatılan OY mesai saatleri için görevlendirilecek personeli belirler. Taburculuk sürecinde ulaşımı sağlamak için taksi kuponlarını, otobüsleri ve (gerekli olması halinde) ambulansları kullanır.
Kamu güvenliği	Olay yerindeki ilk memur, polis amirini veya görevli personeli bilgilendirir. Amir, durumu değerlendirir ve komuta personeliyle irtibata geçer.	Binaya erişmeye çalışır, başkalarının erişimini kısıtlar ve durumu gözlemler. Bölgedeki araç trafiğini durdurur. Komuta merkezine yanıt verir.	ICS rolünü üstlenir. Her türlü kaynak ihtiyacı için komuta merkezi ile birlikte çalışır.
Laboratuvar Radyoloji	Personeli ve laboratuvar yöneticileri durumundan haberdar eder. Çalışmalara öncelik vermek için acil servis kaynağıyla çalışır.	Kaynak ihtiyaçlarını belirlemek için komuta merkezi ile birlikte çalışır.	EOP'yi izler.

## Kaynakça

- Howard PK, Steinmann RA, eds. *Emergency Nursing Principles and Practice*, 6th edn. St. Louis, MO: Mosby, 2010.
- Paige JB. Solve the policy and procedure puzzle: bring together numerous departments to create one inclusive patient care model. *Nursing Management* 2003; 34 (3): 45–8.
- Schuyve PM. *Leadership in Healthcare Organizations: a Guide to Joint Commission Leadership Standards*. San Diego, CA: Governance Institute, 2009.
- Hudson K. Policy and procedure management: a job that's never done. *Nursing Management* 2006; 37 (6): 34–8.
- Kotter JP. What leaders really do. *Harvard Business Review* 1990; 68 (3): 103–11.
- The Joint Commission. *History of the Joint Commission*. [http://www.jointcommission.org/about\\_us/history.aspx](http://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx) (accessed January 2014).
- Hudson K. From research to practice on the Magnet pathway. *Nursing Management* 2005; 36 (3): 33–7.
- McLaughlin C, Kaluzny A. *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementation, and Applications*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1999.
- Institute of Medicine of the National Academies. *Advising the Nation / Improving Health*. Washington, DC: IOM, 2010.
- Zavotsky KE. *Developing an ED training program: how to "grow your own" ED nurses*. *Journal of Emergency Nursing* 2000; 26: 504–6.
- Grimm JW. *Effective leadership: making the difference*. *Journal of Emergency Nursing* 2010; 36 (1): 74–7.
- The Joint Commission. *Statement of Conditions: Compliance Document, 2004*. [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/0504\\_SOC.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/0504_SOC.pdf) (accessed January 2014).
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Appendix C in Performance Measurement report 1–15, 1998*.
- Graham N. *Quality Assurance in Hospitals*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1990.

# Acil Serviste İyi Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği

Carrie Tibbles and Jock Hoffman  
Çeviri : Dr. Elif ÇELİKEL

## Kilit Noktalar

- Hastaların acil serviste karşılaşabileceği olumsuzlukların azaltılması görevlerin uygun dağıtılmasına, verilerin uygun toplanması ve analiz edilmesine, müdahalelerin bilinçli bir şekilde geliştirilmesine ve uygulanmasına bağlıdır.
- Hastaların olumsuz olay riskini azaltmak için özel müdahaleleri uygulamadan önce, acil servis sorumlusu genel risk ve emniyetle ilgili önlemleri belirleyip, sahip çıkarak önlemlerin sürdürülebilecek kapasitede de olup olmadığını belirlemelidir.
- Acilde risk yönetimi ve hasta güvenliği açısından önemli bileşenlerden biri de açık ve etkili iletişimidir.
- Ciddi bir olumsuz etki ortaya çıktığı zaman, hastaya ve /veya aileye gösterilen sempati ve şefkat bu geçici durumun yatıştırılması için önemli bir davranıştır.

## Giriş

Acil serviste (AS) tıbbi iyi uygulamak ve bunu geliştirmek kapsamlı risk yönetimi ve hasta güvenliğinin basit ve önemli bir bileşenidir. Ne yazık ki ve tabii ki tıbbi hatalar acil servislerde de olur (diğerlerinde olduğu gibi) ve bunların bazıları önlenilecek hatalardır. Acil serviste etkili hasta güvenliği (muayene, tanı ve tedavi sırasında hastalara zarar verme riskini azaltmak) acil şartlarında zor sağlanabilen birkaç önemli faktöre (uyum, aşinalık, süreklilik) bağlıdır. Birçok nedenden dolayı hastanın güvenliğini arttırmak ve acil servisler de olumsuz etkileri azaltmak zor olabilir. Acil servis hastaları daha önceki bakımına dahil olmayan hekim ve hemşireler tarafından tedavi edilir, ki bunlar daha sonraki bakımına da dahil olmayacaklardır. Bu hastalar, belirgin olmayan semptomlar sergilerler ve

kapsamlı bir öykü veremeyebilirler. Zaman ve hizmet baskısı hekimlerin hızlı ve eksik bilgi ile hastayı değerlendirmesine neden olmaktadır. Hekim hastayı altta yatan tanı tam belli olmadan değerlendirmektedir. Yoğun ve öngörülemez durumların olduğu acil serviste iletişim kısadır ve hastaya bakım sağlayan hekim ve hemşireler kısıtlı bilgiye sahiptirler. Acil serviste en çok yapılan tıbbi hata tanıyı gözden kaçırmak yada geç tanı koymaktır: tetkikleri tamamlanmadan hastayı taburcu etmek, veya semptomları, test sonuçlarını ve komorbid durumları yanlış yorumlamaktır. Hastaya Acil serviste yapılan medikal işlemler ve tedavi hataları daha az yapılan ancak daha komplike olan hatalardır. Yüksek riskli ortam göz önüne alındığında, acil servis sorumlusu yalnızca acil tıbbin genel risklerini değil aynı zamanda hasta güvenliğini sağlamada ki yerel düzenlemeleri de takip etmelidir. Bu bölüm, risk yönetim stratejisinin temel bileşenlerini ve acil tıbbin güvenlik açığının bazı alanlarını özetlemektedir.

## Acil Serviste Optimize Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği Programı

Acil serviste etkin risk yönetimi ve proaktif hasta güvenliği sağlanması, hem risk değerlendirmesine hem de riski azaltmayı sağlayan bir yapıya bağlıdır. Acil serviste hastanın karşılaşabileceği olumsuz olayları azaltma da temel olay görevlerin uygun dağıtılmasına, verilerin uygun şekilde toplanmasına ve analiz edilmesine, müdahalelerin bilinçli bir şekilde geliştirilmesine ve uygulanmasına bağlıdır.

## Sorumluluklar

Acil serviste hastaların güvenliği esasen herkesin sorumluluğunda olmakla birlikte, departmanın risk yönetimi / hasta güvenliği programı tüm personele (klinik ve klinik dışı) ve bu sorumluluğu alması beklenen kişiye açık-net olmalıdır. Risk yönetimi / hasta güvenliği sorumluluğu gayri resmi olarak verilirse veya bir kişinin iş tanımının da altta listeleni-



## Kaynakça

1. Smith HW. Legal responsibility for medical malpractice IV. Malpractice claims in the United States and a proposed formula for testing their legal sufficiency. *Journal of the American Medical Association* 1941; 116(24): 2670-9.
2. Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo AL, et al Missed and delayed diagnoses in the emergency department: a study of closed claim malpractice claims from 4 liability insurers. *Annals of Emergency Medicine* 2006; 49: 196-205.
3. Campbell S, Croskerry P, Bond WF. Profiles in patient safety: a "perfect storm" in the emergency department *Academic Emergency Medicine* 2007; 14: 743-9.
4. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *New England Journal of Medicine* 2006; 354: 2024-33.
5. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, et al. Variation in emergency medical services workplace safety culture. *Prehospital Emergency Care* 2010; 14: 448-60.
6. Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, van Walraven C. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcome *CMAJ* 2003; 169: 1023-8.
7. Thomas EJ, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Patient non-compliance with medical advice after the emergency department visit. *Annals of Emergency Medicine* 1996; 27(1): 49-55.
8. Roy CL, Poon EG, Karson AS, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Annals of Internal Medicine* 2005; 143: 121-8.
9. Morey JC, Simon R, Jay GD, et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Service Research* 2002; 37: 1553-81.
10. Salas E, DiazGranados D, Weaver SJ, King H. Does team training work? Principles for health care. *Academic Emergency Medicine* 2008; 15: 1002-9.
11. Frankel A, Gardner R, Maynard L, Kelly A. Using the communication and teamwork skills (CATS) assessment to measure health care team performance. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007; 33: 549-58.
12. Laxmisan A, Hakimzada F, Sayan OR, et al. The multitasking clinician: decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in the emergency care *International Journal of Medical Informatics* 2007; 76: 801-11.
13. Truog RD, Browning DM, Johnson JA, Gallagher TA. *Talking with Patients and Families about Medical Error: a Guide for Education and Practice* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2011.

## Okuma önerileri

- Biros MH, Adams JG, Wears RL. Errors in emergency medicine: a call to action. *Academic Emergency Medicine* 2000; 7: 1173-4.
- Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. *Academic Emergency Medicine* 2010; 17: 553-60.
- Elshove-Bolk J, Simons M, Cremers J, van Vugt A, Burg M. A description of emergency department-related malpractice claims in The Netherlands: closed claims study 1993-2001. *European Journal of Emergency Medicine* 004; 11: 247-50.
- Fordyce J, Blank FS, Pekow P, et al. Errors in a busy emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 2003; 42: 324-33.
- Hurwitz B. Learning from primary care malpractice: past, present and future. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13: 90-1.
- Karcz A, Holbrook J, Auerbach BS, et al. Preventability of malpractice claims in emergency medicine: a closed claims study *Annals of Emergency Medicine* 1990; 19: 865-73.

# Acil Serviste Personel Geliştirme

Thomas Fleischmann

Çeviri: Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK

## Kilit Noktalar

- Bir acil serviste yüksek kaliteli ve etkili tıbbi bakım sağlamanın esas koşulu, iyi eğitilmiş ve kendini işine adanmış hekimlerden ve hemşirelerden oluşan personele sahip olmaktır.
- Acil serviste sağlanan acil bakım hizmeti, hastanenin diğer kısımlarında yer alan diğer tıbbi disiplinlerdeki hekimlik ve hemşirelik faaliyetlerinden belirgin ölçüde ayrılır, bu nedenle bir acil serviste özel olarak eğitim verilmesi gerekir.
- Bir acil servis yöneticisinin en önemli görevlerinden biri tıbbi personeli ve hasta bakım personelini bulmak, oluşturmak, yönetmek, gözlemek ve geliştirmektir.

Okuyucu bu bölümü çalıştıktan sonra şunları yapabilecek hale gelecektir:

- Acil serviste eğitilmiş tıp personeli ve hasta bakım personeli ihtiyacını karşılamak
- Acil servisteki hekim ve hemşirelerin temel yetkinliklerini belirlemek
- Acil servisin vizyonunu açık bir şekilde ifade etmenin yanında, hedeflerin ve beklentilerin belirlenmesinin de önemini belirtmek
- Acil servis için hekim ve hemşire bulma konusunda fikirler üretmek
- Acil serviste tıbbi personel ve hasta bakım personelini eğitmek ve gözetmek

## Giriş

Dünyadaki bir çok ülke, acil tıbbın bir uzmanlık ya da uzmanlık üstü dal olduğunun farkına varmış olsa da, geri kalan ülkeler henüz bu aşamaya gelememiş durumdadırlar. Acil tıp ayrı bir uzmanlık dalı olsa da, dünyanın her yerinde aynı şekilde yüksek kalite

ve acil tıbbi bakım gerektirir. Yüksek kaliteli acil bakım hizmeti sunmak için gerekli kurumsal kaynaklar şunları içerir: Acil bakım hizmetine özgü işletme modelini destekleyen iyi tasarlanmış bir klinik alanı, iyi tanımlanmış politikalar ve yöntemler, ilgili araç gereç ve tıbbi kaynaklar, tanısal çalışmalara ve tedavi edici kaynaklara hızlı erişim. Yine de diğerlerine göre en önemli kaynak, gerekli bilgi, beceri ve yeterlilik ile uygun davranış tarzına sahip olan, kendini işine adanmış acil tıp hekimleri ve hasta bakım personelidir.

Bir acil serviste çalışmak diğer uzmanlık alanlarında çalışmaktan çok farklıdır. Bu alan özel bilgi, beceriler ve yeterlilikler gerektirir. Buna ek olarak, genelde sınırlı veri ve klinik bilgilerin olduğu, farklı şiddette ve alta yatan nedenlerin değişiklik gösterdiği birden fazla sayıdaki hastayı eş zamanlı olarak yönetebilmek, özel bir tıbbi karar alma biçimini ve eylemini gerekli kılar. Acil serviste klinik çalışma, bir poliklinikte, yataklı hasta koğuşunda, ameliyathanede ya da yoğun bakımda çalışmaya benzemez, bu ortamlarla ortak noktaları olsa bile. Yüksek kaliteli, etkili bakım hizmeti sunmak sadece acil serviste öğrenilebilir ve öğretilir ve orada sürekli uygulama yapılmalıdır.<sup>1,2</sup>

Acil tıbbın ve acil hemşireliğinin uzmanlık alanları olarak kabul edildiği ve akredite eğitim programlarının ülke içindeki hastanelerin acil servislerindeki personel ihtiyacını karşılamaya yeterli sayıda kalifiye personel yetiştirdiği ülkelerde acil tıp hekimlerini ve hemşirelerini işe almak nispeten daha kolaydır. Bu durumda, istenen beceriler bölgesel olarak akredite lisansüstü tıp eğitim kurumları tarafından genelde iyi bir şekilde tanımlanır ve öğretilir. Akredite eğitim programlarından mezun olan ve acil serviste klinik pozisyonlara başvuranlar genelde tanımlanmış minimum seviyedeki uzmanlığa sahiptirler, bu da başvurularını gözden geçirme ve adayları seçme işlemini kolaylaştırır.

## Kaynakça

- O'Connell E, Kleinschmidt K. Adult learners in the emergency department. In RL Rogers, ed., *Practical Teaching in Emergency Medicine*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009; 3-15.
- Fleischmann T. Core competencies in emergency medicine. In T Fleischmann, ed., *Clinical Emergency Medicine*. Munich: Elsevier, 2012; 15-27 [German].
- Centers for Disease Control and Prevention. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2008 Emergency Department Summary. [http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/nhamcs\\_emergency/nhamcsed2008.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/nhamcs_emergency/nhamcsed2008.pdf) (accessed March 19, 2012).
- Fleischmann T. Missions in emergency medicine. In T Fleischmann, ed., *Clinical Emergency Medicine*. Munich: Elsevier, 2012; 8-11 [German].
- Fleischmann T. The biology of an emergency. In T Fleischmann, ed., *Clinical Emergency Medicine*. Munich: Elsevier, 2012; 11-13 [German].
- Timmermans S, Berg M. *The Gold Standard: the Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Healthcare*. Philadelphia, PA: Temple University Press, 2003.
- Anderson P, Petrino R, Halpern P, Tintinalli J. The globalization of emergency medicine and its importance for public health. *Bulletin of the World Health Organization* 2006; **84**: 835-9.
- Perina D, Beeson M, Char D, et al. The 2007 model of the clinical practice of emergency medicine: the 2009 update. *Annals of Emergency Medicine* 2011; **57**: e1-15.
- UEMS Multidisciplinary Joint Committee on Emergency Medicine, European Society for Emergency Medicine. European Curriculum for Emergency Medicine. [http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european\\_curriculum\\_for\\_em-aug09-djw.pdf](http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european_curriculum_for_em-aug09-djw.pdf) (accessed March 19, 2012).
- Flowerdew L, Brown R, Vincent C, Woloshynowych M. Identifying nontechnical skills associated with safety in the emergency department: a scoping review of the literature. *Annals of Emergency Medicine* 2012; **59**: 386-94.
- Woloshynowych M, Davis R, Brown R, Vincent C. Communication patterns in a UK emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 2007; **50**: 407-13.
- Multiple authors. Section Two. Cardinal presentations. In J Marx, R Hockberger, R Walls, et al., eds., *Rosen's Emergency Medicine*. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier, 2010; 83-240.
- Multiple authors. Common emergency presentations. In T Fleischmann, ed., *Clinical Emergency Medicine*. Munich: Elsevier, 2012; 29-170 [German].
- O'Hara S. The nursing perspective and role in planning a simulation modeling: historical, experimental, and future applications of complex adaptive system thinking. In J Shiver, D Eitel, eds., *Optimizing Emergency Department Throughput*. New York, NY, Taylor & Francis, 2010; 67-107.
- Stewig-Nitschke A. Prerequisites for nurses in an emergency department. In W von Eiff, M Brachmann, T Fleischmann, et al., eds., *Management of an Emergency Department*. Stuttgart: Kohlhammer, 2011; 363-75 [German].
- Swiss Joint Venture for Nurses in Emergency Departments. [www.notfallpflege.ch](http://www.notfallpflege.ch) (accessed March 19, 2012) [German].
- Swiss Joint Venture for Nurses in Emergency Departments. Curriculum for Emergency Department Nursing. <http://www.notfallpflege.ch/rlpd.pdf> (accessed March 19, 2012) [German].
- Van Groenou A, Bakes K. Art, chaos, ethics and science (ACES): a doctoring curriculum for emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine* 2006; **48**: 532-7.
- Bernstein E, Bernstein J, James T. Multiculturalism and care delivery. In J Marx, R Hockberger, R Walls, et al., eds., *Rosen's Emergency Medicine*. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier, 2010; 2540-6.
- Zink B. *Anyone, Anything, Anytime: a History of Emergency Medicine*. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier, 2005.
- Perina DG, Brunett CP, Caro DA, et al. The 2011 model of the clinical practice of emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* 2012; **19**: e19-40.
- Bohrn M, Kramer D. Teaching and patient care in emergency medicine. In R Rogers, ed., *Practical Teaching in Emergency Medicine*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009; 24-32.
- Rodgers K. Bedside teaching in the emergency department. In R Rogers, ed., *Practical Teaching in Emergency Medicine*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009; 35-47.
- Baker S. Hourly Rounding with individualized care in the ED. In S Baker, *Excellence in the Emergency Department*. Gulf Breeze, FL: Studer, 2009; 1127-43.

25. Becker D. Emergency nurses training: subspecializing nurses in an ED. In M Moecke, C Lackner, T Kloss, eds., *The ED-Book*. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2011; 371-81 [German].
26. Wachter R. Basic principles of patient safety. In R Wachter, *Understanding Patient Safety*. New York, NY: McGraw-Hill, 2008; 17-26.
27. Fleischmann T. Stakeholder satisfaction in the ED. In M Moecke, C Lackner, T Kloss, eds., *The ED-Book*. Berlin, Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2011; 216-21 [German].

# Acil Servislerde Maliyetler

Matthias Brachmann

Çeviri : Dr. Tuğba ATMACA TEMREL

## Kilit Noktalar

- Maliyetlerin neden artan bir öneme sahip olduğunu anlamak.
- Acil servislerde maliyet türlerini ve maliyet dağılımını gözden geçirmek.
- Maliyetlerin nasıl ölçüleceğini ve bu bilginin yararlı ve etkili kararlar almada nasıl kullanılacağını öğrenmek.
- Bütçe dengesini iyileştirmede kullanılan yeni yolları ve sabit maliyetlerin değişik şekillerde nasıl pay edileceğini anlamak.

## Giriş

Hastanelerde hizmet sağlamada verimi artırma konusundaki baskı, çeşitli nedenlerle dünya çapında artmaktadır. Ulusal sağlık sistemleri gittikçe artan mali kısıtlamalarla yüz yüze gelmektedir. Ortalama yaşam süresi arttıkça, çoklu morbidite riski de artmaktadır - ve bununla birlikte ilgili hizmetlerin sağlanmasına duyulan ihtiyaç da artmaktadır. Bu son gelişme aynı zamanda süregelen tıbbi ve teknik gelişmenin sonucudur. Fiyatları sürekli artan tıbbi-teknik yenilikler, gittikçe artan bir oranda hastanelerin günlük işlevlerine dahil edilmektedir. Bu yenilikler aynı zamanda, 1950'lerden bu yana çok az değişmiş olan iş akışına ve yönetsel mekanizmalara yerleştirilmektedir.<sup>1</sup> Artan maliyetler ve verimi-arttıran yeniliklerde eksiklik sorununu çözmek için gösterilen çabalara, hükümetlerin rekabeti artırıcı önlemleri ve /veya maliyet düzenleme programlarını uygulaması da dahildir. Bu teşviklerdeki değişiklikler uluslararası ölçekte hem hastane kapasitelerinin hem de hastaların ortalama kalış sürelerinin azaltılması ile bağlantılıdır.<sup>2</sup> Şekil 11.1 belli ülkelerde sağlık giderlerindeki artışı ve sağlık hizmeti kapasitesindeki eşzamanlı düşüşü, aynı zamanda hastanede kalış süresindeki azalmayı göstermektedir. Tedavi edilen hasta sayısındaki küçük artış göz önüne alındığında, hastaneler bugün daha

çok hastaya daha az sayıdaki yatakta bakmak ve bu bakımı belirgin derecede azalmış süreler içinde gerçekleştirmek zorundadır.

Yatan hasta bakımı ile bağlantılı giderlerin toplam sağlık giderleri içindeki oranı azımsanamayacak ölçüdedir, 2008 verilerine göre bu oran OECD ülkelerinin bir çoğunda % 22.5 ila % 49.5 arasında değişmektedir.<sup>2</sup> Bununla birlikte acil servis bakımı ile bağlantılı giderler, diğer sağlık giderlerinden ayrıldığında, bütün sağlık giderlerine oranla oldukça az bir oranda kalmaktadır. Örneğin ABD'de, GSYF (Gayri Safi Yurtiçi Hasıla, ç.n) içindeki sağlık bakım giderleri oranının dünyada en yüksek olduğu ülkede ve aynı zamanda çoğu kişi tarafından kaynak-yoğun bir acil bakım hizmeti sunumu sistemine sahip olduğu kabul edilen bir ülkede, acil servis hizmetlerine ayrılan giderlerin bütün sağlık giderleri içindeki oranı 2009 verilerine göre sadece % 4 tür (Şekil 11.2)<sup>3</sup>

Acil servis bölümleri tarafından mütevazı oranlarda kullanılan giderlere rağmen, acil servis sağlık sistemlerinin çoğunda gittikçe artan önemde bir geçit rolünü üstlenmektedir. Akut tedavi yapılan bir hastanede yatan hastaların üçte biri ila yarısı hastaneye acil servisten giriş yapmaktadır. Yine de belli acil servis işletme giderlerinin akut yatan hasta birimlerinin, diğer yataklı bakım birimlerinin ve yan hizmetlerin işletme giderlerine dahil edilmesi nadir rastlanan bir durum değildir.<sup>4,5</sup> Sonuç olarak, çoğu sağlık sisteminde acil servis bakım hizmetinin gerçek maliyetlerini kesin olarak bilmek mümkün değildir. Hatta acil servis bakımına ait gerçek giderlere ait veriler güvenilir bile olabilir, bunun nedeni, birimler arasında genel gider ve destek gider dağılımının sıklıkla keyfi yöntemlerle yapılıyor olmasıdır, bu dağılım yapılırken kullanılan ölçüler, destek giderlerinin gerçek kullanım oranı yerine, doğrudan giderlerin büyüklüğü, görülen hasta sayısı, prosedür sayısı, kalış süresi ve benzeri ölçüler olabilir.<sup>6</sup>



Sabit ve değişken maliyetler arasındaki ayırım acil servis yöneticilerine temel bir yön sağlar: değişken maliyetler kısa vadede masrafların kısılması açısından daha uygundur, buna karşın sabit maliyetler sadece uzun vadede etkilenebilir. Bu, yine de sabit maliyetlerin ihmal edilebileceği anlamına gelmez. Bunlar bir günden diğerine azaltılamasa bile, sabit maliyetleri azaltmanın yollarını bulmak, uzun vadede bir acil servisin yararına olur.

Bu bölümden şunun açıkça anlaşılabilmesi gerekir: Yararlı, etkili ve verimli kararlar alabilmek ve mevcut kaynakları en iyi şekilde kullanabilmek için, acil servis yöneticisinin kendi faaliyetlerinin koşulları ve sonuçları ile ilgili olarak maksimum derecede şeffaflığa sahip olması gerekir. Bu durum, hastane yönetiminin bölüm yöneticisini gerektiği şekilde desteklemesini ve ona ilgili verilere erişim olanağı sağlamasını gerektirir, bu verilere ayrıntılı geri ödemeler kadar maliyetler de dahildir. Sabit giderlerin

farklı bölümler arasında paylaştırılma yöntemi, aynı zamanda bölümün performansının tam olarak değerlendirilebilmesi açısından da büyük etkiye sahiptir. Neticede, yıllık olarak genelde hastanede yatan hasta bölümlerindeki hasta sayısının toplamından daha fazla hasta kontağından sorumlu bir acil servis yöneticisine, acil servisin maliyet yapısına ilişkin verilerin verilmesi gayet mantıklı görünmektedir. Acil servis yönetimi, kararlarının ekonomik sonuçlarını, sadece ilgili verilere erişerek tam olarak değerlendirebilir.

Tabi ki kararları sadece maliyet tartışmalarına göre almak ihmalkar bir tutum olacaktır. Bu durum hasta başı testleri örneğinde gösterilmiştir. Aksine, mali olmayan faktörlerin de göz önüne alınması gerekir. Sonuç olarak, verimi arttırmaya ve maliyetleri azaltmaya yönelik çabalar asla hizmet kalitesinde taviz verme ya da hasta memnuniyetini riske atma pahasına yapılmamalıdır.

## Kaynakça

1. Plsek P. Complexity and the adoption of innovation in health care. In *Accelerating Quality Improvement in Health Care Strategies to Speed the Diffusion of Evidence-Based Innovations*. Washington, DC: National Institute for Health Care Management, 2003.
2. Organization for Economic Cooperation and Development. *Health Data 2011*. Paris: OECD, 2011.
3. Agency for Healthcare Research and Quality. *Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)*. AHRQ, 2009.
4. Welsh F. Cost containment in emergency departments. *Healthcare Financial Management* 1995; 49: 42–3, 45–6, 48.
5. Van de Leuv JH. *Management of Emergency Services*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1987; 416.
6. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review* 2011; 89: 46–52, 54, 56–61.
7. Robinson JC. Hospital tiers in health insurance: balancing consumer choice with financial incentives. *Health Affairs (Millwood)* 2003; Suppl Web Exclusives: W3-135–146.
8. Carter P, Jackson N. Management, myth, and metatheory: from scarcity to postscarcity. *International Studies of Management and Organization* 1987; 17: 64–89.
9. Georgopoulos BS. Organization structure and the performance of hospital emergency services. *Annals of Emergency Medicine* 1985; 14: 677–84.
10. Bamezai A, Melnick G, Nawathe A. The cost of an emergency department visit and its relationship to emergency department volume. *Annals of Emergency Medicine* 2005; 45: 483–90.
11. Brachmann M. Prozessoptimierung durch Point-of-Care-Testung In W von Eiff, C Dodt, M Brachmann, et al., eds., *Management der Notaufnahmehilfe*. Berlin: Kohlhammer, 2011: 321–6.

## Okuma önerileri

### Genel olaral maliyetler ile ilgili

Mankiw G. *Principles of Economics*. Cincinnati, OH: South-West College Publishers, 2010.

### Gelişmiş ölçek ekonomileri

Krugman PR. Scale economies, product differentiation and the pattern of trade. *American Economic Review* 1980; 70: 950–9.

Frisch R. *Theory of Production*. Dordrecht: D. Reidel, 1965.

### Maliyet muhasebesi

Colin D. *Cost and Management Accounting: an Introduction*. London: Thomson, 2006.

### Maliyet-fayda analizi

Folland S, Goodman AC, Stano M. *The Economics of Health and Health Care*, 5th edn. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2007.

# İnsan Kaynakları Yönetimi

Mary Leupold

Çeviri : Dr. Duygu TÜRKÖĞLU, Dr. Güven BEKTEMUR

## Kilit Noktalar

- Aday çalışanlar için bir organizasyonu pazarlamanın önemi.
- Sektörü yöneten istihdam kanunlarını anlama.
- Personel memnuniyetinin sürekli izlenme ihtiyacı.
- Kapsamlı bir performans gözden geçirme programı nasıl oluşturulur ve uygulanır.
- Yıkıcı bir çalışan karşısında nasıl aracılık yapılır.

## Giriş

Öğleden sonra saat 4'tür ve bir yerdeki anne-baba çocuğun ateşinin düşmemesinden endişe etmekte, birden fazla yaralanma ile bir araba kazası gerçekleşti, tehlikeli dumanlar yüzünden yerel bir fabrika boşaltılıyor ve bu insanların hepsi sizin travma merkezimize yönlendiriliyor. Bunu bir acil serviste rutin bir gün olarak tanımlayabilmeniz de bu hastaların aldığı bakım seviyesini, başarılı bir acil servis ekibi kurma becereniz üzerine odaklanacaktır. Nerede çalışırsanız çalışın bu ekip, hastalar için ulaşılabilir en yüksek sağlık hizmeti standardını sağlamak için birleşik bir grup halinde çalışmalıdır.

## İşgücünüzü Nasıl Oluşturur, Geliştirir ve Güçlendirirsiniz?

Kuruluşunuzdaki acil durum servislerini oluşturmak veya geliştirmek istiyorsanız, mevcut yapınızı gözden geçirmeniz gerekir. Bu konuda size yardımcı olması için, ilk olarak işe bir idari sorumlu almalısınız. Başlık kuruluşu bağlı olarak değişiklik gösterse de bu pozisyon kurumun misyon ve öğretim hedeflerinin geliştirilmesi ve uygulanmasına ilişkin tüm idari faaliyetlerin iç ve dış koordinasyonunu, yönetimini ve gözetimini sağlar.<sup>1</sup> Sizin için ideal iş, kişilik ve iş etiği özelliklerine sahip deneyimli bir

kişi ile bu rolü doldurmak güçlü bir uygulama oluşturmak için çok önemlidir.

Birlikte, mevcut operasyonel yapının kapsamlı bir değerlendirmesini tamamlamanız gerekecektir. Değerlendirmenin önemli bir unsuru personel planı olacaktır. Kalifiye personel istihdam etme beceriniz, kaliteli hasta bakımı sağlamak için kritik önem taşımaktadır. Birbirlerini tamamlamak için doğru insanları bulmak hem hastalar hem de mevcut personel için olumlu bir ortam yaratacaktır. Temel olarak, işe alım yoluyla yapılan istihdam süreci, doğru bir şekilde tasarlanırsa, başarılı bir hekim istihdamı anlamına gelir.

Şekil 12.1, bölüm içi işe alım uygulamalarınızı hazırlarken yardımcı olabilir. Bu, başarılı bir hekim alımına başlamadan önce düşünülmesi gereken çeşitli alanları göstermektedir.

## Pazarlama mesajı

Personel planınızda ilerlemeden önce, departmanınızın işe alım süreci için varlıklarının tanıtımını yapacak net bir mesaj geliştirmek gerekir. Kuruluşunuzda bulunan olumlu nitelikleri belirlemek için zaman ayırın ve bunu pazarlama planınızın temeli olarak kullanın. Bu mesaj başvuru sahiplerinin kuruluşunuz hakkında daha fazla bilgi sahibi olma istekliliklerini değerlendirmelerine olanak tanır ve kendilerinde potansiyel olarak kuruluşa gelip çalışma isteği geliştirir.

Yetenekli doktorlar çalışma yerleri hakkında bir seçeneğe sahiptirler ve bu nedenle bölümünüzü pazarlamak için zaman ve para ayırmanız gerekecektir. Bu yarışta bölümünüzün öne çıkmasını nasıl sağlarsınız? Pazarlama mesajınızı oluştururken mevcut kuruluşunuzun misyon beyanını veya vizyonunu göz önüne almanız ve bunları bölümün mesajına entegre etmeniz gerekir. Bölümünüzün neye benzediğini düşünün. Çalışanlarınız ve muhtemel hastalarınız, organizasyonunuzu bu yarışta nasıl de-

hatırlamak önemlidir. Yönetimin rolü, çalışanlarının kişisel iyi oluşlarını etkileyen durumları tanımak ve bunlara tepki vermektir. Klinisyenin kişisel konularını detaylı bir biçimde ele almaya yardımcı olabilecek kaynaklara sahip olmak onu daha iyi bir doktor yapacak ve olumlu bir çalışma ortamı oluşturacaktır.

#### Olgu Sunumu 12.4.

Yöneticinizden, bir klinisyenin standartların dışında hareket ettiğini ve bilinmeyen bir maddenin etkisi altında kaldığını andıran davranışlar sergilediğini söyleyen bir çağrı alıyorsunuz. Klinisyeni tanıyorsunuz ve yöneticiye olay yerini düzenlemesi, klinisyeni servisten uzaklaştırması, durum gerektiriyorsa eğer güvenliği araması ve çalışını durumu idari sorumluya haber vereceğiniz konusunda bilgilendirmesi için talimat veriyorsunuz. İdari sorumlu mesleki davranış için kaygılanma ve kişi ve/veya hasta güvenliği konularında durumu değerlendirmek zorundadır. Baş idarecinin uzman kanaatine göre mesleki davranış, kişi ve hasta güvenliği açısından kaygılanılacak bir durum vardır ve klinisyen, "hizmet vermeye uygunluk" konusunda değerlendirilmek için yönlendirilmektedir. İdareci veya görevlendirdiği kişi, çalışana idari izin vermek üzere insan kaynakları departmanını bildirir ve bağımsız bir araştırma komitesi oluşturmaya çalışır.

Komite, kişisel ve hasta güvenliği konusunda endişelerin bulunduğunu destekleyen hizmet vermeye uygunluğunu değerlendirme konusundaki bulguları değerlendirir. Çalışan daha sonra klinik bakıma sevk edilir. İki aylık bakımın ardından çalışanın işyerine dönebileceği belirlenir, ancak tedavi eden klinisyen çalışana bir işe dönüş planı önerir. Plan, değerlendirilmek üzere bağımsız araştırma komitesine sunulur. Komite, çalışanın plana dayalı olarak işe dönüp dönemeyeceğine veya orijinal suçun prensipleri ihlal edip etmediğini ve işe son verilmesini isteyip istemediğine karar vermelidir.

## Sonuç

Bu bölüm, acil servisinizi oluşturma veya geliştirme arayışınızda dikkate almanız gereken bazı çok önemli hususların başlangıç noktası olarak tasarlanmıştır. Bu insan kaynakları anlayışı, bölümünüzün "insanlar" kısmını çalıştırmanın temelini oluşturmanıza yardımcı olacaktır. İnsan kaynakları ve hukuk departmanlarınızla idari bir çalışma ilişkisi geliştirmek önemlidir. Bu profesyonellerin ne zaman işin içinde dahil edileceğini bilmek, iş çıktılarınızı doğrudan etkileyebilir.

## Kaynaklar

1. Chief administrative officer: job duties, requirements and career information. *Education Portal.com*. [http://education-portal.com/articles/Chief\\_Administrative\\_Officer\\_Job\\_Duties\\_](http://education-portal.com/articles/Chief_Administrative_Officer_Job_Duties_)

Requirements\_and\_Career\_Information.html (Erişim tarihi: Kasım 15, 2010).

2. G. Shillin ile görüşme, Chief Administrative Officer, Emergency Medicine, Kasım 4, 2010 (M. Leupold, görüşmeci).

3. A. Jarvey ile görüşme, Director, Professional Staff Affairs/Regulatory Compliance, Health Care Quality, Beth Israel Deaconess Medical Center, Nisan 14 ve 28, 2010 (M. Leupold, görüşmeci).



# Proje Yönetimi

Lee A. Wallis, Leana S. Wen ve Sebastian N. Walker

Çeviri: Dr. Mehmet Serkan YURDAKUL

## Kilit Noktalar

- Proje yönetimi, bir projenin başlangıcından sonuna kadar planlanması ve yönlendirilmesi amacıyla yapılandırılmış, tekrarlanabilir bir yaklaşımdır.
- Sağlam bir proje yönetim metodolojisinin temellerini acil tıp projelerine uygulamak, verimliliği ve etkiyi en üst düzeye çıkarır.
- Her projenin üç temel bileşeni vardır. Bunlar; kapsam, zaman çizelgesi ve maliyettir. Bileşenlerin biri üzerinde yapılacak herhangi bir değişiklik, diğerlerinin de değişim göstermesiyle sonuçlanır.
- Başlatma, planlama, yürütme/denetleme ve kapanış, proje yönetim döngüsünün dört basamağını teşkil eder.

## Giriş

İki acil tıp hekimi ve bir proje yöneticisi tarafından birlikte yazılmış olan bu bölümde, acil tıba uygulanan proje yönetiminin temelleri açıklanmaktadır. Bu kapsamda, öncelikle bir proje yöneticisinin projeyi planlamaya başlaması için nelere ihtiyaç duyacağını belirten çerçeve incelenecek ve proje yönetim metodolojisinin dört aşamalı döngüsü ele alınacaktır. Acil tıba özgü projeler alana uygulandıkları için her adımın uygulanabilirliğini göstermek amacıyla bu tıp sahasına özgü üç proje örneğine yer verilmektedir. Proje yönetimi, acil tıp liderleri tarafından her gün kullanılan kritik bir beceridir; bu doğrultuda, bu çalışmanın amacı, bölüm sonunda okurların bir sonraki projelerinin etkisini ve etkinliğini en üst düzeye çıkarmak için proje yönetiminin kilit noktalarını hayata geçirebilmelerini sağlamaktır.

Acil servis gibi karmaşık ve çok yönlü bir kuruluşun işletilmesi, birden fazla projenin eş zamanlı olarak yönetilmesini gerektirir. Daha önce proje planlamış ve yürütmüş olan bütün acil hekim ve hemşire liderleri ve yöneticileri, proje yönetiminde

deneyim sahibidir. Bir projeyi yönetmek için neyin gerekli olduğu sezgisel bir şekilde anlaşılmaktadır; ancak bu süreçteki bütün adımları açıkça tanımlayabilecek işletme ve idare becerisine sahip kişi sayısı oldukça azdır. İleri kalp yaşam desteğinin ve ileri travma yaşam desteğinin standart şikayetler için zamana bağlı algoritmalar sunmasına benzer şekilde, proje yönetimi metodolojisi de, bir projenin planlama ve yürütme aşamalarının tüm temel bileşenlerini ele alan bir algoritma niteliğindedir.

## Proje Yönetiminin Temelleri

### Proje nedir?

Hepimiz projeler üzerinde çalıştığımız için projenin ne olduğu kolay anlaşılır gibi görünmektedir. Genel olarak, projeler sanat gibi algılanabilir: bir projeyi gördüğünüzde onun proje olduğunu anlarsınız; ancak proje tanımı yapamayabilirsiniz. Elbette proje önünüze sunulduğunda ne olduğunu algıyorsunuz. Bu bağlamda proje tanımı oldukça geniştir. Proje, *bir veya daha fazla tarafın eylemlerinin tanımlanmış bir listesini gerektiren herhangi bir taahhüt* olarak düşünülebilir. Bu tür bir tanım baz alındığında, basit bir limonata standını işletmekten aya insan göndermeye kadar uzanan her türlü eylem proje kapsamına girebilir. Bu bölümde, okuyucular, üstlendikleri faaliyetlerden çoğunun proje olarak algılandığını göreceklendir.

### Proje yönetimi nedir?

*Proje yönetimi*; proje planlamasına ve başlangıçtan tamamlanma safhasına kadar uzanan süreçte projenin yönlendirilmesine yönelik yapılandırılmış, tekrarlanabilir bir yaklaşımdır. Proje yönetiminin dört temel aşaması bulunmaktadır:

- Başlatma
- Planlama
- Yürütme/denetleme
- Kapanış

tutanakları ilgili kişilere e-posta üzerinden gönderilmelidir. Böylelikle bir kişinin görevini yerine getirmemesi durumunda elinizde görevlendirme kaydı olacaktır ve diğer görevliler de ilgili kişinin yaptıklarından sorumlu tutulması konusunda size yardım edecektir.

Sonuç olarak, proje yönetiminde karşılaşılan zorluklar, ön tedbirler ve risk yönetimi yoluyla tamamen bertaraf edilebilir. Acil hekimleri, gerek risk yönetiminde gerekse ön tedbir alma sürecinde gerekli niteliklere sahip olmalıdır; zira bu hekimler, olasılıkları değerlendirme, en kötü senaryolarla başa çıkma ve alternatif planlar oluşturma konularında yeteri kadar tecrübelidirler. Yatak başında kullanılan beceriler, projelere de uygulanabilir.

## Özet

Acil hekimleri, hemşireler ve yöneticiler olarak, günlük çalışmalarımızda birden fazla projeyi yönetiyoruz. Proje yönetimi; projelerin planlanması, yürütülmesi ve takibi için standart bir çerçeve oluşturan vazgeçilmez bir araçtır. Proje yönetiminin temel

prensip ve tekniklerinin anlaşılması ve uygulanması, acil tıp çalışanlarının ve liderlerinin gelecek projelerdeki etki ve verimliliği en üst düzeye çıkarılmalarını sağlayacaktır.

## İlave kaynaklar

Bu bölümde atıfta bulunulan kavramlar, endüstride proje yönetimiyle alakalı olarak uygulanan standartlardır. Konuyla alakalı ilave kaynaklardan bazıları aşağıda verilmiştir:

Association for Project Management. <http://www.apm.org.uk> (accessed January 2014). Membership allows access to a broad range of templates and project management literature.

Berkun S. *The Art of Project Management*. Sebastopol, CA: O'Reilly, 2005.

Kerzner HR. *Project Management: a Systems Approach to Planning, Scheduling, and Controlling*, 11th edn. Hoboken, NJ: Wiley, 2013.

Project Management Institute. *A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide)*, 5th edn. Newtown Square, PA: PMI, 2013. Available through the PMI website: <http://www.pmi.org>.

## Daha Yüksek Hasta, Çalışan ve Hekim Memnuniyeti, Sağlık Hizmeti Sonlanımlarının Nasıl Daha İyi Olmasını Sağlar?

Christina Dempsey, Deidre Mylod ve Richard B. Siegrist, Jr.  
Çeviri : Dr. Yenal KARAKOÇ, Dr. Mahmut YAMAN

### Kilit Noktalar

- Hasta, çalışan ve hekim memnuniyetinin, klinik sonlanımlar, operasyonel metrikler ve finansal performans ile olan yüksek korelasyonunun kavranması.
- Hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlık hizmetinin kalitesi ve hasta güvenliği için ne kadar kritik olduğunun, iyi iletişim kurmanın, hastanın kaygı ve stresini nasıl azalttığına ve hastaların sağlık hizmetinin kalitesine yönelik problemleri nasıl daha doğru bir şekilde algıladığının anlaşılması.
- Triaaj, kadrolama ve planlama gibi uygulamalar da dahil olmak üzere, hastaları daha memnun kılan acil servis departmanı işlemlerinin yanı sıra, hastanenin geri kalanında da işlemlerin geliştirilmesinin, acil servis işlemlerini nasıl daha da kolaylaştıracağına öğrenilmesi.

### Giriş

Geçtiğimiz son yirmi beş yıl içerisinde, hastaların hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında aldığı sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirilmesinde gerçekten iyi eleştirilenler olduğu anlayışı, dünya çapında yavaş yavaş kök salmaya başlamıştır. Birleşik Devletlerde, hasta davranışlarının her zamankinden daha karmaşık anketler vasıtasıyla ölçülmesi, sağlık hizmeti sunan pek çok kurumun idaresinde artık bir rutin olmuş ve federal hükümet tarafından da etkin bir şekilde uygulanır hale gelmiştir. Hastalar artık yalnızca hastanede veya sağlık kuruluşunda sunulan yemeklerin iyi olup olmadığı ya da hemşirelerin davranışlarından rahatsız olup olmadıkları konularında anketlere tabi tutulmaktadır; yürütülen sayısız akademik araştırma, hasta memnuniyeti ile klinik sonlanımlar arasında yakın korelasyonlar bulunduğunu göstermiştir.<sup>1-4</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık sisteminin “cevap verebilirliği”nin, özellikle de kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmaları gerektiğinde tedavi edildikleri ortam ve biçimin anlaşılması için hasta deneyimine yönelik ölçütler geliştirmiştir.<sup>5</sup> Avrupa, Asya,

Güney Amerika ve Avusturalya’da bulunan hastaneler, sağlık hizmet kalitesinin geliştirilmesi, hasta güvenliğinin artırılması ve sağlık hizmet maliyetlerinin düşürülmesi hususunda giderek genişleyen bir hareketin parçası olarak hasta deneyimlerine yönelik verileri araştırmışlardır.

Amerika Birleşik Devletleri, sunulan sağlık hizmet kalitesine dair bilgilerin ve hastaların söz konusu sağlık hizmetine yönelik deneyimlerinin değerlendirilmesine ilişkin “şeffaflığa” yönelik bir hareketin önderliğini yapmış ve edinilen bilgiler, hastaların tıbbi rahatsızlıklar için tedavi görebilecekleri yerler konusunda yapacakları seçimlerde yardımcı olması için kullanıma hazır hale getirilmeye başlanmıştır. Mevcut anketler, sağlık kurumlarının departmanlara ve hatta bireysel klinisyen seviyelerine kadar inmelerine ve bu konularda bilgi toplamalarına olanak sağlamaktadır. Acil servis anket ve raporları, departman düzeyinde takip edilmesi gereken en önemli ölçütlerden biri olarak görülmekte olup, bunun altında yatan neden, ABD sınırları dahilinde, kabaca obstetrik olmayan hastane kabullerinin yarısı acil servisten yapılmakta ve bu durum metaforik anlamda acil servisi pek çok hastanenin ön kapısı haline getirmektedir. Hastaların nasıl karşılandığı, bir hekimi veya bir triaj hemşiresini görebilmeleri için ne kadar süre beklemleri gerektiği, sağlık hizmeti sağlayan kişilerin yeterlilikleri gibi hususların tamamı bir hastanenin kurumsal itibarının korunmasında birincil önem arz etmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde, söz konusu şeffaflığa yönelik hareketin büyük bir kısmı, çoğunluğunu yaşlı vatandaşların oluşturduğu 44 milyondan fazla insana sağlık güvencesi sağlanmasında yardımcı olan “Medicare” programı altında hastane ödemelerinin bir kısmının, sağlanan sağlık hizmetinin kalitesine bağlanması için oldukça büyük bir ölçekte çalışma gerçekleştirmek üzere harekete geçen federal hükümet tarafından yürütülmektedir. Hastanelerin, söz konusu programın kapsamı altında ne kadar alacağına belirlenmesi için olan karmaşık formülün yüzde otuzluk kısmı, hasta memnuniyet ölçütlerine dayanmaktadır.

Elbette, geri ödeme, kadrolama, tedarikçi teşvikleri, kültür ve kaynak mevcudiyeti gibi konularda, Birleşik

edinilen tecrübelerin, diğer ülkelere acil servis konusunda potansiyel olarak faydalı iç görüler sağlamasını olanaklı kılmaktadır.

Birincisi, daha yüksek hasta memnuniyetinin, bir kurum veya kuruluş için pek çok somut faydası bulunmaktadır. Yürütülen çalışmalar, daha yüksek hasta memnuniyetine sahip kurum ve kuruluşların, daha yüksek personel memnuniyetine, daha az hasta davalarına, önerilen bakım ile daha iyi hasta uyumuna, gerçek tedaviye yönelik daha iyi hasta yanıtlarına ve daha güçlü finansal performansa sahip olduğunu göstermektedir.

İkincisi, hasta memnuniyeti, iyileştirmeler için olan ihtiyacın tanınması, memnuniyetin geliştirilmesi için doğru süreçlerin uygulamaya konması ve hasta deneyiminin iyileştirilmesini ödüllendiren bir kültürün oluşturulması gibi çabalarla kayda değer ölçüde geliştirilebilmektedir.

Üçüncüsü, acil servislerde hasta memnuniyetinin ölçümü, yılda bir veya dört kez gibi bir sıklık ile yapılması gereken bir eylem değildir. Hasta memnuniyetinin devamlı olarak ölçülmesi, hekimler ve hemşirele-

rin değişimlerin sonuçlarını daha geç görmelerindense daha erken görmelerini sağlayarak, anlamlı sonuçların çıkarılabilmesi için yeterli sayıda anket yaparak ve gelişimlerin ödüllendirilmesi için gerekli yöntemleri sağlayarak hekim ve hemşirelerin gelişmelerine olanak tanımaktadır.

Dördüncüsü, hasta memnuniyetinin, hükümetten, diğer muhataplardan ve sağlık hizmeti alan kişilerin kendilerinden gelen dış baskılar nedeniyle ilgilenilmesi gereken bir külfet olarak değil, bir kurum veya kuruluşun misyonunu daha iyi bir şekilde tamamlamaya ve daha iyi, daha müşfik bakım hizmeti sunmaya yönelik bir fırsat olarak görülmesi gerekmektedir.

Hasta memnuniyetinin iyileştirilmesi ve acil servislerdeki başarının ölçülmesi için olan stratejilerin tasarlanmasında her ülkenin veya her bölgenin kendine has karakteristik özelliklerinin göz önünde bulundurulması gerekli midir? Elbette gereklidir, ancak acil servis bakımı ve buna yönelik deneyimlerin farklı ortamlarda bulunan hastalarda yarattığı algı konularında olan benzerliklerin büyük üstünlüğü, iyileştirmeler için itici güç olmalıdır.

## Kaynakça

1. Isaac T, Zaslavsky A, Cleary D, Landon B. The relationship between patients' perception of care and measures of hospital quality and safety, *Health Services Research* 2010; 45: 1024–40.
2. Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. *New England Journal of Medicine* 2008; 359: 1921–31.
3. Glickman S, Boulding W, Manary M, et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circulation, Cardiovascular Quality and Outcomes* 2010; 3: 188–95.
4. Trucano M, Kaldenberg DO. The relationship between patient perceptions of hospital practices and facility infection rates: evidence from Pennsylvania hospitals. *Patient Safety & Quality Healthcare* 2007. <http://www.psqh.com/enews/0807feature.shtml> (accessed January 2014).
5. Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, et al. Health System Responsiveness: Concepts, Domains, and Operationalization. Geneva: World Health Organization, 2003; 573–96.
6. Press Ganey. Emergency Department Pulse Report 2010: Patient Perspectives on American Health Care. South Bend, IN: Press Ganey Associates, 2010.
7. American College of Emergency Physicians. The National Report Card on the State of Emergency Medicine. <http://www.emreportcard.org> (accessed January 2014).
8. American Hospital Association. Trendwatch Chartbook 2010. <http://www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/2010chartbook.shtml> (accessed January 2014).
9. Press Ganey. Patients, Physicians and Employees: Satisfaction Trifecta Brings Bottom Line Results. South Bend, IN: Press Ganey Associates, 2006.
10. Malott DL, Fulton BR. Patient satisfaction surveys are here to stay ... so let's make sure they are valid and reliable. *Emergency Physicians Monthly* November 2010; 18.
11. Hall M. Looking to improve financial results? Start by listening to patients. *Healthcare Financial Management*, Oct 2008.
12. Burnes B. At the Reading Hospital, New Care Processes and a Welcoming Attitude Drive an ED Transformation. South Bend, IN: Press Ganey Associates, 2011.
13. Bachenheimer E. Goodbye waiting room. *Emergency Physicians Monthly* January 2008; 31.
14. Jayaprakash N, O'Sullivan R, Bey T, Ahmed SS, Lotfipour S. Crowding and delivery of healthcare in emergency departments: the European perspective. *Western Journal of Emergency Medicine* 2009; 10: 223–39.
15. Gilligan P, Winder S, Ramphul N, O'Kelly P. The referral and complete evaluation time study. *European Journal of Emergency Medicine* 2010; 17: 349–53.
16. Laskowski M, McLeod RD, Friesen MR, Podaima BW, Alfa AS. Models of emergency departments for reducing patient waiting times. *PLoS One*. 2009; 4 (7): e6127.

## Liderin Araç Kutusu: Hemşirelik veya Tıp Okullarında Öğretilmeyen Hususlar

Robert L. Freitas

Çeviri : Dr. Erkut EROL

### Kilit Noktalar

- Mülakatlara yönelik sistematik yaklaşımın önemi ve bir sistemin nasıl geliştirilip kullanılması gerektiği anlaşılmalıdır.
- Daha fazla zaman kazanmak ve sistemin daha etkili bir şekilde işlenmesini sağlamak için hızlı ve kolay yöntemler kullanılmalıdır.
- İş ve özel hayatı birbirinden ayırmanın ve dengelemenin önemi vurgulanmalı ve bu dengeyi daha sağlam bir şekilde kurmanın yolları öğrenilmelidir.

### Giriş

Göreve hekim olarak başlayıp acil serviste ve hastane düzeyinde liderlik yapan kişilerin büyük bir kısmı, içlerinde buldukları liderlik pozisyonuna hazır olmadıklarını ifade etmektedirler. Söz konusu bireyler, genellikle ilk liderlik pozisyonlarına klinik becerilerinden dolayı ya da boş pozisyona getirilecek daha nitelikli başka birinin olmaması nedeniyle atanmaktadır.

Yeni ekip üyeleriyle mülakat ve bu kişilerin istihdamı, etkin zaman yönetimi ve iş ile özel hayatın dengelenmesi, yeni acil servis liderlerinin karşı karşıya kaldıkları birçok yönetim zorluğunun arasında en yaygın üç sorundur. Bu bölümde, liderlerin bu yeni görevleri nasıl yerine getirebilecekleri konusunda genel bir bakış açısı sunulmaktadır.

### Mülakat Süreci

Acil servisteki bir pozisyon için doğru kişiyi bulmak zor olabilir. Bilindiği üzere bu süreç; belirli bir zihniyet, kişilik yapısı, eğitim seviyesi ve deneyim düzeyi gerektirmektedir. Adaylar, genellikle, başkalarının tavsiyesi üzerine veya esasında iyi bir acil servis çalışanı olmanın temel niteliklerine odaklanmayan birkaç görüşme sonrasında işe alınmakta ya da terfi ettirilmektedir. Bireyler, önceki konumla-

rında önemli olan ancak yeni konumlarında daha az önem verilen özelliklere dayalı olarak terfi alabilirler. İş için doğru kişiyi bulmak birçok düzeyde önemlidir ve kurum açısından maddi sonuçlar doğurabilir. Bu hususta yürütülen bir çalışma, her yıl iyi bir personelin, görev yaptığı kuruma kendi maaşının %70-140'ı oranında parasal getiri sağladığını ortaya koymuştur.<sup>1</sup> Nitelikli personel, daha ileri düzeyde sağlık hizmeti sunmakta, hasta şikayetlerinin azalmasını sağlamakta, aldığı kararların hata oranı daha düşük olmakta, acil serviste daha az gerginliğe yol açmakta ve acil servis liderlerinin zamanlarını daha önemli işlere ayırmalarına olanak tanımaktadır. Bir kişiyi işe aldıktan sonra tekrar işten çıkarmak son derece zor olduğu için yanlış kişinin işe alınması, özellikle devlet tarafından finanse edilen ya da sendikaların baskın olduğu sistemlerde ciddi bir hata olabilir.<sup>2</sup>

Nitelikli personelin tespiti yıldırıcı bir görev olmak zorunda değildir. Bununla birlikte bu arayış süreci; plan yapmayı, organize olmayı ve "ideal" çalışmada aranılan niteliklerin anlaşılmasını gerektirir. Bazı kuruluşlar işe alımlarda çeşitli test, simülasyon, öz geçmiş taraması veya eş düzey ve ast çalışanların görüşleri gibi değerlendirme yöntemlerini kullansa da, neredeyse tüm işe alımlarda ve bazı terfi durumlarında aday mülakata alınır. Mülakata yönelik araçların kolay uygulanabilir olması, sendika veya devlet kurumlarından gelebilecek yasal denetimleri başarıyla geçebilmesi ve mevcut kadrolar için her zaman doğru kişiyi seçebilmesi, bahsi geçen araçların gelişimindeki temel amaçtır.

*Yapılandırılmamış mülakatlar* son derece yaygındır. Bu tür mülakatlarda önceden belirlenmiş bir mülakat ekibi yoktur, mülakat sorumluları istedikleri soruları sormakta özgürdürler ve çok az not alarak bu noktaları görüşüp birbirleriyle paylaşırlar. Bu yaklaşımın yapılandırılmış mülakatlara kıyasla daha az etkili olduğu kanıtlanmıştır. McDaniels ve ark.nın yaptığı bir araştırma, nitelikli çalışanların yapılandırılmış bir yaklaşımla işe alınma ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.<sup>3</sup> Yapılan-



ortaya koymuştur.<sup>24</sup> Aynı çalışma, kişilerin “her zaman çevrimiçi” olması durumunda yüksek yanıt ve güvenilirlik düzeyinin bir norm haline geldiğini ve gerek yöneticilerde gerekse ast çalışanlarda bu açıdan bir beklenti oluşturduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, yalnızca önemli acil durumların ele alındığı zamanlarda belirli bir süre işe ara verilmesi, iş performansını etkilememiş ve daha mutlu, daha yaratıcı iş gücünün ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Acil servis liderleri kendi zamanlarını etkili bir şekilde yönetebilmeli ve istenen iş-özel hayat dengesini kurabilmelidirler. Bunun yanı sıra çalışanlarını da aynı yönde teşvik etmelidirler. Sağlık çalışanları, yıllık izinlerini kullanmaya teşvik edilmeli ve acil serviste bulunma gerekliliğinin olmadığı durumlarda her hafta en az bir gün işle alakalı bütün işlerden uzak durmaları sağlanmalıdır.

Liderlik pozisyonlarının gerektirdiği ofis çalışması, bütçelerin takibi ve anlaşılması, personel yönetimi ve zaman zaman yürütülen nöbet dışı çalışmalar gibi talepler ciddi bir yorgunluğa neden olabilir. Liderlerin çoğu, işte şekerleme yapma düşüncesinden hoşnut değildir; ancak bu hususta yürütülen bir çalışma, REM uykusuyla birlikte yaklaşık 30 dakika süren kısa bir şekerlemenin, ilgili kişide ilişkilendirilmemiş bilgileri entegre etme yetisini geliştirerek problem çözme becerisini artırdığını göstermiştir.<sup>25</sup>

Hemşire, hekim veya diğer düzeylerdeki çalışanların klinik acil tıp görevleri, ağır ve yoğunlukla strese yol açan işlerden oluşur. Yine de, acil servis liderlerinin iş deneyimini daha keyifli ve eğlenceli hale getirmek ve böylece stresi azaltmak için atabileceği bazı adımlar vardır. Acil servis liderleri de dahil herkes; çeşitli olanaklar, mesleki gelişim ve olumlu geribildirim talebindedir. Mesleğinizi ve astlarınızın görevlerini, sık övgü az eleştiri mantığıyla daha az stresli hale getirin. Zeff'e göre, kişilere yeteneklerini

geliştirme ve gösterme fırsatının verilmesi, moralin yükselmesini, yaratıcılığın teşvik edilmesini, stresin azalmasını ve bağlılığın artmasını sağlar.<sup>26</sup> Bu yaklaşım, uzun vadede, acil servis liderlerinin işini kolaylaştırır, 7/24 “görev başında” olma gerekliliğini azaltır ve liderlerin acil serviste yetenekli bir ekibin iş başında olduğunu bilmeleri neticesinde serviste olmadıkları zamanlarda kendilerini daha az stresli hissetmelerini sağlar.

İş-özel hayat dengesi, acil servis lideri olarak neredeyse her günün değişimle dolu geçeceğinin bilincine vararak daha sağlam hale getirilebilir. Küresel anlamda, acil servis liderlerinin karşı karşıya olduğu zorluklar artmakta ve hasta yoğunluğu, azalan bütçeler, daha fazla bakım talep eden ağır hastalar ve bu taleplerin karşılanması yönünde baskı yapan politikacılar da söz konusu zorluklara eklenmektedir. Bu değişime açık olmak ve günlük yaşamın bir parçası olarak kabul etmek, kişinin işlerini daha etkili bir perspektif üzerinden yürütmesini sağlamaktadır; ayrıca Zeff'e göre bu tür bir kabulleniş, iletişim ve yaratıcılık becerilerinin yanı sıra liderlik vasıflarının da gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır.<sup>26</sup>

## Özet

Burada bahsedilen üç konu, her ne kadar kısa bir şekilde ele alınsa da, ilgili sorunlara ilişkin genel bir bakış açısı sağlamak ve konuyla ilgili daha fazla araştırma yapılmasını teşvik etmek amacıyla hazırlanmıştır. Acil servis ekibi için doğru kişinin bulunması, zamanın etkin şekilde yönetimi ve iş ile özel hayat arasındaki dengenin istenilen düzeyde tutulabilmesi, her acil servis lideri tarafından ele alınması gereken önemli yönetim konularıdır. Söz konusu beceriler, acil servis liderleri nezdindeki bireysel öneminin yanı sıra, personel ve ast sağlık çalışanları arasında da eşdeğer öneme sahiptir.

## Kaynaklar

1. Turner TS. Behavioral Interviewing Guide. Victoria, BC: Trafford, 2004.
2. Fernandez CS, Baker EL. The behavioral event interview: avoiding interviewing pitfalls when hiring. *Journal of Public Health Management Practice* 12: 590–3.
3. McDaniel MA, Whetzel DL, Schmidt FL, Maurer SD. The validity of employment interviews: a comprehensive review and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology* 1994; 79: 599–616.
4. Hoeveneyer VA. High Impact Interview Questions. New York, NY: Amacom Books, 2005.
5. Taylor PJ, O'Driscoll MP. Structured Employee Interviewing. London: Gower, 1998.
6. Matias L. How to Say It: Job Interviews. New York, NY: Prentice Hall, 2007.
7. Arthur D. Recruiting, Interviewing, Selecting, and Orienting New Employees. New York, NY: American Management Association, 2006.
8. Jenks JM, Zevnik BLP. ABCs of job interviewing. *Harvard Business Review* July 1989.
9. Ross JA. Hiring for intangibles. *Harvard Management Update* 2007. <http://reporting.talent20.co.za/Harvard/HMM10/hiring/resources/U0701D.pdf> (accessed January 2014).
10. Bielaszka-DuVernay C. Hiring for emotional intelligence. *Harvard Management Update* October 2008.

11. Foster C, Godkin L. Employment selection in health care: the case for structured interviewing. *Health Care Management Review* 1998; 23: 46–51.
12. Joyce MP. Interview techniques used in selected organizations today. *Business Communication Quarterly* September 2008; 379.
13. Oncken W, Wass DL. Who's got the monkey. *Harvard Business Review* November–December 1999; 180.
14. Mayer JJ. *Time Management for Dummies*, 2nd edn. New York, NY: Hungry Minds, 1999.
15. Blanchard K, Johnson S. *One Minute Manager*. New York, NY: Berkeley Books, 1982.
16. Hemp P. Death by information overload. *Harvard Business Review* September 2009; 83.
17. Leahy S. The secret cause of flame wars, 2006. <http://www.wired.com/print/science/discoveries/news/2006/02/70179> (accessed February 15, 2011).
18. Popa F, Arafat R, Purcărea VL, et al. Occupational burnout levels in emergency medicine: a stage 2 nationwide study and analysis. *Journal of Medicine and Life* 2010; 3: 449–53.
19. Estryn-Behar M, Doppia MA, Guetarni K, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians: results from the French SESMAT study. *Emergency Medicine Journal* 2010; 28: 397–410.
20. LeBlanc C, Heyworth J. Emergency physicians: “burned out” or “fired up”? *CJEM* 2001; 9: 121–3.
21. International Emergency Department Leadership Institute (IEDLI). <http://www.iedli.org> (accessed January 2014).
22. Clutterbuck D. *Managing the Work–Life Balance*. London: Chartered Institute of Personnel & Development, 2003; 2.
23. Creagan ET. Don't forget the “life” in work–life balance. *Mayo Clinic*. <http://www.mayoclinic.com/health/worklifebalance/MY01203/method=print> (accessed April 3, 2011).
24. Perlow LA, Porter JL. Making time off predictable – and required. *Harvard Business Review* Oct 2009; 102–9.
25. Stickgold R. The simplest way to reboot your brain. *Harvard Business Review* Oct 2009; 36.
26. Zeff J. *Make the Right Choice: Creating a Positive, Innovative, and Productive Work Life*. Hoboken, NJ: Wiley, 2007.

## İlave Kaynaklar

- Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Medicine. *Annals of Emergency Medicine* 2008; 51: 714–22.
- Fitzwater TL. *Behavior-Based Interviewing: Selecting the Right Person for the Job*. Boston, MA: Thomson Learning, 2000.
- Keeton K, Fenner DE, Johnson TR, Hayward RA. Predictors of physician career satisfaction, work–life balance, and burnout. *Obstetrics and Gynecology* 2007; 109: 949–55.
- Martin F, Poyen D, Boudierlique E, et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 1997; 3: 203–9.
- Schlenger S, Roesch R. *How to Be Organized in Spite of Yourself*. New York, NY: Penguin, 1989.

## İhtiyaçların Değerlendirilmesi

Manuel Hernandez

Çeviri : Dr. Beliz ÖZTOK TEKTEN

## Kilit Noktalar

- Neyin ölçüleceğini ve nasıl ölçüleceğini içeren kapsamlı bir işleyiş değerlendirmesine nasıl yaklaşılması gerektiği öğrenilmelidir.
- Mevcut işleyiş durumu ve önerilen değişikliklerin klinik, işlemsel ve mali performans üzerindeki potansiyel etkisi ölçülmelidir.
- İşleyiş değerlendirmesinin sonuçları, acil servis içinden ve dışından katılan, gerek klinik gerekse klinik olmayan paydaşlara etkili bir şekilde iletilmelidir.

## Giriş

Acil tıp, son kırk yıl içerisinde ciddi gelişim göstermiş ve hasta erişim stratejilerinin küresel bir unsuru haline gelmiştir. Acil tıbbın popülaritesi arttıkça, birçok gelişmiş ve gelişmekte olan sağlık sistemi acil servis sayısını arttırmış, hizmet kapsamını genişletmiş ve travma merkezleri, göğüs ağrısı üniteleri ve akut inme merkezleri gibi kademeli sağlık hizmetine yönelik uzmanlık düzeylerini geliştirmiştir.<sup>1-3</sup>

Acil tıbbın büyümesi ve acil servislerin gelişimi; sağlık hizmetlerine erişim olanaklarını, hizmet sunma hızını ve genel klinik kaliteyi ve sonuçları olumlu yönde etkilerken aynı zamanda kendi başarısının da kurbanı olmuştur. Dünya çapındaki bütün acil servisler, artan talep ve yüksek risk seviyeleriyle başa çıkmaya çalışmaktadır. Acil servis yoğunluğu sıklıkla görülen bir durum haline gelmiştir. Hasta hacimleri artış göstermektedir.<sup>4,5</sup> Acil servislere başvuru sayısı artmakta; bu durum, birçok acil tedavi gerektirmeyen hastanın ve durumu acil olan hastalardan bir kısmının tedavi olamadan acil servisten ayrılmasına ve alternatif tedavi olanaklarını araştırmasına neden olmaktadır.<sup>4</sup> Ambulans yönlendirme uygulaması ise, bazı sistemlerde ciddi neticeler doğuran önemli bir sorundur.<sup>6</sup>

Artan acil servis kullanımının genel sağlık sistemi üzerindeki etkisi, uygulanan hizmet modeline

göre değişmekle birlikte temel temalar aynı kalmaktadır. Piyasa odaklı sistemlerde kalabalık ve verimsiz acil servisler bütün hastanenin finansal performansını etkileyebilir. Maliyet kontrolünün esas olduğu devlet destekli sistemlerde ise, acil servis işleyişinin istenen kalitede olmaması ve serviste oluşan yoğunluk, kısıtlı kaynakların önleyici ve akut tedavi hizmetlerinde kullanılamamasıyla sonuçlanabilir.

Acil tıbbın küresel ilerleyişi ve gelişimi devam ettiği için klinik ve idari işlemlerin doğuracağı etkilere önem verilmeye başlanmıştır. Acil servis işleyişinin bütün ayrıntılarıyla anlaşılması, işlevsel performansı artırmak açısından yenilikçi uygulamaların geliştirilmesini kolaylaştırmaktadır. Bu anlayışla birlikte, mevcut durumu, olası çözümleri ve bu çözümlerin beklenen sonuçlarını, klinik personel, hastalar ve yöneticiler de dahil olmak üzere tüm paydaşlara etkili bir biçimde iletme gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

## İşleyiş Değerlendirmesinin Uygulanması

Acil servis işleyiş değerlendirmesinin uygulanışı, mevcut durum hakkında kapsamlı bir anlayış geliştirmekle başlar. Bu mevcut durum değerlendirmesi aşağıda belirtilen işlemsel özelliklerin temel performans ölçütlerinden hangilerini olumsuz etkilediğini anlamaya yönelik bir dayanak oluşturur:

- klinik nitelik
- hastanede kalış süresi
- hasta memnuniyeti
- gelir
- işletme maliyetleri
- büyüme

Neyin değerlendirileceğini belirlemek, değerlendirme sürecinin kendisi kadar önemlidir. Performans ölçütlerinin çok dar bir kapsamda seçilmesi, acil servis işlemlerinin sınırlı ve hatalı bir şekilde anlaşılmasına neden olurken, ölçüt seçiminin çok geniş



- Belirtilen gözlemlerden her biriyle doğrudan bağlantılı olan öneriler
  - o Etkilenen ölçütler
  - o Uygulama maliyeti
  - o Gerekli kaynaklar
- Önerilerin sağladığı yatırım rantı
  - o İzleyici açısından önem arz eden ölçütlere odaklanma

### Özet (kilit bilgileri içeren 1-2 slayt)

- Burada bahsi geçen özet, genellikle, başlangıçtaki yönetim özetine benzerlik gösterir.

### Ek

- Sununun en kapsamlı bölümüdür.
- İşleyiş değerlendirmesine ilişkin bütün detaylı bilgileri içerir.
  - o Görüşmelerin listesi
  - o Veri seti ve kullanılan istatistiksel yöntemler de dahil olmak üzere veri analizinin ayrıntılı tanımı
  - o Hesaplanan yatırım rantının gösterildiği önerilere ilişkin iş örneği

### Kaynakça

- Smith J, Haile-Mariam T. Priorities in emergency medicine global development. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2005; 23: 11–29.
- Anderson P, Petrino R, Halpern P, Tintinalli J. The globalization of emergency medicine and its importance for public health. *Bulletin of the World Health Organization* 2006; 84: 835–9.
- Arnold JL, Dickinson G, Tsai MC, Han D. A survey of emergency medicine in 36 countries. *CJEM* 2001; 3: 109–18.
- Tang N, Stein J, Hsia RY, Maselli JH, Gonzales R. Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997–2007. *JAMA* 2010; 304: 664–70.
- Tsai JC, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with nonurgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. *Journal of the Formosan Medical Association* 2010; 109: 533–42.
- Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, et al. A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine* 2003; 42: 173–80.
- Olshaker JS, Rathlev NK. Emergency department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine* 2006; 30: 351–6.
- Fatovich DM. Emergency medicine. *BMJ* 2002; 324: 958–62.
- Ding R, McCarthy ML, Desmond JS, et al. Characterizing waiting room time, treatment time and boarding time in the emergency department using quantile regression. *Academic Emergency Medicine* 2010; 17: 813–23.
- Göransson KE, von Rosen A. Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing* 2010; 18: 36–40.
- Möller M, Fridlund B, Göransson K. Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010; 24: 746–54.
- Kelly M, Egbunike JN, Kinnersley P, et al. Delays in response and triage times reduce patient satisfaction and enablement after using out-of-hours services. *Family Practice* 2010; 27: 652–63.
- Pines JM, Iyer S, Disbot M, et al. The effect of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients. *Academic Emergency Medicine* 2008; 15: 825–31.
- Chan TC, Killeen JP, Wilke GM, Marshall JB, Castillo EM. Effect of mandated nurse-patient ratios on patient wait time and care time in the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 2010; 17: 545–52.
- Gedmintas A, Bost N, Keijzers G, Green D, Lind J. Emergency care workload units: a novel tool to compare emergency department activity. *Emergency Medicine Australasia* 2010; 22: 442–8.
- Hernández M. Emergency department performance: comprehensive assessments. Presentation, European Society of Emergency Medicine 6th European Congress on Emergency Medicine, 2010.
- Ng D, Vail G, Thomas S, Schmidt N. Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. *CJEM* 2010; 12: 50–7.
- Dickson EW, Anguelov Z, Vetterick D, Eller A, Singh S. Use of lean in the emergency department: a case series of 4 hospitals. *Annals of Emergency Medicine* 2009; 54: 504–10.
- Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, et al. Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: a randomized controlled trial *Academic Emergency Medicine* 2007; 14: 702–8.
- Travers JP, Lee FC. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency

department: Is there a role for the senior emergency physician in triage? *European Journal of Emergency Medicine* 2006; 13: 342–8.

## İlave Kaynaklar

Cohn KH. *Better Communication for Better Care: Mastering Physician Administrator Collaboration*. Chicago, IL: Health Administration Press, 2005.

Duarte N. *Slide:ology: the Art and Science of Creating Great*

*Presentations*. Sebastopol, CA: O'Reilly, 2008.

Duarte N. *Resonate: Present Visual Stories That Transform Audiences*. Hoboken, NJ: Wiley, 2010.

Dunn RT. *Dunn and Haimann's Healthcare Management*, 9th edn. Chicago, IL: Health Administration Press, 2010.

Smith AC, Barry R, Brubaker C. *Going Lean: Busting Barriers to Patient Flow*. Chicago, IL: Health Administration Press, 2007.

Tapping D, Kozlowski S, Archbold L, Sperl T. *Value Stream Management for Lean Healthcare*. Chelsea, MI: MCS Media, 2009.

Zidel T. *A Lean Guide to Transforming Healthcare: How to Implement Lean Principles in Hospitals, Medical Offices, Clinics, and Other Healthcare Organizations*. Milwaukee, WI: ASQ Quality Press, 2006.

## Acil servis tasarımı

Michael P. Pietrzak ve James Lennon

Çeviri : Dr. Emre GÖKÇEN

### Kilit Noktalar

- Acil servisteki işlemlerin güvenli, etkin ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi için gerekli tasarım süreci ve planlama esasları, söz konusu birimin liderlerine temel bir anlayış çerçevesinde aktarılmalıdır.
- Multidisipliner bir acil servis tasarım ekibi ile etkin iletişim kurabilmek ve söz konusu ekibe liderlik edebilmek için acil servis tasarımı ile ilgili temel kavramlar öğrenilmelidir.

### Giriş

Verimli, güvenli ve etkin çalışma, büyük ölçüde servislerin fiziksel ortamına bağlıdır. Acil servisin fiziki tasarımı belirlenirken, fikir danışılacak uzman ve karar verici merci olarak çoğunlukla acil servis yöneticilerine başvurulmaktadır. Kitabın bu bölümünde, acil servis tasarımındaki güncel kavramları ve önemli noktalara yönelik yaklaşımları ele alan temel konulara odaklanılacaktır.

### Tasarım Süreci

Mimari tasarım süreci, uygulama esnasında beş temel aşamaya ayrılır ve bu aşamalar genellikle sırayla tamamlanır:<sup>1</sup>

- (1) programlama ve ön planlama
- (2) şematik tasarım
- (3) tasarım geliştirme
- (4) yapı belgeleri
- (5) inşaat için teklif verme

### Programlama ve ön planlama

Programlama; ihtiyaç duyulan tüm odaların tanımlanması, bu odalardaki feet kare veya metrekaare büyüklüğünün belirlenmesi ve tüm acil servis için gerekli olan her oda tipine yönelik sayıların tespit edilmesi yoluyla oluşturulan alanların tablo halinde

bir listesini geliştirme işlemidir. Bu alanlar, *net oda alanına* eşit olacak şekilde toplanır:

Bir servisteki tüm odaların kapladığı alanların toplamı = Net oda alanı

Net oda alanı; acil servisin etkili bir şekilde işletilebilmesi için gerekli olan, ancak net oda alanı kapsamına dahil edilmeyen koridor, duvar ve diğer bölümlere yönelik alanların eklendiği “servis brüt faktörüyle” çarpılır. Elde edilen sonuç, *servisin toplam brüt boyutu* olarak adlandırılır:

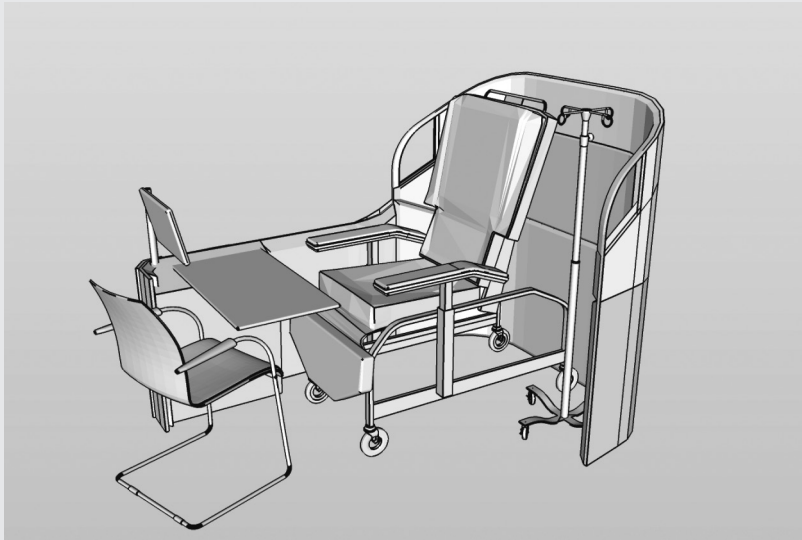
Net oda alanı × Servis brüt faktörü = Servisin toplam brüt boyutu

Servisin toplam brüt boyutu, daha sonra *bina brüt faktörü* ile çarpılır (bu faktörler, acil servise ve diğer katlara hizmet veren asansörleri ve bağlantıları, havalandırmayı ve diğer bölümlerden acil servise erişimi sağlayacak koridorları kapsamaktadır).

Binanın toplam brüt boyutu = Servisin toplam brüt boyutu × Bina brüt faktörü

Hasta hacminin hastaneye varış şeklinin anlaşılması, etkili programlamanın temel unsurlarından bir tanesidir. Bu farkındalık, herhangi bir zamanda ihtiyaç duyulan yatak sayısının belirlenebilmesini sağlar. Aynı zamanda, içeride bulunan yatakların ihtiyaca göre en iyi şekilde dizilmesine de yardımcı olur. Acil servislerin büyük bir kısmında en yaygın hasta giriş modeli, karakteristik S eğrisi şeklindedir. (Gece yarısından sabah 7'ye kadar ki süre diliminden oluşan) Sabah erken saatlerde hasta geliş oranı düşük düzeylerde seyrederken en yoğun hasta akışı saat 10 ile 22 arasında görülmektedir. Düşük ve yüksek hasta yoğunluğunun görüldüğü zaman dilimlerinin arasındaki geçiş sürelerinde iniş ve çıkış gözlemlenmektedir. Yüksek hasta hacminin görüldüğü süreçlerin tutarlı olması durumunda program, basitçe 24 saatlik ortalama hasta kabul sistemini uygulamak yerine yoğun saatlerde yeterli sayıda oda tahsis etmeye odaklanmalıdır.

Pensilvanya eyaletinin Erie şehrindeki hastane sistemi; hızlı tedavi programının (quick track), ambulatuvar olmayan (yatay) / ambulatuvar (dikey) bölünme işleminin, gelişmiş triyaj çalışmalarının, evrensel odaların, periferik dolaşımın, acil durum planlamasının ve doğrusal bir işletme modelinin tek bir plan dahilinde uygulamasına ihtiyaç duymuştur.<sup>11</sup> Hastalar, doğrudan, iki tane hızlı triyaj bölümünün bulunduğu kısma yönlendirilmektedir (Şekil 17.6, 1). Bu aşamadan sonra hastalar, ambulatuvar olan ve olmayan grup şeklinde ikiye ayrılır. Yatay gruptaki hastalar, periferik dolaşım sistemi aracılığıyla acil servisteki başlıca yataklara alınırlar (Şekil 17.6, 2). Ambulatuvar hastalar, bakım için çeşitli seçeneklerin bulunduğu hızlı değerlendirme bölgesine (RAZ) sevk edilirler. Tek bir kaynağa ihtiyaç duyan ESI 4 ya da 5 hastaları, triyajın hemen arkasında ve sonuç salonuna yakın bir yerde bulunan dört yataklı hızlı tedavi bölgesine (Şekil 17.6, 3) gönderilirler. Diğer tüm dikey hastalar, TV, bilgisayar erişimi, eğitim materyalleri ve ziyaret durum bilgileri gibi kişisel yönlendirici cihazların uçak eğlence sistemlerinde olduğu gibi LCD ekran üzerinden gösterildiği rahat bir koltuğa yönlendirilirler (Şekil 17.7). Bu koltuklar, söz konusu hastaların hastanede kalış süresi boyunca merkezi üs işlevi görürler; ancak elverişli bir şekilde konumlandırılan yan destek unsurlarına (Şekil 17.6, 4 x ışını, 5 flebotomi) ve RAZ alanını çevreleyen işlem bölgelerine de (Şekil 17.6, 6, 7) yönlendirilirler. Hasta kabul işlemleri, RAZ merkezinin etrafındaki birbirine bitişik üç odadan herhangi birinde gerçekleştirilebilir. Bazı günlerde üçten fazla hasta kabul odasına ihtiyaç duyulurken diğer günlerde daha az alan ihtiyacı ortaya çıkabilir; servis planı, gün içerisindeki yoğun ve sakin saatlerin yanı sıra haftanın yoğun ve sakin günleri arasında da tam bir esneklik sağlar. Hasta odalarının büyük bir kısmı (Şekil 17.6, 8), iki yatağı alabilecek kapasitededir; bu da koridorları ve dış dolaşım alanlarını kullanmaya gerek kalmaksızın 46 yataklık tasarım hedefinin 65 yatağa çıkarılmasını sağlamaktadır. Hızlı muayene amaçlı triyaj fonksiyonları doğrultusunda kullanılacak otomatik triyaj kioskları için yeterli alanın tahsis edilmesi, triyaj bankosu tasarımının ayrılmaz bir parçasıdır. Klinik programın tamamı, 34 000 metre feetlik (3159 m2) bina içerisinde tasarlanmıştır; eğitim ve idari işlemler için ek alana ihtiyaç duyulmuştur.



Şekil 17.7 Hasta koltuğu.

## Kaynaklar

1. Huddy J. Emergency Department Design: a Practical Guide to Planning for the Future. Dallas, TX: American College of Emergency Physicians (ACEP), 2002.
2. Landrigan CP. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. New England Journal of Medicine 2010; 363: 2124–34.
3. Chinnis AS, Paulson DJ, Davis SM. Using Q methodology to assess the needs of emergency medicine support of staff employees. American Journal of Emergency Medicine, 2001; 20: 197–203.
4. Pietrzak MP. Notes from meeting with Secretary of Health and Human Services, the Honorable Thomas H. Thompson, January 2002.
5. Pietrzak MP, Smith MS, Feied C, et al. ER One Technical Report. Published by Mitretek and submitted to Department of Health and Human Services, June 2002.
6. Ulrich RS. Effects of healthcare environmental design on medical outcomes, in design and health: the therapeutic benefits of design. Proceedings of the 2nd Annual International Congress on Design

- and Health, Karolinska Institute, Stockholm, June 2000.
7. Zimring CM, Augenbroe GL, Malone EB, Sadler BL. Implementing healthcare excellence: the vital role of the CEO in evidence based design. White Paper Series 3/5, EvidenceBased Design Resources for Healthcare Executives, the Center for Health Design, September 2008.
  8. Ulrich RS, Zimring CM, Zhu X, et al. A review of the research literature on evidence based healthcare design. White Paper Series 5/5, Evidence-Based Design Resources for Healthcare Executives, the Center for Health Design, September 2008.
  9. Lennon JA, design architect under project direction of Raana Ponstingle, MD, Medical Director, Department of Emergency Medicine, St. Anthony's Medical Center, St. Louis MI; 2000.
  10. Haynes Architects, PA. Tampa, Florida: design architect.
  11. Lennon JA, design architect under project direction of Wayne Jones, DO, Medical Director, Department of Emergency Medicine, St. Vincent Health System, Erie, PA; Rectenwald Architects Erie, PA, Architect of Record; 2010.

## Acil Serviste Bilişim

Steven Horng, John D. Halamka ve Larry A. Nathanson  
Çeviri : Dr. Tamer ÇOLAK

### Kilit Noktalar

- Bilgi teknolojisi, acil serviste hasta akışını arttırmaya yardımcı olan ve tıbbi karar verme sürecini ve hizmet kalitesini geliştiren önemli araçlar sunar.
- Bilgisayarlı hekim istem girişi (CPOE) gibi karar verme sürecini destekleyen sistemlerin hataları azalttığı kanıtlanmıştır; ancak bu sistemlerin kullanımı planlanmayan olumsuz sonuçlar doğurabilir.
- Klinik personel ve bilişim sistemleri personeli arasında kurulan işbirliği, acil servis bilişim sistemlerinin etkili bir şekilde uygulanmasına yönelik birçok zorluğun üstesinden gelmeyi sağlayacak en uygun yollardan biridir.

### Giriş

Modern acil tıp uygulamaları son derece zorlayıcı olabilir. Acil hekimleri, her türlü hastalıkla karşılaşır ve her yaştan, sosyal sınıftan ve risk grubundan hastaları tedavi ederler. Fiziki alanı ve personel sayısını da içeren mevcut kaynaklar genellikle kısıtlıdır ve “hasta yoğunluğu” sıradan bir olgu haline gelmiştir. Etkin bir acil servis işleyişi sadece mesleki bir durum değildir; tedavide yaşanabilecek kısa süreli gecikmeler bile değerli dakikaların kaybolmasına ve hastanın zarar görmesine neden olabilir. Tıbbi bakımın en üst düzeyde sunulması, çok sayıda verinin hızlı bir şekilde toplanmasına, sınıflandırılmasına, önceliklendirilmesine ve sentezlenmesine bağlıdır. Acil servis, hastane içindeki diğer birçok hizmet sahasıyla koordinasyon ve iletişim kurulmasını gerektiren işbirliğine dayalı bir ortamdır. Bilgisayarlar, bütün bu bilgilerin yönetilmesine ve acil bakım kalitesinin, emniyetinin ve verimliliğinin artırılmasına yardımcı olabilir.<sup>1</sup> Bu bölümde, bilgi teknolojisinin, acil servisteki hasta akışının kolaylaşmasına, işlemlerin belgelendirilmesine ve iletimine, klinik personelin daha etkin kararlar almasına ve hizmet

kalitesinin takibini ve gelişiminin desteklenmesine nasıl katkıda bulunduğu tartışılacaktır. Ayrıca, söz konusu sistemlerin kullanımı esnasında karşılaşılan güçlükler de ele alınacaktır.

### Hasta Akışı Yönetimi

#### Gösterge Paneli

(“Takip paneli” veya “elektronik beyaz tahta” olarak da bilinen) gösterge panelleri, acil servis personelinin mevcut duruma ilişkin farkındalığını artırarak hasta akışının etkili bir şekilde yürütülmesini sağlar. Bu paneller, daha önce hasta takibinde başlıca yöntem olarak kullanılan sıradan beyaz tahtaların yerini almıştır. Eski yöntemde, hasta kabulüne, taburculuğuna ve durum değişikliğine ilişkin bilgiler personelin sorumluluğunda manuel olarak güncellenmiştir. Bu manuel tahtalar, tek bir yere konumlandırılmış ve acil servis dışındaki bölümlerde görüntülenememiştir. Acil servis yoğunluğu arttıkça, tahtadaki bilgileri güncellemekten sorumlu olan personel, diğer görevlerinden dolayı güncelleme işlemini aksatmış; bunun sonucunda tahtadaki veriler geçerliliğini yitirmiştir. Bu sistem, en çok ihtiyaç duyulan zamanlarda sistematik olarak çökerek kısır bir verimsizlik döngüsüne yol açmıştır. Bilgisayarlı gösterge panelleri, eski tahtaların kullanımından kaynaklanan bu sorunların büyük bir kısmını ortadan kaldırmıştır. Etkin sistemler, arayüz üzerinden birbirlerine bağlanmakta ve başlıca operasyonel ve klinik parametreleri laboratuvar, radyoloji ve hasta kabul gibi temel hastane bilgi sistemlerinden çekilmektedir. Triyaj hemşiresinin hangi odaların müsait olduğunu hemen görebilmesi ve hekimlerin laboratuvar ve röntgen sonuçlarının gelip gelmediğini bir bakışta anlayabilmesi, hasta akışının daha hızlı bir şekilde ilerlemesini sağlamaktadır. Nöbet çizelgeleri ve kaynak yönetiminin yanı sıra sayfalama gibi hastane iletişim sistemleri de gösterge panellerine doğrudan entegre edilebilir.



## Kaynakça

1. Feied CF, Handler JA, Smith MS, et al. Clinical information systems: instant ubiquitous clinical data for error reduction and improved clinical outcomes. *Academic Emergency Medicine* 2004; 11: 1162–9.
2. Aronsky D, Jones I, Lanaghan K, Slovis CM. Supporting patient care in the emergency department with a computerized whiteboard system. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2008; 15: 184–94.
3. Hanson LB, Weinswig MH, De Muth JE. Accuracy and time requirements of a bar-code inventory system for medical supplies. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1988; 45: 341–4.
4. Poon EG, Keohane CA, Yoon CS, et al. Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. *New England Journal of Medicine* 2010; 362: 1698–707.
5. Poon EG, Cina JL, Churchill W, et al. Medication dispensing errors and potential adverse drug events before and after implementing bar code technology in the pharmacy. *Annals of Internal Medicine* 2006; 145: 426–34.
6. Wright AA, Katz IT. Bar coding for patient safety. *New England Journal of Medicine* 2005; 353: 329–31.
7. Spaite DW, Bartholomeaux F, Guisto J, et al. Rapid process redesign in a university-based emergency department: decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction. *Annals of Emergency Medicine* 2002; 39: 168–77.
8. Morgan R. Turning around the turn-arounds: improving ED throughput processes. *Journal of Emergency Nursing* 2007; 33: 530–6.
9. Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *Annals of Emergency Medicine* 2005; 46: 491–7.
10. Bertoty DA, Kuszajewsk ML, Marsh EE. Direct-to-room: one department's approach to improving ED throughput. *Journal of Emergency Nursing* 2007; 33: 26–30.
11. Takakuwa KM, Shofer FS, Abbuhl SB. Strategies for dealing with emergency department overcrowding: a one-year study on how bedside registration affects patient throughput times. *Journal of Emergency Medicine* 2007; 32: 337–42.
12. Gorelick MH, Yen K, Yun HJ. The effect of in-room registration on emergency department length of stay. *Annals of Emergency Medicine* 2005; 45: 128–33.
13. Davidson SJ, Zwemer FL, Nathanson LA, Sable KN, Khan AN. Where's the beef? The promise and the reality of clinical documentation. *Academic Emergency Medicine* 2004; 11: 1127–34.
14. Bourie PQ, Ferrenberg VA, McKay M, Halamka JD, Safran C. Implementation of an on-line emergency unit nursing system. *Proceedings, AMIA Symposium* 1998: 330–3.
15. Likourezos A, Chalfin DB, Murphy DG, et al. Physician and nurse satisfaction with an electronic medical record system. *Journal of Emergency Medicine* 2004; 27: 419–24.
16. Schenkel S. Promoting patient safety and preventing medical error in emergency departments. *Academic Emergency Medicine* 2000; 7: 1204–22.
17. Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, et al. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *JAMA* 1998. 280: 1311–16.
18. Ash JS, Sittig DF, Poon EG, et al. The extent and importance of unintended consequences related to computerized provider order entry. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2007; 14: 415–23.
19. Guss DA, Chan TC, Killeen JP. The impact of a pneumatic tube and computerized physician order management on laboratory turnaround time. *Annals of Emergency Medicine* 2008; 51: 181–5.
20. Holroyd BR, Bullard MJ, Graham TA, Rowe BH. Decision support technology in knowledge translation. *Academic Emergency Medicine* 2007; 14: 942–8.
21. Garg AX. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA* 2005; 293: 1223–8.
22. Chaudhry B, Wang J, Wu S, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of Internal Medicine* 2006; 144: 742–52.
23. Shea S, DuMouchel W, Bahamonde L. A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. *Journal of the American Medical Informatics Association* 1996; 3: 399–409.
24. Lewis MH, Gohagan JK, Merenstein DJ. The locality rule and the physician's dilemma: local medical practices vs the national standard of care. *JAMA* 2007; 297: 2633–7.
25. Mandl KD, Overhage JM, Wagner MM, et al. Implementing syndromic surveillance: a practical guide informed by the early experience. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2004; 11: 141–50.
26. Wilson K, Brownstein JS. Early detection of disease outbreaks using the Internet. *CMAJ* 2009; 180: 829–31.
27. Ginsberg J, Mohebbi MH, Patel RS, et al. Detecting influenza epidemics using search engine query data. *Nature* 2009; 457: 1012–14.
28. Green LV, Soares J, Giglio JF, Green RA. Using queueing theory to increase the effectiveness of emergency department provider staffing. *Academic Emergency Medicine* 2006; 13: 61–8.



## Trijaj Sistemleri

Shelley Calder ve Elke Platz  
Çeviri : Dr. İshak ŞAN

## Kilit Noktalar

- Triyaj modelinin önemli bileşenlerini belirlemek.
- Özgün yaklaşımlar da dâhil olmak üzere, çeşitli triyaj modellerini anlamak.
- Triyaj sürecini nasıl değerlendireceğinizi ve başarınızı nasıl ölçeceğinizi anlamak.

## Giriş

Tüm dünyadaki acil servisler kalabalık, personel miktarı yetersizliği ve finansal güçlüklerle karşı karşıyadır. Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC), 2007'de ABD'de 117 milyon hastanın acil servis ziyareti gerçekleştirdiğini ve bu miktarın on yıl önceye göre % 23'lük bir artış teşkil ettiğini bildirmiştir.<sup>1</sup> Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi tarafından bildirilen Hastanın-Görülme-Süresi, 1997 yılında 38 dakikadan 2006 yılında 56 dakikaya yükselmiştir.<sup>2</sup> Bu yayılmakta olan krize karşı, Tıp Enstitüsü (IOM), hastane verimliliğinde ve hasta akışında iyileştirmelerin yapılmasını önermesinin yanı sıra daha fazla kaynaklara sahip olan ve daha koordine acil servis sistemlerinin geliştirilmesini önermektedir.<sup>3</sup>

Mevcut ve gelecekteki acil servis liderleri, hasta bakımı ve güvenliğinden ödün vermeden sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasının baskılarına dayanacak yenilikçi sistemler geliştirmek zorundadırlar. Mevcut triyaj uygulamalarının değerlendirilmesi, sürecin iyileştirilmesi için potansiyel fırsatlar içermektedir. Triyaj genellikle sağlık sistemine giriş noktasıdır ve sağlık hizmetlerindeki kalabalık, akış ve kaynak yönetimini büyük ölçüde etkileyebilir.

Ayırma, sıralama ya da seçme anlamına gelen triyaj ilk olarak on dokuzuncu yüzyılın başlarında savaş alanında tanımlanmıştır.<sup>4</sup> Askerler ve tıbbi personel, triyaj yöntemini kullanarak yaralı askerlerin ihtiyaçlarına göre bakım ve kaynak ayırmada hangi durumlardaki hastalara öncelik verileceğini belirlediler. Acil Servis Hemşireleri Derneği (ENA), triyaj sistemlerinin birincil hedefini acil durumda olan ya

da hayatı tehdit altında olan hastaları hızla tanımlamak için sistematik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır.<sup>5</sup> Etkin bir triyaj sistemi, hastaların doğru zamanda, doğru yerde ve hasta için doğru sağlık hizmeti sağlayıcısı ile birlikte olmasını sağlar. Yirmi birinci yüzyıldaki triyaj, hızlı bir sıralama mekanizmasından, hasta sayısını, kaynak kullanımını, hasta akışını, kaliteyi ve hasta memnuniyetini içeren dinamik bir sürece evrilmiştir.

Günümüzün telaşlı ve yoğun acil servislerinde, triyaj sağlayıcının rolü ve triyaj sisteminin işlevi çok önemli bir hale gelmiştir. Çok sayıda triyaj sistemi literatürde tanımlanmıştır ve dünya çapında triyajda bir tutarlılık veya standardizasyon eksikliği vardır. ENA ve Acil Servis Hekimleri Amerikan Koleji (ACEP), triyajın önemli bir etkisi olduğunu ve hasta bakım kalitesinin, standartlaştırılmış bir acil servis triyaj ölçeği ve keskinlik kategorizasyon sürecinin kullanılması ile büyük oranda etkilenebileceğini kabul etmektedir. Acil servis hekimliğinin liderleri olarak, standart hale getirilmiş bir triyaj sisteminin, acil servislerdeki hasta akışını, hasta güvenliğini ve hasta bakım kalitesini iyileştirmek için kullanacağımız bir çözümün parçası olarak rolünü anlamaya başlamalıyız.

## Geleneksel Triyaj Modelleri

Şu anda acil servislerin% 96'sı hastaları ayırmak için temel bir çerçeve olarak çeşitli triyaj sistemleri kullanmaktadır.<sup>7</sup> Literatürde üç yaygın triyaj sistemi tanımlanmıştır:

- Karşılıklı veya hasta trafiği direktörü literatürde tanımlanan en basit triyaj sistemidir. Hasta hastaneye geldiğinde karşılanır ve hastanın asıl şikâyeti öğrenilir. Bu görev genellikle tıp fakültesi mezunu olmayan bir kişi tarafından gerçekleştirilir. Bu model, hasta yatırma olanağı olan düşük hacimli acil servislerde daha sık kullanılmaktadır.
- Hızlı triyaj veya nokta kontrolü yöntemi, bir triyaj kesinlik seviyesinin hızlı bir şekilde belirlenmesini mümkün kılan sınırlı bir veri kümesinin toplanması ile yapılır. Hızlı triyaj veya nokta

## Kaynakça

- Niska R, Bhuiya F, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: Emergency Department Summary Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2007. <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr026.pdf> (accessed January 29, 2011).
- Burt C, McCaig C, Rechtsteiner E. Ambulatory Medical Care Utilization Estimates for 2005 Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2007.
- Institute of Medicine. Hospital-based emergency care: at the breaking point. IOM, 2006. <http://www.iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/2006/Hospital-Based-Emergency-Care-At-the-Breaking-Point/EmergencyCare.aspx> (accessed January 29, 2011).
- Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. *Emergency Medicine Journal* 2006; 23: 154-5.
- Emergency Nurses Association. Triage: Meeting the Challenge 2nd edn. Park Ridge, IL: ENA, 1998.
- Fernandes CM, Tanabe P, Gilboy N, et al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. *Journal of Emergency Nursing* 2005; 31: 39-50.
- Emergency Nurses Association. Nursing Companion Guide to Data Elements for Emergency Department System. S^ark Ridge, IL: ENA, 1997.
- Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau A, Eitel DR. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook AHRQ Publication No. 05 -0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005. <http://www.ahrq.gov/research/esi> (accessed January 29, 2011).
- Gill JM, Reese CL, Diamond JJ. Disagreement among health care professionals about the urgent care needs of emergency department patients *Annals of Emergency Medicine* 1996; 28: 474-9.
- Wuerz R, Fernandes CM, Alarcon J. Inconsistency of emergency department triage. Emergency Department Operations Research Working Group. *Annals of Emergency Medicine* 1998; 32: 431-5.
- Travers DA, Waller AE, Bowling JM, Flowers D, Tintinalli J. Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 2002; 28: 395-400.
- Emergency Nurses Association. Standardized ED triage scale and acuity categorization: Joint ENA/ ACEP statement. Joint position statements, 2010. <http://www.ena.org/about/position/jointstatements/Pages/Default.aspx> (accessed January 29, 2011).
- Australasian College for Emergency Medicine. The Australasian Triage Scale. *Emergency Medicine (Fremantle)* 2002; 14: 335-6.
- Canadian Association of Emergency Physicians. The Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) for emergency departments. CAEP, 2002. <http://www.caep.ca/template.asp?id=B795164082374289BBD9C1C2BF4B8D32> (accessed January 29, 2011).
- Atack L, Rankin JA, Then KL. Effectiveness of a 6-week online course in the Canadian Triage and Acuity Scale for emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing* 2005; 31: 436-41.
- Emergency Triage: Manchester Triage Group 2nd edn. Plymouth: BMJ Publishing Group, 2001.
- Wiler JL, Gentle C, Halfpenny JM, et al. Optimizing emergency department front-end operations. *Annals of Emergency Medicine* 2010; 55: 142-60.e1.
- White BA, Brown DF, Sinclair J, et al. Supplemented Triage and Rapid Treatment (START) improves performance measures in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine* 2012; 42: 322-8.
- Han JH, France DJ, Levin SR, et al. The effect of physician triage on emergency department length of stay. *Journal of Emergency Medicine* 2010; 39: 227-33.
- Russ S, Jones I, Aronsky D, Dittus RS, Slovis CM. Placing physician orders at triage: the effect on length of stay. *Annals of Emergency Medicine* 2010; 56: 27-33.
- Goransson KE, von Rosen A. Interrater agreement: a comparison between two emergency department triage scales. *European Journal of Emergency Medicine* 2011; 18: 68-72.
- Lee KM, Wong TW, Chan R, et al. Accuracy and efficiency of x-ray requests initiated by triage nurses in an accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing* 1996; 4: 179-81.
- Campbell P, Dennie M, Dougherty K, Iwaskiw O, Rollo K. Implementation of an ED protocol for pain management at triage at a busy Level I trauma center. *Journal of Emergency Nursing* 2004; 30: 431-8.
- Seguin D. A nurse-initiated pain management advanced triage protocol for ED patients with an extremity injury at a level I trauma center. *Journal of Emergency Nursing* 2004; 30: 330-5.
- Cooper JJ, Datner EM, Pines JM. Effect of an automated chest radiograph at triage protocol on time to antibiotics in patients admitted with pneumonia. *American Journal of Emergency Medicine* 2008; 26: 264-9.
- Graff L, Palmer AC, Lamonica P, Wolf S. Triage of patients for a rapid (5-minute) electrocardiogram: A rule based on presenting chief complaints. *Annals of Emergency Medicine* 2000; 36: 554-60.
- Seaberg DC, MacLeod BA. Correlation between triage nurse and physician ordering of ED tests. *American Journal of Emergency Medicine* 1998; 16: 8-11.

28. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). *Circulation* 2004; 110: e82-292.
29. Spaite DW, Bartholomeaux F, Guisto J, et al. Rapid process redesign in a university-based emergency department: decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction. *Annals of Emergency Medicine* 2002; 39: 168-77.
30. Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *Annals of Emergency Medicine* 2005; 46: 491-7.
31. Gorelick MH, Yen K, Yun HJ. The effect of in-room registration on emergency department length of stay. *Annals of Emergency Medicine* 2005; 45: 128-33.
32. Howard PK, Steinmann RA, eds. *Sheehys Emergency Nursing: Principles and Practice* 6th edn. St. Louis, MO: Mosby Elsevier, 2009.
33. Killian M. *Standards of Emergency Nursing Practice*, 4th edn. Park Ridge, IL: Emergency Nurses Association, 1999.
34. Funderburke P. Exploring best practice for triage. *Journal of Emergency Nursing* 2008; 34: 180-2.
35. Gilboy N, Travers D, Wuerz R. Re-evaluating triage in the new millennium: a comprehensive look at the need for standardization and quality. *Journal of Emergency Nursing* 1999; 25: 468-73.
36. Wuerz RC, Milne LW, Eitel DR, Travers D, Gilboy N. Reliability and validity of a new five-level triage instrument. *Academic Emergency Medicine* 2000; 7: 236-42.

## İstihdam Modelleri

Kirk B. Jensen, Daniel G. Kirkpatrick, and Thom Mayer  
Çeviri : Dr. Gültekin KADI

## Kilit Noktalar

- Acil servis personeli için temel değişkenleri tanımlayın.
- Personel ihtiyaçlarının karşılanması için stratejileri tanımlayan temel kavramları oluşturun.
- Farklı önceliklere göre personel modellerinin nasıl oluşturulduğunu düşünün.
- Acil akademik personel departmanlarının inceliklerini tanımlayın.
- Bir personel modelinin temel yapı taşları ile akış ve kaynakları nasıl optimize edeceğinizi gösteren örnek olay incelemelerini gözden geçirin.

## Giriş

Acil servisteki istihdama odaklanmak özellikle de %75 ve üzerinde profesyonel personel sağlanması işleyişi optimize etmek için oldukça önemlidir. Bu bölümde, personel ihtiyaçlarını en iyi nasıl belirleyeceğinizi, mevcut personelinizi nasıl en iyi şekilde kullanabileceğinizi ve güçlendirebileceğinizi inceleyeceğiz ve nihayetinde alternatif istihdam modellerini gözden geçireceğiz.

## İstihdam İhtiyaçlarınız Nelerdir?

İstihdam ihtiyaçlarınızı yönlendiren, birbiri ile yakın ilişki içinde olan kilit faktörlere kısaca göz atalım. Bu bölümde kullanılacak anahtar terimleri tanımlayacağız.

## Hasta yoğunluğu

Acil servise yıllık olarak 20.000'den (ve ayrıca 30.000, 40.000, 50.000, vb.) fazla başvuru gerçekleştiğinde yeterli verimlilik elde edilir. Bu yoğunluk

hedeflerine ulaşıldığında, acil servis doktorları ve yardımcılarının (doktor yardımcıları, hemşireler, tıbbi asistanlar, lisanslı bir hekimin gözetimi altında ilaç uygulama lisansına sahip sağlık çalışanları) daha efektif çalıştırılabildiği tespit edilmiş ve farklı bölümlere (çeşitli triaj ve kabul kriterleri üzerinden) yönlendirilerek verimliliği artırılabilmiştir. Hasta yoğunluğu verileri mevcut hastane kayıtları üzerinden elde edilmektedir.

## Hasta aciliyeti

Yüksek aciliyeti olan hastaları değerlendirme, yönetme, tedavi ve taburculuk için ek personel kaynakları gerektiren bir durumdur.(1)

## Hastanın kalış süresi (HKS)

Uzun süreli HKS, klinik personel olmasa da, daha fazla personel çalışma süresi ve iş gücü anlamına gelir, bu ayrıca mevcut yatakların uygunluğunun azalması da demektir. Bu daha fazla sayıda hasta tedavi etme kapasitesini azaltacaktır. HKS ve mevcut yatak kapasitemizi bilmemiz hastaları tedavi ederken kapasite sorunları yaşamamak adına oldukça önemlidir. HKS'ni acil servise kabulünden taburculuğuna kadar ya da başka bir birime devrine kadar olan süre ile ölçüyoruz.

## Yatış bekleyen hastalar

Eğer "yatış bekleyen hastalardan" (yatan hasta ünitesine kabul edilmeyi bekleyen, ancak hala acil serviste bulunanlar) biz sorumluyuz, bu hastaları izlemek için personel kaynaklarımız yeniden tahsis edilecektir. Ayrıca, yatış bekleyen olan her hasta, yatak kapasitesini daha iyi kullanma yeteneğimizi azaltır. Bir hekimin kabul kararını verdikten 120 dk sonra yatış bekleme süresini hesaplıyoruz.

**Tablo 21.3** Acil serviste iki aylık istihdam değişiklikleri sonuçları

Ölçütler	Sonuç	Hedef
Muayene olamadan ayrılan	%4,6	<%3
Fast track Kalış süresi	111dk	<100dk
Tüm başvurularda Kalış süresi	286dk	<252dk
Doktor memnuniyeti	51 persentil	<75 persentil
Aylık çalışma	<90st	<100st

## Kaynaklar

- Jenkins PF, Barton LL, McNeill GB. Contrasts in acute medicine: a comparison of the British and Australian systems for managing emergency medical patients. *Medical Journal of Australia* 2010; 193: 227–8.
- Patrick VC, Lazarus J. A study of the workforce in emergency medicine: 2007 research summary. *Journal of Emergency Nursing* 2010; 36 (6): e1–2.
- Twigg D, Duffield C, Bremner A, Rapley P, Finn J. The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: a retrospective analysis of patient and staffing data. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 48: 540–8.
- Albrecht R, Jacoby J, Heller M, Stolfus J, Melanson S. Do emergency physicians admit more or fewer patients on busy days? *Journal of Emergency Medicine* 2011; 41: 709– 12.
- Unterman S, Kessler C, Pitzele HZ. Staffing of the ED by non-emergency medicine-trained personnel: the VA experience. *American Journal of Emergency Medicine* 2010; 28: 622–5.
- Arya R, Salovich DM, Ohman-Strickland P, Merlin MA. Impact of scribes on performance indicators in the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 2010; 17: 490–4.

# Acil Servis Kılavuzları ve Klinik Yönergeleri

Jonathan A. Edlow

Çeviri: Dr. Uğur ÖZKULA

## Kilit Noktalar

- Çalışma kılavuzları nedir ve ne değildir
- Kılavuzların oluşturulması liderlere yönetmekte nasıl yardım eder
- Kılavuz yazmak için pratik öneriler

## Giriş

Oluşturulan çalışma kılavuzları, klinisyenlerin hastalarına tedavileri için mevcut olan en iyi tıbbi kanıtı sunmalarında yardımcı olan belgelerdir. Bu belgeler aynı zamanda klinik ilkeleri ya da yönergeler, yol haritası veya karar verme rehberleri gibi isimlerle de anılır. Bu ve benzeri belgelerin de kendi içinde bir hiyerarşik ilişkisinden söz edilebilir. (Örneğin klinik ilkeleri, diğerlerine nazaran daha az esnek kurallar bütünü olarak kabul edilebilir.) Bu belgelerin isimlendirilmesi konusunda net bir mutabakat bulunmaması nedeniyle bölüm içerisinde, çalışma kılavuzları terimini kullanacağız ve gerekli olursa farklılığı yansıtmak için başka bir tanımlama yapacağız.

İdeal bir dünyada çalışma kılavuzları klinik bakımın geliştirilmesini hedeflese de gerçek hayatta bazen farklı durumlar için kullanılmaktadır. Bilge bir lider, bu ilkelerin yalnızca klinik amaçlara hizmet etmenin yanı sıra, bunlara ek olarak farklı etkilerinin ve yansımalarının da olacağını bilincindedir.

Bu nedenle bir lider, bu birikimlerden yarar sağlayabilmek için, hangi çalışma kılavuzlarına ihtiyacı olduğunu ve onları nasıl kullanması gerektiğini anlamak zorundadır. Bu bilgi birikimi sadece birim içinde bulunan klinisyenlerin ve hemşirelerin daha iyi idare edilmesini sağlamakla kalmayacak, aynı zamanda acil servisin hizmet kalitesinin anlaşılabilirliğini ve yine kliniğe yönelik dışarıdan gelebilecek suçlamalara karşı koruma sağlanabilmesini de sağlayacaktır.

Sonuçta çalışma ilkesi geliştirip ortaya koymak için harcanan zaman, eğer uygun bir uygulama alanı bulamazsa anlamsız kalacaktır. Bununla beraber pratik anlamda gerekli iyileştirmeleri hedefleyememiş olan çalışma kılavuzlarıyla, uygulamaların da başarılı olması beklenemez. Tam ifadesiyle, ortaya konan değişikliklerin gerçek anlamda ölçülebilir hasta odaklı sonuçları olmalıdır. Günümüzde çalışma kılavuzlarıyla ilgili üzerinde en fazla düşünülen konu da, hastalarla ilgili sonuçları nasıl doğrudan etkileyebilecekleridir.

Bu bölümde çalışma kılavuzlarının tam olarak ne olduğu, nasıl tasarlanması gerektiği, nasıl uygulanabilecekleri, bunların klinik idarecilerinin kendi bölümlerini yönetmelerinde onlara nasıl yardımcı olabileceği tartışılacaktır. Farklı olgularla da örneklenilecektir.

## Çalışma Kılavuzları Nelerdir?

Çalışma kılavuzları klinisyenlere, hem doktorlara hem de hemşirelere, karşılaşılabilecekleri belirli klinik durumlarda kullanmak üzere gerçekçi, sistematik ve standardize edilmiş yöntemler öneren belgelerdir. Kuruma özel çalışma kılavuzları, acil servis ekibince oluşturulabilir ancak sıklıkla bu ilkeler dış kaynaklarca oluşturularak acil servise adapte edilir. Bu çalışma kılavuzları, uzman görüşleriyle, fikir birliğine varılarak, diğer toplulukların çalışmalarıyla veya tıbbi literatürün analizi yoluyla oluşturulur.

Bazı kılavuzlar ya da bunların bazı bölümleri “kurallar ve uygulamaları” birleştirebilir. Örneğin; “35 yaş üstü göğüs ağrısıyla başvuran tüm hastalara elektrokardiyogram (EKG) çekilmesi” bir acil servis kuralı olabilir ve genellikle triyaj hemşiresini ve teknisyenlerini etkileyecektir. Yine de bu kural (EKG’nin 5 dakikanın altında çekilmesi) acil servis pratiğine ait kılavuzun yalnızca çok küçük bir basamağını oluşturabilir (Göğüs ağrılı hastaya yaklaşım kılavuzu). Tüm acil servis hastalarının vital bulgularının takibi bir başka örnek olabilir. “Olması



## Kaynaklar

1. Agrawal P, Kosowsky JM. Clinical practice guidelines in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2009; 27: 555–67, vii.
2. Hacke W, Donnan G, Fieschi C, et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet* 2004; 363: 768–74.
3. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *New England Journal of Medicine* 2008; 359: 1317–29.
4. Wahlgren N, Ahmed N, Davalos A, et al. Thrombolysis with alteplase 3–4.5 h after acute ischaemic stroke (SITS-ISTR): an observational study. *Lancet* 2008; 372: 1303–9.
5. Pollack CV, Roe MT, Peterson ED. 2002 update to the ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: implications for emergency department practice. *Annals of Emergency Medicine* 2003; 41: 355–69.
6. Yusuf S, Zhao F, Mehta SR, et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. *New England Journal of Medicine* 2001; 345: 494–502.
7. Bohan J. Guidelines in emergency medicine. In J Marx, R Hockberger, R Walls, eds., *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*, 6th edn. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier, 2006: 3034–45.
8. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317–22.
9. Jain S, Elon LK, Johnson BA, Frank G, Deguzman M. Physician practice variation in the pediatric emergency department and its impact on resource use and quality of care. *Pediatric Emergency Care* 2010; 26: 902–8.
10. Stiell IG, Clement CM, Brison RJ, et al. Variation in management of recent-onset atrial fibrillation and flutter among academic hospital emergency departments. *Annals of Emergency Medicine* 2011; 57: 13–21.
11. Chan EW, Taylor DM, Knott JC, Kong DC. Variation in the management of hypothetical cases of acute agitation in Australasian emergency departments. *Emergency Medicine Australasia* 2011; 23: 23–32.
12. Calver LA, Downes MA, Page CB, Bryant JL, Isbister GK. The impact of a standardised intramuscular sedation protocol for acute behavioural disturbance in the emergency department. *BMC Emergency Medicine* 2010; 10: 14.
13. Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, Thomas TL, Decker WW. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. *Annals of Emergency Medicine* 2008; 52: 407–36.
14. Morgenstern LB, Luna-Gonzales H, Huber JC, et al. Worst headache and subarachnoid hemorrhage: prospective, modern computed tomography and spinal fluid analysis. *Annals of Emergency Medicine* 1998; 32: 297–304.
15. Savitz SI, Levitan EB, Wears R, Edlow JA. Pooled analysis of patients with thunderclap headache evaluated by CT and LP: is angiography necessary in patients with negative evaluations? *Journal of the Neurological Sciences* 2009; 276: 123–5.
16. Edlow JA. What are the unintended consequences of changing the diagnostic paradigm for subarachnoid hemorrhage after brain computed tomography to computed tomographic angiography in place of lumbar puncture? *Academic Emergency Medicine* 2010; 17: 991–7.
17. McCormack RF, Hutson A. Can computed tomography angiography of the brain replace lumbar puncture in the evaluation of acute-onset headache after a negative noncontrast cranial computed tomography scan? *Academic Emergency Medicine* 2010; 17: 444–51.
18. Ransom SB, Studdert DM, Dombrowski MP, Mello MM, Brennan TA. Reduced medicolegal risk by compliance with obstetric clinical pathways: a case-control study. *Obstetrics and Gynecology* 2003; 101: 751–5.
19. Hyams AL, Brandenburg JA, Lipsitz SR, Shapiro DW, Brennan TA. Practice guidelines and malpractice litigation: a two-way street. *Annals of Internal Medicine* 1995; 122: 450–5.
20. Nunez TC, Young PP, Holcomb JB, Cotton BA. Creation, implementation, and maturation of a massive transfusion protocol for the exsanguinating trauma patient. *Journal of Trauma* 2010; 68: 1498–505.
21. Cavanna L, Civardi G, Vallisa D, et al. Ultrasound-guided central venous catheterization in cancer patients improves the success rate of cannulation and reduces mechanical complications: A prospective observational study of 1,978 consecutive catheterizations. *World Journal of Surgical Oncology* 2010; 8: 91.



22. Chang E, Holroyd BR, Kochanski P, et al. Adherence to practice guidelines for transient ischemic attacks in an emergency department. *Canadian Journal of Neurological Sciences* 2002; 29: 358–63.
23. Hampers LC, Thompson DA, Bajaj L, Tseng BS, Rudolph JR. Febrile seizure: measuring adherence to AAP guidelines among community ED physicians. *Pediatric Emergency Care* 2006; 22: 465–9.
24. Norton SP, Pusic MV, Taha F, Heathcote S, Carleton BC. Effect of a clinical pathway on the hospitalisation rates of children with asthma: a prospective study. *Archives of Disease in Childhood* 2007; 92: 60–6.
25. Girardis M, Rinaldi L, Donno L, et al. Effects on management and outcome of severe sepsis and septic shock patients admitted to the intensive care unit after implementation of a sepsis program: a pilot study. *Critical Care* 2009; 13: R143.
26. Heskestad B, Baardsen R, Helseth E, Ingebrigtsen T. Guideline compliance in management of minimal, mild, and moderate head injury: high frequency of noncompliance among individual physicians despite strong guideline support from clinical leaders. *Journal of Trauma* 2008; 65: 1309–13.
27. Kane BG, Degutis LC, Sayward HK, D'Onofrio G. Compliance with the Centers for Disease Control and Prevention recommendations for the diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases. *Academic Emergency Medicine* 2004; 11: 371–7.
28. Krym VF, Crawford B, MacDonald RD. Compliance with guidelines for emergency management of asthma in adults: experience at a tertiary care teaching hospital. *CJEM* 2004; 6: 321–6.
29. Loughheed MD, Olajos-Clow J, Szpiro K, et al. Multicentre evaluation of an emergency department asthma care pathway for adults. *CJEM* 2009; 11: 215–29.
30. Brand C, Landgren F, Hutchinson A, et al. Clinical practice guidelines: barriers to durability after effective early implementation. *Internal Medicine Journal* 2005; 35: 162–9.
31. Ratnapalan S, Schneeweiss S. Guidelines to practice: the process of planning and implementing a pediatric sedation program. *Pediatric Emergency Care* 2007; 23: 262–6.
32. Melnick ER, Genes NG, Chawla NK, et al. Knowledge translation of the American College of Emergency Physicians' clinical policy on syncope using computerized clinical decision support. *International Journal of Emergency Medicine* 2010; 3: 97–104.
33. Tierney WM, Overhage JM, Murray MD, et al. Can computer-generated evidence-based care suggestions enhance evidence-based management of asthma and chronic obstructive pulmonary disease? A randomized, controlled trial. *Health Services Research* 2005; 40: 477–97.
34. Schellinger P, Bryan R, Caplan L, et al. Evidence-based guideline: The role of diffusion and perfusion MRI for the diagnosis of acute ischemic stroke: Report of the Therapeutics and Technology Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2010; 75: 177–85.
35. Cotton BA, Au BK, Nunez TC, et al. Predefined massive transfusion protocols are associated with a reduction in organ failure and postinjury complications. *Journal of Trauma* 2009; 66: 41–9.
36. Dente CJ, Shaz BH, Nicholas JM, et al. Improvements in early mortality and coagulopathy are sustained better in patients with blunt trauma after institution of a massive transfusion protocol in a civilian level I trauma center. *Journal of Trauma* 2009; 66: 1616–24.
37. Milligan C, Higginson I, Smith JE. Emergency department staff knowledge of massive transfusion for trauma: the need for an evidence based protocol. *Emergency Medicine Journal* 2011; 28: 870–2.
38. Schuster KM, Davis KA, Lui FY, Maerz LL, Kaplan LJ. The status of massive transfusion protocols in United States trauma centers: massive transfusion or massive confusion? *Transfusion* 2010; 50: 1545–51.
39. American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology* 2002; 96: 1004–17.
40. Godwin SA, Caro DA, Wolf SJ, et al. Clinical policy: procedural sedation and analgesia in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 2005; 45: 177–96.

## İlave Kaynaklar

[www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) – a US-based national clearinghouse for guidelines from various societies that refers to hundreds of individual guidelines, although many do not impact emergency medicine. It also has other resources for creating guidelines, an archive of commentaries about various guidelines and other relevant information.

[www.acep.org](http://www.acep.org) – ACEP’s website.

Under the “practice resources” tab, there is information about its clinical policies and also about policy statements. The former read more like practice guidelines while the latter read more like political statements. Both are useful. In addition, there is a great deal of other information relevant to the specialty.

[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) – the website of the UK’s National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE publishes numerous guidelines, some of which are relevant to emergency medicine. At the home page are many other links, including those about how to implement practice guidelines.

[www.americanheart.org](http://www.americanheart.org) – another site that includes many professional guidelines dealing with cardiovascular and cerebrovascular diseases.

[www.cochrane.org](http://www.cochrane.org) – the homepage of the Cochrane reviews. There are hundreds of reviews here all with exceptional methodology. Many of the guidelines at this site are directly relevant to emergency medicine. There is not a separate section for emergency medicine but as of February 2014 there were 505 cardiovascular reviews and 660 neurological ones.

Most other North American, European, and Australasian professional societies write

guidelines and post them electronically on their

- Canadian Association of Emergency Physicians ([www.caep.ca](http://www.caep.ca))
- European Society for Emergency Medicine ([www.eusem.org](http://www.eusem.org))
- Société Française de Médecine d’Urgence ([www.sfm.u.org](http://www.sfm.u.org))
- Società Italiana Medicina d’Emergenza-Urgenza ([www.simeu.it](http://www.simeu.it))
- Australasian Society for Emergency Medicine ([www.asem.org.au](http://www.asem.org.au))
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias ([www.semes.org](http://www.semes.org))

## Acil Servis Gözlem Üniteleri

Christopher W. Baugh ve J. Stephen Bohan  
Çeviri : Dr. Ahmet Fatih KAHRAMAN

### Kilit Noktalar

- Gözlem ünitesinin amaçları tanımlanmalıdır.
- Gözlem ünitesinin kurulmasına ve işletilmesine yönelik uygulamalı lojistik konular anlaşılmalıdır.
- Gözlem altına alınacak en uygun hastaların hangileri olduğu ve protokole dayalı bakım hizmetinin önemi bilinmelidir.
- Hızlı tedavi ünitelerinin avantajları ve dezavantajları bilinmelidir.

### Giriş

Günümüzde yatış verilen hastaların yarısı acil servis üzerinden yönlendirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (CDC) tarafından 2010 yılında yürütülen çalışmanın verileri, Amerika'da yıllık yaklaşık 130 milyon kişinin acil servislere başvurduğunu ortaya koymuştur; her ne kadar yataklı servis kapasitesi sabit durumda hatta düşüşte olsa da bu sayı her yıl ortalama %1 oranında artış göstermekte,<sup>1</sup> aynı durum İngiltere'de ve Avrupada da gözlemlenmektedir. Örneğin, Federal İstatistik Dairesine göre, Almanyadaki acil servislere hasta hacmi 2007 yılında % 8 artarken, yatış verilen hasta sayısında yalnızca % 2.1'lik bir artış görülmüştür.<sup>2</sup> Yatırılan hastalardan bazılarının hastanede kalış dönemi oldukça kısa sürmüş, bu da fon sağlayıcılarının söz konusu yatışların gerekli olup olmadığı konusunu sorgulamalarına yol açmıştır. Bununla birlikte, artık birçok kurum, söz konusu hastaları çoğunlukla acil servis tarafından işletilen, kısa süreli kalışlara yönelik "gözlem" ünitelerinde ayakta tedavi etmektedir. Bu tür hastaların acil servisten güvenli bir şekilde taburcu edilmeden önce, 24 saatten daha kısa bir süre içerisinde, ileri düzeyde tedavi ve tanı hizmeti alması gerekmektedir. Acil servis gözlem ünitelerinin kuruluşuna ve büyümesine yönelik tarihsel, klinik ve ticari temellere rağmen, bu tür ünitelerin kavramsallaştırılma

ve işlevsel hale getirilme süreci, birim hizmetinden faydalanma olasılığı bulunan birçok kişinin erişimine açık değildir. Bu bölüm, söz konusu birimlerin kurulma gerekçelerini ve çalışma özelliklerini açıklığa kavuşturmak ve hasta güvenliğine ilişkin katkıları da dahil olmak üzere klinik, mali ve idari faydalarını desteklemek amacıyla hazırlanmıştır.

### Gözlem Ünitelerine Yönelik Stratejik Olgular

Günümüzde akut tedavi hastaneleri, maliyeti artırmadan hasta erişimini, güvenliği, hizmet kalitesini ve memnuniyeti artırma yönünde büyük bir baskı ile karşı karşıyadır. Denetim ve şeffaflık üzerine şekillenen bu çağda, tedaviye erişimi ve verilen hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilemeksizin hasta güvenliğini ve memnuniyetini artırıp maliyeti azaltma olasılığı bulunan çok az sayıda "kazan-kazan" girişimi mevcuttur. Bununla birlikte, yüksek oranda acil servis başvurusunun görüldüğü hastanelerde acil servis gözlem ünitesi kullanımının artması, bu nadir girişimlerden biri olarak algılanabilir.

Sağlık sistemindeki bütün paydaşlar acil servis gözlem ünitesi kullanımından yararlanmaktadır. Bu tür ünitelerin kullanımıyla birlikte, hastalar acil servisten ayrılmadan önce daha doğru bir tanı ile yönlendirilir ve daha kısa süre içerisinde taburcu edilir, hastane masraflarını ödeyecek olan kişiler yüksek maliyetli hasta yatış ücretlerini ödemek zorunda kalmaz, hastaneler yataklı servislerin sınırlı kapasitesini bu tür bir hizmete daha çok ihtiyaç duyan hastalara tahsis edebilir ve sağlık çalışanları hasta ihtiyaçlarının mevcut kaynaklarla daha uyumlu hale getirildiği bir ortamda hizmet verebilir.<sup>3</sup> Bu ortamda verilen hizmetin bütün yönleri en azından yataklı tedaviye alternatif olduğu için, gözlem ünitesinin kullanımı, ilgili hastaların tedavisinde baskın bir strateji olarak düşünülebilir. Baskın strateji, her durumda en azından diğer bütün stratejiler kadar iyi

süresini, hasta şikayetlerini ve bu ortamda uygulanan tedavi hizmetlerine uygun düşük riskli hastalar için hastaneye geri dönüş oranını önemli ölçüde azaltma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.<sup>40</sup> Bu potansiyel kazançlar hastalar açısından bariz faydalar sağlarken, bazı servislerde iş memnuniyeti ve (özellikle asistan doktorlar gibi stajyerlere ilişkin olarak) personele yönelik eğitim taahhütlerini dengelemeye uğraşmakta ve özel hızlı tedavi kavramından uzak durarak düşük riskli hastaları serviste tedavi gören diğer hastalarla bir arada değerlendirilmeyi tercih etmektedir. Birbirleriyle çakışan bu menfaatler bağlamında hangi modelin izlenmesi gerektiği dikkatlice düşünülmelidir.

## Sonuç

Gözlem konusunda, geliştirilmiş klinik karar verme süreci ve bunun sonucunda artan hasta güvenliği ile mali yararlar olmak üzere iki zorlayıcı argüman söz konusudur. Gözlem üniteleri, hastalar için uygun değerlendirme, tedavi ve risk sınıflandırması olanaklarını sunarken, daha önceden kar getirme-

yen hastane başvurularını karlı gözlem yatışlarına dönüştürebilir. Ayrıca hastaların acil servis gözlem ünitesine aktarılması, bekleme salonunda acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan farklılaşmamış hastalar için akut tedavi odaları gibi maliyetli ve kalabalık acil servis kaynaklarının boşalmasını sağlar. Gözlem ortamında hasta yönetimine yönelik güncel literatür tabanı, bazı özel koşullarda en etkili sonucu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, gelecekteki araştırmaların acil servis gözlem ünitesinde güvenli bir şekilde tedavi edilebilen hastaların kapsamını genişletme ihtimali söz konusudur; böylelikle hastaların acil servisten ve hatta yataklı servislerden uzaklaştırılması sağlanacak, bunun sonucunda acil servis gözlem ünitesi gerek acil servisteki gerekse hastane genelindeki hasta yoğunluğunu azaltan etkili bir güç haline gelecektir. Hasta erişimi veya memnuniyeti gibi başlıca tedavi getirilerinden ödün vermeksizin düşük maliyetle yüksek kalitede tıbbi uygulamalara yönelik artan bir baskının söz konusu olduğu bu çağda acil servis gözlem ünitesi, gerek hekimlerin gerekse yöneticilerin bu zorluklarla baş etmesine yardımcı olan değerli bir kaynaktır.

## Kaynaklar

- Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2006 emergency department summary. National Health Statistics Reports 2008; 7: 1–39.
- Hogan B, Brachmann M. In-hospital emergency care grows even as the specialty faces staunch political opposition. Emergency Physicians International 2010; 02: 25–6.
- Graff LG. Observation Medicine: the Healthcare System's Tincture of Time. American College of Emergency Physicians. <https://acep.org/Physician-Resources/Practice-Resources/Administration/ObservationMedicine> (accessed January 2014).
- Dixit AK, Nalebuff BJ. Thinking Strategically: the Competitive Edge in Business, Politics, and Everyday Life. New York, NY: Norton, 1993.
- Brillman JC, Tandberg D. Observation unit impact on ED admission for asthma. American Journal of Emergency Medicine 1994; 12: 11–14.
- Baugh CW, Bohan JS. Estimating observation unit profitability with options modeling. Academic Emergency Medicine 2008; 15:445–52.
- Schneider EC, Lieberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. Quality in Health Care 2001; 10: 96–103.
- Radosevich DM. A framework for selecting outcome measures for ambulatory care research. Journal of Ambulatory Care Management 1997; 20: 1–9.
- Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP. Quality management in the NHS: the doctor's role, I. BMJ 1992; 304: 235–9.
- Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP. Quality management in the NHS: the doctor's role, II. BMJ 1992; 304: 304–8.
- Peacock WF, Young J, Collins S, Diercks D, Emerman C. Heart failure observation units: optimizing care. Annals of Emergency Medicine 2006; 47: 22–33.
- Brachmann M, Geppert R, Niehues C, Petersen PF, Sobotta R. Oekonomische Aspekte der klinischen Notfallversorgung. [http://www.dgina.de/media/veroeffent/20090729\\_Positionspapier\\_2009\\_07\\_08\\_MB\\_F.pdf](http://www.dgina.de/media/veroeffent/20090729_Positionspapier_2009_07_08_MB_F.pdf) (accessed January 2014).
- Greene J. Nurse groups, administrators battle over mandatory nursing ratios: California law debated on national stage. Annals of Emergency Medicine 2009; 54 (3): 31–3.
- Greenhalgh J, Long AF, Brettell AJ, Grant MJ. Reviewing and selecting outcome measures for use in routine practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice 1998; 4: 339–50.
- McGlynn EA. Introduction and overview of the conceptual

- framework for a national quality measurement and reporting system. *Medical Care* 2003; 41 (1 Suppl): I1–7.
16. Goddard M, Davies HT, Dawson D, Mannion R, McInnes F. Clinical performance measurement. Part 2: avoiding the pitfalls. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2002; 95: 549–51.
  17. Zalenski RJ, McCarren M, Roberts R, et al. An evaluation of a chest pain diagnostic protocol to exclude acute cardiac ischemia in the emergency department. *Archives of Internal Medicine* 1997; 157: 1085–91.
  18. Graff L. Chest pain observation units. *Emergency Medicine Journal* 2001; 18: 148.
  19. Cunningham R, Walton MA, Weber JE, et al. One-year medical outcomes and emergency department recidivism after emergency department observation for cocaine-associated chest pain. *Annals of Emergency Medicine* 2009; 53: 310–20.
  20. Rydman RJ, Isola ML, Roberts RR, et al. Emergency department observation unit versus hospital inpatient care for a chronic asthmatic population: a randomized trial of health status outcome and cost. *Medical Care* 1998; 36: 599–609.
  21. Decker WW, Smars PA, Vaidyanathan L, et al. A prospective, randomized trial of an emergency department observation unit for acute onset atrial fibrillation. *Annals of Emergency Medicine* 2008; 52: 322–8.
  22. Ross MA, Compton S, Medado P, et al. An emergency department diagnostic protocol for patients with transient ischemic attack: a randomized controlled trial. *Annals of Emergency Medicine* 2007; 50: 109–19.
  23. Rydman RJ, Zalenski RJ, Roberts RR, et al. Patient satisfaction with an emergency department chest pain observation unit. *Annals of Emergency Medicine* 1997; 29: 109–15.
  24. Rydman RJ, Roberts RR, Albrecht GL, Zalenski RJ, McDermott M. Patient satisfaction with an emergency department asthma observation unit. *Academic Emergency Medicine* 1999; 6: 178–83.
  25. Barr JK, Giannotti TE, Sofaer S, et al. Using public reports of patient satisfaction for hospital quality improvement. *Health Services Research* 2006; 41: 663–82.
  26. Jaffe AS, Babuin L, Apple FS. Biomarkers in acute cardiac disease: the present and the future. *Journal of the American College of Cardiology* 2006; 48: 1–11.
  27. Cheung DS, Kelly JJ, Beach C, et al. Improving handoffs in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 2010; 55: 171–80.
  28. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170: 1678–86.
  29. Roberts R, Graff LG. Economic issues in observation unit medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2001; 19: 19–33.
  30. Graff L. *Observation Medicine*. Stroneham: Andover, 1993.
  31. Sieck S. Cost effectiveness of chest pain units. *Cardiology Clinics* 2005; 23: 589–99.
  32. Lied TR. Performance measures and batting averages. *Health Affairs (Millwood)* 1999; 18: 260–1.
  33. The President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry: report synopsis. *Caring* 1998; 17: 22–41.
  34. Finarelli M. Observation units can improve outcomes, financial performance. *Health Care Strategic Management* 2003; 21 (8): 10–12.
  35. McGlynn EA. Selecting common measures of quality and system performance. *Medical Care* 2003; 41 (1 Suppl): I39–47.
  36. Siu AL, McGlynn EA, Morgenstern H, et al. Choosing quality of care measures based on the expected impact of improved care on health. *Health Services Research* 1992; 27: 619–50.
  37. Bolmeyer AL. Outcome measures in the health-care industry: an elusive goal. *Obesity Research* 2002; 10 (Suppl 1): 10S–13S.
  38. Nelson EC, Mohr JJ, Batalden PB, Plume SK. Improving health care, part 1: the clinical value compass. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 1996; 22: 243–58.
  39. Brillman J, Mathers-Dunbar L, Graff L, et al. Management of observation units. *American College of Emergency Physicians. Annals of Emergency Medicine* 1995; 25: 823–30.
  40. Wiler JL, Gentle C, Halfpenny JM, et al. Optimizing emergency department front-end operations. *Annals of Emergency Medicine* 2010; 55: 142–61.

## İlave Kaynaklar

Graff LG. *Observation Medicine: the Healthcare System's Tincture of Time*. American College of Emergency Physicians. <https://acep.org/Physician-Resources/PracticeResources/Administration/Observation-Medicine> (accessed January 2014).



## Acil Serviste Hasta Akışının Optimizasyonu

Kirk Jensen ve Jody Crane

Çeviri : Dr. Serkan DEMİRCAN

### Kilit Noktalar

- Acil servis akışında yapılacak iyileştirme çeşitli faydalar sağlayabilir.
- Endüstride geliştirilen araçların acil servis akışının yönetimine ve geliştirilmesine nasıl katkıda bulunacağı tespit edilmelidir.
- Acil servisin hasta akışını optimize etmek için gerekli yöntemleri uygulama biçimi araştırılmalıdır.

### Giriş

Acil servisteki işleyiş sistemini geliştirmenin en etkili yollarından biri, yalnızca sağlık alanıyla sınırlı olmayan, aslında her türlü işletmenin de sıkça karşılaştığı bir kavramın hayata geçirilmesidir: bu kavram ise akıştır. Bu bağlamda, *akış* terimi, bir iş sektöründeki müşteri hareketliliği olarak tanımlanabilir. Acil servis ortamında ise bu kavram, kişilerin servis sınırları içerisinde muayene edilme, taburcu edilme veya hastaneye yatırılma işlemlerini kapsayan hasta hareketi şeklinde değerlendirilmektedir (Şekil 23.1). Bazı durumlarda, hasta akışında meydana gelen küçük değişiklikler uzun gecikmelere neden olabilir. Bununla birlikte, hasta akışının yönetimi esnasında yapılan ufak çaplı değişiklikler de, hastaların acil serviste harcadıkları zamanı ciddi ölçüde kısaltabilir. Dolayısıyla, söz konusu hastaların daha etkili bir şekilde hareket ettirilmesi, personel memnuniyetinin yanı sıra hastaların memnuniyetini ve tedavi hizmetlerinin kalitesini de arttırabilir. Bu tür bir girişim, hastanenin mali kazancını da olumlu yönde etkileyebilir. Bu bölümde, hasta akışının daha etkili hale getirilmesine yönelik bazı yöntemler ele alınacaktır.

### Büyük Resmi Görme: Akış Geliştirme Sürecine Stratejik Bir Yaklaşım

İşletmeler, akış sürecini anlamak ve yönetmek amacıyla, uzun yıllar boyunca, hizmet işlemleri teorisi

ve yönetim ilkelerini kullanmışlardır. Talep ve kapasite, sıraya sokma, değişim, bekleme psikolojisi ve kısıtlamalar, bu sürecin temel kavramlarıdır. Bu kavramlar çoğu zaman birbirleriyle ilişkilidir; bu nedenle, hepsinin anlaşılabilirliği, acil servis gibi karmaşık sistemlerde akışa yönelik büyük resmin görülmesine yardımcı olur.

Hasta akışının geliştirilmesi, servisteki mevcut işlemlerin analiz edilmesini ve daha sonraki aşamada bazı yeni prosedürlerin uygulanmasını gerektirir (Şekil 23.2). Diğer taraftan, gelişim sürecine başlamadan önce bahsi geçen teorilerin anlaşılması, gerekli ve aydınlatıcı bir adımdır.

### Talep ve kapasitenin eşleştirilmesi

Basitçe açıklamak gerekirse, *talep*, belirli bir dönemde ne kadar kaynağın kullanıldığını, *kapasite* ise, hasta sayısı bağlamında eldeki kaynakların miktarını ifade eder. Talebin kapasiteyle eşleştirilmesi, hasta akışının optimizasyonunu sağlama konusunda atılması gereken önemli adımlardan bir tanesidir. Talebin kapasiteyi aşması durumunda bekleme süreleri uzar ve hasta memnuniyetsizliğinde artış görülür. Hekimler, hemşireler ve teknisyenler strese girebilir. Kapasitenin talebi aşması halinde ise, insan gücü ve diğer türdeki kaynaklar etkin bir şekilde kullanılmaz ve israf edilir. Hasta başvurularının bir zaman çizelgesine göre yapılmaması ve hasta sayısında tutarsız dalgalanmaların görülmesi durumunda da mevcut kaynakların hizmet talebiyle eşleştirilmesi imkansız bir girişim haline gelebilir. Bununla birlikte, aslında, acil servise başvuracak olan hasta sayısının öngörülebilir olduğu bilinmektedir. Zaman içerisinde çizelge haline getirilebilen hasta başvuruları, Poisson geliş örneği olarak bilinen matematiksel bir modelden oluşur. Belirli sayılar farklı olmakla birlikte, bu model genellikle bütün acil servisler için geçerlidir.

Modelin ne olduğu bilindiği için kapasitenin taleple eşleştirilmesine yönelik adımlar uygulamaya geçirilebilir. Bu noktada iki temel yaklaşım bulun-

**Olgu Sunumu 23.3. İnşa çalışmalarının hasta akışı-na göre yapılması**

Nightingale Hastanesi, ana tesisinden 10 mil uzakta yeni bir tesis açmıştır. Tasarım sürecinde, yöneticiler, acil servis ekibinden yeni tesisteki acil servis tasarımını gözden geçirmelerini istemiştir. Hasta akışının gelişimine yönelik projeleri uygulama konusunda deneyimli olan ekip, temel sitede geliştirdiği ilkeleri mimari olarak hayata geçirmeyi başarmış ve operasyonel tasarımı yerleşim planıyla tamamlayarak yeni servisteki hasta akışını daha etkili hale getirmiştir. Yeni tasarımda ilk plandakinden iki kat daha fazla triaj odasına yer verilmiş ve vertikal hastaların vertikal olarak kalabilmesi için hasta kabul alanı ve acil servisin ana bölümü arasına dahili bir bekleme odası eklenmiştir. Buna ek olarak, birçok hastanın tedavisinde ihtiyaç duyulan kaynaklar odalara depolanmıştır. Yeni tesis, yıllık yaklaşık 25 000 hastayı tedavi edecek şekilde bütçelenmiştir; ancak kısa süre içerisinde yıllık yaklaşık 40 000 hasta başvurusunu kaldırabilecek kapasiteye ulaşmıştır. İlk başvuru ile hekim muayenesi arasında geçen ortalama süre 30 dakikadır. Söz konusu tesis açıldıktan sonra ortalama kalış süresi iki saatten daha az sürmüştür, iş bırakma oranı ise her ay %1'den daha düşük

bir seviyeye gerilemiştir. Hasta memnuniyeti, genel olarak, yüzde 90'ın üzerine çıkmıştır. Bütün odalarda her türlü müdahalenin yapılabilmesi için uzman odalarına acil destek arabaları yerleştirilmiştir.

**Hasta Akışında Kaydedilen Gelişmelerin Etkisi**

Hasta akışının geliştirilmesi acil servisler açısından birçok fayda sağlar. Akışın hızlanması gerek hastalar gerekse personel için daha hoş bir ortam yaratır ve hem hasta memnuniyetini hem de personel verimliliğini artırır. Bütün bunlara ek olarak, servisi daha güvenli hale getirir ve personelin sürekli olarak yüksek kalitede bakım hizmeti sunmasını sağlar.<sup>12-14</sup> Hasta akışının geliştirilmesi; mevcut kaynakları daha etkili hale getirerek, süreç kapsamında atılan adımlara değer katarak ve sistemdeki israfı önleyerek, yeni kaynakların tahsisine gerek kalmaksızın hizmet kapasitesinin artırılmasını sağlar. Bütün bu iyileştirmeler, uygulama düzeyinde hastanenin karlılığını arttıracaktır.<sup>4,6,15-17</sup>

**Kaynaklar**

1. Erlang AK. The theory of probabilities and telephone conversations. *Nyt Tidsskrift for Matematik* 1909; 20B: 33–9.
2. Maister DH. The psychology of waiting lines. In JA Czepiel et al., eds. *The Service Encounter: Managing Employee/Customer Interaction in Service Business*. Lexington, MA, Lexington Books, 1985; 113–23.
3. Goldratt E. *The Goal*. Great Barrington, MA: North River Press, 1986.
4. Mayer T, Jensen K. *Hardwiring Flow: Systems and Processes for Seamless Patient Flow*. Gulf Breeze, FL: Fire Starter, 2009.
5. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau A, Eitel DR. *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. AHRQ Publication No. 05–0046–2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005. <http://www.ahrq.gov/research/esi> (accessed January 2014).
6. Jensen K, Mayer TA, Welch SJ, Haradan C. *Leadership for Smooth Patient Flow*. ACHE Management Series. Chicago, IL: Health Administration Press, 2007.
7. Patel PB, Vinson DR. Team assignment system: expediting emergency department care. *Annals of Emergency Medicine* 2005; 46: 499–506.
8. Womack J, Jones DT, Roos D. *The Machine That Changed the World: the Story of Lean Production*. New York, NY: Free Press, 1990.
9. Spear SJ. *Chasing the Rabbit: How Market Leaders Outdistance the Competition*. New York, NY: McGraw-Hill, 2009.
10. Institute for Healthcare Improvement. *Going Lean in Health Care*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: IHI, 2005. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/GoingLeaninHealthCare.aspx> (accessed January 2014).
11. Langley J, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost L. *The Improvement Guide*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1996.
12. Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC, National Academies Press, 2000.
13. Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err Is Human: what have we learned? *JAMA* 2005; 293: 2384–90.
14. Wears RL, Vincent CA. The history of safety in healthcare. In P Croskerry, KS Cosby, SM Schenkel, RL Wears, eds., *Patient Safety in Emergency Medicine*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2009; 8–11.
15. Leatherman S, Berwick D, Iles D, et al. The business case for quality: case studies and an analysis. *Health Affairs (Millwood)* 2009; 22(2): 17–30.
16. Martin LA, Neumann CW, Mountford J, Bisognano M, Nolan TW. *Increasing Efficiency and Enhancing Value in Health Care: Ways to Achieve Savings in Operating Costs per Year*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: IHI, 2005. <http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/IncreasingEfficiencyEnhancingValueinHealthCareWhitePaper.htm> (accessed January 2014).
17. Nolan T, Bisognano M. Finding the balance between quality and cost. *Healthcare Financial Management* 2006; 60 (4): 66–72



## Acil Servis Yoğunluğu

Venkataraman Anantharaman and Puneet Seth

Çeviri : Dr. Atakan SAVRUN

### Kilit Noktalar

- Acil servis yoğunluğu multifaktöriyel bir durumdur.
- Acil servis yoğunluğu; hasta, personel ve kurum geneli üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir.
- Acil servis yoğunluğunu ortadan kaldırmaya yönelik çözümler, hasta girdisine, işlemlerine ve çıktılarına odaklanır.

### Giriş

Acil servis yoğunluğu, dünyanın birçok ülkesinde görülen yaygın bir durumdur. Söz konusu yoğunluk, hastaların hekimle görüşmeden önce saatlerce beklemesi, nihai pozisyon kararları alınana kadar acil serviste vakit kaybetmesi ve/veya yataklı hasta servisine nakledilmeden önce saatlerce veya günlerce bekletilmesi sonucu meydana gelir. Bütün bu koşullar altında, herhangi bir felaket veya toplu yaralanma olaylarının görülmediği durumlarda dahi acil servis kaynaklarına yönelik yoğun bir talep söz konusudur. Bu aşırı talep, sağlık hizmetleri kalitesinde düşüşe, hasta güvenliğinde aksamalara, personelde moral bozukluğuna ve maliyet artışına yol açar.

### Tanımlar

Acil Servislerdeki yoğunluğu tanımlamaya yönelik birçok girişimde bulunulmuştur. Bu tanımlardan bazıları ilk konsültasyondan önceki bekleme süresini baz almaktadır.<sup>1</sup> Diğer bazı tanımlarda, yoğunluğun acil servisteki tedavi süreçlerinin uzunluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Tanımların büyük bir kısmında ise, hastaların (acil servis girişi ve hasta kabul alanında) yataklı bölümlere alınmayı beklemesi, acil servis yoğunluğunun bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Yukarıda bahsedilen üç durumun tamamının ya da bir kısmının meydana

na gelmesi halinde hasta yoğunluğu görülür. Aşağıda bazı olası tanımlara yer verilmiştir:

- Acil Serviste bekleyen ve yataklı servise alınması gereken hastaların makul bir süre içerisinde uygun hastane yataklarına erişememe durumu<sup>2</sup>
- Acil servis hizmetlerine yönelik talebin makul bir süre içerisinde karşılanma kabiliyetini aşması durumu<sup>3</sup>
- Acil servislerde belirlenen ihtiyaçların mevcut acil servis kaynaklarının üstünde olması durumu<sup>4</sup>

Acil Servis yoğunluğu; kritik sayıda hastanın birinci basamak tedavilerinin kesintiye uğraması ve hastanenin bir veya daha fazla bölümünde bekletilerek tedavide ilerleme kaydedilememesi durumlarıyla ilişkilidir. Kritik sayı, kurumun büyüklüğüne ve söz konusu insan topluluğunun bekleme aşamasında gösterdiği rahatsızlık eşliğine bağlıdır. “Yoğunluk” terimi, acil servisteki hasta “girdisinin” fazlalığı veya hastaların ani reversiyon için ayakta tedaviye yönlendirilmesi kapsamında, hastane sınırlarının dışına çıkan tedavi süreçlerinin nedeninden ziyade semptomunu yansıtmaktadır. Aşağıda, acil servis yoğunluğuna işaret eden belirtilere yer verilmiştir:<sup>4</sup>

- Koridorlarda tedavi edilen hastalar
- Ambulanları geri çeviren veya başka yere yönlendiren hastaneler
- Yataklı serviste yer bulunmadığı için acil servislerde beklemek zorunda kalan hastalar
- Toplumun kalite standartlarını karşılamayan hasta bakımı

### Acil Servis Yoğunluğunun Sonuçları

Acil servis, öngörülemezliğin muazzam düzeye ulaştığı bir ortamdır. Endişeli aile üyeleri veya arkadaşların yanı sıra hasta sayılarında görülen artış birçok olumsuz etkiye yol açar.

ma konusunda tereddüt etmekte; bu tereddütler nedeniyle nihayetinde yataklı servise alınacak olan çok sayıda hastanın tedavileri aksamaktadır. Koridorlarında hasta görmeyen servis personeli, ileride kendilerine yönlendirilecek olan hastaların kötü durumundan bihaberdir. "Gözden irak olan gönülden de irak olur" yaklaşımı işe yaramamıştır. Hastane yöneticileri, yataklı servis koridorlarına ek yatakların yerleştirilmesini sağlayarak acil servis yoğunluğunu önemli ölçüde etkileme ve hasta bakımını ve güvenliği geliştirme imkanına sahiptirler.

- **Esnek kapasite gelişimine ilişkin yönetim stratejileri.** Hastaneler, afet durumlarında hizmet kapasitesinin artırılmasına yönelik stratejiler geliştirmeye çalışmaktadır. Bu stratejilerin hasta yoğunluğuyla başa çıkabilmek için orta ölçekte kullanılması etkili sonuçlar doğurabilir.<sup>49,50</sup> Hizmet kapasitesi gelişimi, yalnızca acil servisleri kapsamamalı, bütün hastaneyi hatta bazı durumlarda yerel sağlık hizmeti topluluklarını da içermelidir. Günlük işlemlerin afet moduna göre yürütülmesi, sağlık kurumlarının hastalara yönelik bakım hizmeti kalitesinde herhangi bir

kötüleşmeye neden olmadan disiplinlerini geliştirebilmelerine ve daha etkili kaynak yönetiminin faydalarını görebilmelerine imkan tanıyabilir. Genişletilmiş afet modu kaynak yönetiminin inceliklerini öğrenebilmek için tatbikatlara ve uzun süreli alıştırmalara ihtiyaç vardır.

## Sonuç

Yıllardır, acil servis yoğunluğu sorununun çözülebilmesi için farklı düzeylerde birçok girişimde bulunulmuştur. Günümüzde acil servis yoğunluğunun, hasta durumda olan ve hasta bakım yelpazesinin geneli kapsamında çok disiplinli ve çok boyutlu düzenlemelere ihtiyaç duyan sağlık sisteminin bir semptomu olduğu aşikardır. Sağlık hizmeti yöneticileri, hastalarımıza etkili süreçler yoluyla en üst düzey acil servis bakımı sunabilmek için bu sorunu birlik içerisinde ve mevcut silolar kapsamında ele almalıdırlar. Acil servis yoğunluğu, sağlık sisteminin kendi iş yükünü farklı seviyelerde yönetme konusundaki mevcut yetersizliğinin bir yansımasıdır. Bazı müdahaleler, belirli ortamlarda ufak çaplı gelişme kaydedilmesini sağlamıştır. Hasta yoğunluğu spektrumunun her üç unsurunu -girdi, süreç ve çıktı- da ele alan düşünce odaklı ayrıntılı girişimlerin daha uzun vadeli yarar sağlama olasılığı yüksektir.

## Kaynaklar

1. Forero R, Hillman K. Access Block and Overcrowding: a Literature Review. Prepared for the Australasian College for Emergency Medicine. Sydney: Simpson Centre for Health Services Research, UNSW, 2008.
2. Forero R, Moshin M, Bauman AE, et al. Access block in NSW hospitals, 1999–2001: does the definition matter? *Medical Journal of Australia* 2004; 180: 67–70.
3. Canadian Association of Emergency Physicians, National Emergency Nurses Affiliation. Joint position statement: access to acute care in the setting of emergency department overcrowding. *CJEM* 2003; 5: 81–6.
4. American College of Emergency Physicians, Crowding Resources Task Force. Responding to Emergency Department Crowding: a Guidebook for Chapters. Dallas, TX: ACEP, 2002. [www.acep.org/library/pdf/edCrowdingReport.pdf](http://www.acep.org/library/pdf/edCrowdingReport.pdf) (accessed January 29, 2011).
5. Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Critical Care* 2005; 9: 291–5.
6. Sabbah S, on behalf of the McGill Emergency Residents, PGY-5, McGill Emergency Medicine Program. McGill Emergency Residents' Position Statement on Hospital Overcrowding, 2008. [http://www.mcgill.ca/files/emergency/Resident\\_overcrowding\\_pos\\_statement.pdf](http://www.mcgill.ca/files/emergency/Resident_overcrowding_pos_statement.pdf) (accessed January 29, 2011).
7. Mah R. Emergency department overcrowding as a threat to patient dignity. *CJEM* 2009; 11: 365–9.
8. Schull MJ, Morrison LJ, Vermeulen M, Redelmeier DA. Emergency department overcrowding and ambulance transport delays for patients with chest pain. *CMAJ* 2003; 168: 277–83.
9. McConnell KJ, Richards CE, Daya M, et al. Effect of increased ICU capacity on emergency department length of stay and ambulance diversion. *Annals of Emergency Medicine* 2005; 45: 471–8.
10. Brennan J. Guidelines for ambulance diversion. *Annals of Emergency Medicine* 2000; 36: 376–7.
11. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Medical Journal of Australia* 2006; 184 (5): 213–16.
12. Weissman JS, Rothschild JM, Bendavid E, et al. Hospital workload and adverse events. *Medical Care* 2007; 45: 448–55.
13. Kilcoyne M, Dowling M. Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2008; 25 (2): 21–7.
14. Rondeau KV, Francescutti LH. Emergency department overcrowding: the impact of resource scarcity on physician job satisfaction. *Journal of Healthcare Management* 2005; 50: 327–40.
15. Physician Hospital Care Committee, Ontario Hospital Association, Ontario Medical Association, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Improving Access to Emergency Care: Addressing System Issues. Toronto: OHA, 2006: 39–42.
16. Newton MF, Keirns CC, Cunningham R, Hayward RA, Stanley R. Uninsured adults presenting to US emergency departments: assumptions vs data. *JAMA* 2008; 300: 1914–24.
17. Richardson DB, Mountain D. Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block. *Medical Journal of Australia* 2009; 189: 369–74.

18. Stone K. Excellence in Healthcare: Analysis of Patient Demographics for Patients Presenting to Rotorua Hospital Emergency Department in August 2008. Unpublished report prepared for Lakes DHB by Rotorua Area Primary Health Services, 2008.
19. Anantharaman V. Impact of health care system interventions on emergency department utilization and overcrowding in Singapore. *International Journal of Emergency Medicine* 2008; 1: 11–20.
20. United States Government Accountability Office. Hospital Emergency Departments: Crowding Continues to Occur, and some patients wait longer than Recommended Time Frames. GAO-09-347. 2009.
21. Jayaprakash N, O'Sullivan R, Bey T, Ahmed SS, Lotfipour S. Crowding and delivery of healthcare in emergency departments: the European perspective. *Western Journal of Emergency Medicine* 2009; 10: 233–9.
22. Wallis LA, Twomey M. Workload and case mix in Cape Town emergency departments. *South African Medical Journal* 2007; 97: 1276–80.
23. Lucas R, Farley H, Twanmoh J, et al. Emergency department patient flow: the influence of hospital census variables on emergency department length of stay. *Academic Emergency Medicine* 2009; 16: 597–602.
24. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emergency Medicine Journal* 2003; 20: 402–5.
25. Guo B, Harstall C. Strategies to Reduce Emergency Department Overcrowding. Health Technology Assessment Report 38. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2006; 38.
26. Fatovich DM, Hughes G, McCarthy SM. Access block: it's all about available beds. *Medical Journal of Australia* 2009; 190: 362–3.
27. Carr BG, Kaye AJ, Wiebe DJ, et al. Emergency department length of stay: a major risk factor for pneumonia in intubated blunt trauma patients. *Journal of Trauma* 2007; 63: 9–12.
28. Dunn R. Reduced access block causes shorter emergency department waiting times: an historical control observational study. *Emergency Medicine Journal* 2003; 15: 232–8.
29. Derlet R., Richards J., Kravitz R. Frequent overcrowding in U.S. emergency departments. *Academic Emergency Medicine* 2001; 8: 151–5.
30. Wong HJ, Wu RC, Caesar M, Abrams H, Morra D. Smoothing inpatient discharges decreases emergency department congestion: a system Dynamics simulation model. *Emergency Medicine Journal* 2010; 27: 593–8.
31. Thomas J, Cheng N. Effect of a holiday service reduction period on a hospital's emergency department access block. *Emergency Medicine Australasia* 2007; 19: 136–42.
32. Ospina MB, Bond K, Schull M, et al. Measuring Overcrowding in Emergency Departments: A call for Standardization. Technology Report No. 67.1. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2006.
33. Jones SS, Allen TL, Flottmesch TJ, Welch SJ. An independent evaluation of four quantitative emergency department crowding scales. *Academic Emergency Medicine* 2006; 13: 1204–11.
34. Richardson SK, Ardagh K, Gee P. Emergency department overcrowding: The emergency department cardiac analogy model (EDCAM). *Accident and Emergency Nursing* 2005; 13: 18–23.
35. Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, et al. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. *BMJ* 1996; 312: 1135–41.
36. Mason S, O'Keeffe C, Coleman P, Edlin R, Nicholl J. Effectiveness of emergency care practitioners working within existing emergency service models of care. *Emergency Medicine Journal* 2007; 24: 239–43.
37. Pennsylvania Patient Safety Advisory. Managing patient Access and flow in the emergency department to improve patient safety. Pennsylvania Patient Safety Advisory 2010; 7 (4): 123–34.
38. Wilson H. Co-locating primary care facilities within emergency departments: brilliant innovation or unwelcome intervention into clinical care? *New Zealand Medical Journal* 2005; 118 (1221): U1633.
39. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T. Comprehensive Geriatric assessment in the Emergency Department. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58: 2032–3.
40. McDonald AJ, Wang N, Camargo CA. US emergency department visits for alcohol-related diseases and injuries between 1992 and 2000. *Archives of Internal Medicine* 2004; 164: 531–7.
41. Johnson N. Building the clockwork emergency department: a process improvement project. Poster, Emergency Nurses Association Conference 2009. <http://www.nursinglibrary.org/Portal/main.aspx?pageid=4024&pid=21463> (accessed January 30, 2011).
42. Travers JP, Lee FC. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: is there a role for the senior emergency physician in triage? *European Journal of Emergency Medicine* 2006; 13: 342–8.
43. Solberg LI, Asplin BR, Weinick RM, et al. Emergency department crowding: consensus development of potential measures. *Annals of Emergency Medicine* 2003; 42: 824–34.
44. Howell EE, Bessman ES, Rubin HR. Hospitalists and an Innovative Emergency Department Admission Process. *Journal of General Internal Medicine* 2004; 19: 266–72.
45. Langhorne P, Taylor G, Murray G, et al. Early supported discharge for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet* 2005; 365: 501–6.
46. Alpers A. Value of hospital medicine in the inpatient management of community-acquired pneumonia. *Infectious Diseases in Clinical Practice (Supplement)*. 2004; 12: S3–5.
47. Schneider S, Zwemer F, Doniger A, et al. Rochester, New York: a decade of emergency department overcrowding. *Academic Emergency Medicine* 2001; 8: 1044–50.
48. Siegel B, Wilson MJ, Sickler D. Enhancing work flow to reduce crowding. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007; 33 (Suppl): 57–67.
49. Ong MEH, Ho KK, Tan TP, et al. Using demand analysis and system status management for predicting ED attendances and rostering. *American Journal of Emergency Medicine* 2009; 27: 16–22.
50. Green LV. Capacity planning and management in hospitals. In ML Brandeau, F Sainfort, WP Pierskalla, eds., *Operations Research and Health Care: a Handbook of Methods and Applications*. London: Kluwer, 2004.

# Acil Serviste Uygulama Yönetimi Modelleri

Robert E. Suter and Chet Schrader

Çeviri : Dr. Aysel Begüm AKIN

## Kilit Noktalar

- Bir ülkenin ulusal sağlık finansmanı ve ödeme politikalarının acil servislerdeki uygulama modelleri üzerindeki etkisini tartışınız.
- Dünyada acil tıpta kullanılan uygulama modellerini ve bunların birbirlerine göre avantajlarıyla dezavantajlarını sıralayınız.
- Acil servis hekimlerinin, hasta bakımını daha iyi hale getirmek amacıyla birbirleriyle işbirliği içinde çalışabileceği modeller tanımlayınız.

## Giriş

Gelişmiş ülkelerin çoğunda acil servislere doktor kadroları atanması yirminci yüzyılda yaygın hale gelmiştir<sup>1</sup>. Öncesinde eğitim almakta olan genç doktorların ya da hemşirelerin görev yaptığı acil servislere yalnızca geçtiğimiz son 40–50 yılda görev yapmak üzere kadrolu tıbbi personel (çok yakın geçmişte ise eğitimini tamamlamış acil servis uzmanları) atanmaya başlamıştır ve bu eğilim tüm dünyada gelişimini sürdürmektedir<sup>1-6</sup>. Acil tıbbın bir uzmanlık dalı haline gelmesinden bu yana, acil servis kadrolarında ve uygulama modellerinde, acil tıp pratiğindeki artan profesyonel tutum ve sofistike yaklaşımı yansıtan dinamik değişiklikler meydana gelmiştir. Bu durum da, uygulamaların sürekli olarak genişlemesine, seçkinleşmesine ve ayrıca diğer uzmanlık alanlarında olduğu gibi farklı alanlardaki bakış açıları tarafından olguların sahiplenip izlenmesinin keşfedilmesine yol açmıştır.

Görev tanımlarının genişlemesiyle birlikte, acil servis doktorları çoğunlukla hastane acil servisindeki uygulamalarıyla tanımlanmaya başlamıştır. Tüm dünyada ele alındığında, herhangi bir hastanedeki acil tıp uygulamaları modelinin türü, sonuç olarak belirli bir ortama ait değişkenler tarafından belirlenmektedir. Bu değişkenler; hastanenin türü, hâlihazırdaki geri ödeme uygulamaları ve tıp ile hemşirelik uygulamalarına dair yerel mevzuattır.

Bu etkenlerin tamamı, acil tıp uygulama modelleri arasındaki belirgin farklılıkların ortaya çıkmasına neden olur.

Tüm dünyada, acil servis uygulama ve yönetim modellerinin seçiminde en büyük sınırlayıcı faktör, o ülkede uygulanan sağlık hizmeti sunumu ve geri ödeme sistemidir. Özel ya da geri ödemeli kurumların vereceği sağlık hizmetlerini ya da getirecek kısıtlamaları devletin kontrol ettiği ülkelerde, özel hastane pazarı büyüyor olsa da, acil servis hizmetlerinin büyük bir bölümü kamu kaynakları ve özellikle de kamu kuruluşları tarafından karşılanmaktadır<sup>7</sup>. Amerika Birleşik Devletleri gibi sağlık hizmetleri ve geri ödeme sistemlerinin özelleşmiş olduğu ülkelerde bile, acil bakım hizmetleri devlet tarafından sağlanmaktadır.

Bunlar düşünüldüğünde, hastaneler iki büyük grupta sınıflandırılabilir: Özel ya da kamu mülkiyetli hastaneler (yerel ya da ulusal devlet) ve eğitim verilen ya da verilmeyen statüdeki hastaneler. Bu etkenlerin bir araya getirilmesiyle tüm hastaneler ayrı ayrı tanımlanarak belirli bir uygulama yönetimi modelinin fizibilitesi yapılabilir ve acil serviste uygulanabilirliği belirlenebilir (Tablo 25.1). Belirli bir acil serviste uygulanan model ise, genel olarak sağlık hizmetlerinin verilmesi ve ödenmesine dair olacak, özel olarak ise acil servis hizmetlerine dair ulusal ya da bölgesel mevzuatın ayrıntıları ile biçimlenecektir.

## Ödeme-Geri Ödeme Modelleri

Dünyadaki acil tıp uygulama modellerinin uygulanmanın yapıldığı hastaneye bu derecede bağlı olması ve hastanelerin de kaynaklarına göre sınıflandırılması nedeniyle, öncelikle acil tıptaki geri ödeme modellerinin tartışılması önemli olacaktır. “Para akışı” izlenirse, tüm dünyada uygulanan acil servis ödeme modelleri arasındaki farklılıklarının nedeni de açığa çıkacaktır.

Çoğu ülkede, sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe devlet tarafından yönetilmektedir. Sağlık sistemi üzerindeki kontrol tekele ait olabilir ya da bir takım özel uygulamalara izin verebilir. He-

## Kaynaklar

1. Curry C. A perspective on developing emergency medicine as a specialty. *International Journal of Emergency Medicine* 2008; 1: 163–7.
2. American Academy of Emergency Medicine Board of Directors, European Society for Emergency Medicine Council. Position statement on the role of government in securing emergency medical care. *European Journal of Emergency Medicine* 2002; 9:3–4.
3. Ciottoni G, Old A, Nicholas S, Anderson P. Implementation of an emergency and disaster medical response training network in the Commonwealth of Independent States. *Journal of Emergency Medicine* 2005; 29: 221–9.
4. Hsu E, Dey C, Scheulen J, Bledsoe G, VanRooyen M. Development of emergency medicine administration in the People's Republic of China. *Journal of Emergency Medicine* 2005; 28: 231–6.
5. Edlich R. My revolutionary adventures in the development of modern emergency medical systems in our country. *Journal of Emergency Medicine* 2008; 34: 359–65.
6. Hsia R, Razzak J, Tsai AC, Hirshon JM. Placing emergency care on the global agenda. *Annals of Emergency Medicine* 2010; 56: 142–9.
7. Platz E, Bey T, Walter F. International report: current state and development of health insurance and emergency medicine in Germany. The influence of health insurance laws on the practice of emergency medicine in a European country. *Journal of Emergency Medicine* 2003; 25: 203–10.
8. Scheck A. The next big thing: medical scribes. Scribes push emergency medicine closer to adoption of electronic medical records. *Emergency Medicine News* 2009; 31 (2): 13, 16.
9. Lai MW, Lewin MR. Emergency physicians in the United States military: a primer. *Annals of Emergency Medicine* 2003; 42: 100–9.
10. Division of Medical Sciences, Committee on Trauma and Committee on Shock. *Accidental Death and Disability: the Neglected Disease of Modern Society*. Washington, DC: National Academy of Sciences, National Research Council, 1966.
11. Kessler C, Chen J, Dill C, Tyndall G, Olszyk MD. State of affairs of emergency medicine in the Veterans Health Administration. *American Journal of Emergency Medicine* 2010; 28: 947–51.
12. Flynn G. A clash of practice models: debate roils around megagroup medicine. *Annals of Emergency Medicine* 2006; 47: 347–50.

## Daha Fazla Okuma

Schlicher N. *Emergency Medicine Advocacy Handbook*. Irving, TX: Emergency Medicine Residents Association, 2009.

Wolper L. *Physician Practice Management Essential Operational and Financial Knowledge*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, 2004.

Zink B. *Anyone, Anything, Anytime: a History of Emergency Medicine*. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier, 2005.



## Acil Hemşireliği

Shelley Calder and Kirsten Boyd

Çeviri : Dr. Nazlı GÖRMELİ KURT, Dr. Murat ORAK

### Kilit Noktalar

- Acil hemşiresinin rolünü tanımlayın.
- Acil servis bölümünde görevli olan hemşirenin rolünü ve hemşire ile doktor liderliği arasındaki işbirliğinin önemini tartışın.
- Acil servis bölümündeki ileri uygulama hemşiresinin rolünü tanımlayın.

### Giriş

Yirmi birinci yüzyıldaki sağlık hizmeti sistemleri daha az kaynak ile hizmetleri artırmakta zorlanmaktadır. Birçok acil servis daha büyük bir sağlık bakım krizine geçici çözüm haline gelmiştir. Mevcut sağlık hizmeti sistemimizin zorlukları klinik ortamdaki sağlıkçılar için engeller oluşturmaktadır. Acil servis hemşireleri ve doktorları güvenli hasta bakımı standartlarını devam ettirmek için güçlerini birleştirmiştir. Bu işbirliği girişimleri ileri götürmek, alanı büyütme ve hasta merkezli bakım sağlamak için önemlidir.

Sağlık bakım alanı gelişirken, acil bakım ortaklıkları hem kurum içinde hem de ötesinde kritik öneme sahiptir.

### Acil Hemşiresi

#### Acil hemşiresinin rolü

Acil hemşiresi organize kaoslarda kusursuz hasta bakımı sağlayabilen bireydir. Acil hemşireliği birçok ülkenin hemşirelik mesleği içerisinde kabul görmüş bir uzmanlık dalıdır. Özel bir hastalık sürecine, klinik ortamlara veya yaş grubuna odaklanan diğer uzmanlık dallarının aksine, acil hemşiresinin uzmanlık dalı onun stabilizasyon veya resüsitasyon gerektiren yaşam süresi boyunca geniş bir hasta yelpazesi için bakım uygulayabilme yeteneğidir. Acil hemşireliği; olaylara dayalı, temel ve tipik doğrul-

tuda ve yoğun kapsamda olup, çeşitli ortamlarda yürütülebilir.<sup>1,2</sup>

### Acil Hemşireliği Uzmanlık Dalının Gelişimi

Acil hemşireliğinin uzmanlık dalı olarak tanımlanması oldukça yeni olmasına rağmen, literatür acil hemşireliğinin Florence Nightingale zamanından beri uygulamada mevcut bulunduğunu öne sürmektedir. Anita Dorr ve Judith Keller adlı iki hemşire tarafından savunulan uzmanlık dalı 1970 yılında resmi tanımını kazandı. Dorr ve Keller hastalığın akut dönemindeki hastaların bakımını üstlenmek için gerekli olan özel hemşirelik becerilerinin farkına varmışlardır. 1968 yılında Amerikan Acil Hemşireleri Derneği'ni (ACEP) kurmuş olan doktorların adımları izlenerek 1970 yılında Acil Hemşireleri Derneği (ENA) resmi olarak faaliyete geçirilmiştir.<sup>3</sup>

ENA şu anda dünya çapında 32 ülkedeki acil hemşirelerini temsil eden uluslararası bir kuruluştur. ENA kendini acil hemşirelerinin ilerlemesine adanmıştır ve acil hemşireliği ile acil bakım için vizyoner bir liderlik sağlamaktadır.

### Nitelikler

Acil hemşiresinin gerekli nitelikleri kurumsal tercihlere göre değişmektedir. Tercih edilen, acil hemşireliği dalında uzmanlık eğitimi almış kayıtlı bir hemşiredir. Acil hemşireleri için mevcut bulunan fakat gerekli olmayan uzmanlık eğitimleri ve sertifikasyonları Travma Hemşiresi Temel Kursu (TNCC), Acil Hemşireliği Pediatri Kursu (ENPC) ve Temel İleri Travma Hemşireliği'ni (CATN) içermektedir. Bu sertifikasyonlar ENA tarafından ABD'de ve uluslararası olarak verilmektedir. Temel Yaşam Desteği (BLS), İleri Kardiyak Yaşam Desteği (ACLS) ve Pediatrik İleri Yaşam Desteği (PALS) bir hastanın hayata döndürülmesini yöneten ya da hayata döndürülmesine katılan sağlıkçılar için şiddetle tavsiye edilen sertifikasyonlardır.<sup>4</sup>



Acil servis lideri ve personeli birlikte bir elektronik hasta anketi geliştirdi. Anket 10 sorudan oluştu ve hasta taburcu olmadan önce tamamlanacaktı. İlk çeyrek içerisinde toplanan bilgiler ve tamamlanan anketlerin sayısı önemli ölçüde arttı (%18). Bu anketten derlenen bilgiler hasta memnuniyetini yaratan etkenlerin belirlenmesinde, tüm dallara geri bildirim sağlanmasında ve ilgili bölüm iyileştirmelerinin başlatılmasında ekibe yardımcı olmuştur. Bölüm işbirliğine dayanan müdahale ve stratejiler için sonuçları kullanmaya ve veri toplamaya devam etmektedir.

Bu çalışmanın sonucu kurumsal mali yıl hedeflerine doğrudan bağlı olan hemşirelik ve doktor liderleri

arasında bir ortaklık olan kısa ve öz bir acil servis bölümü yıllık işletim planıdır. Her inisiyatifin öncüleri bölümdeki tüm liderlerin yer aldığı bölüm yönetim komitesine düzenli olarak rapor vermektedir. "Rapor vermenin" amacı bu inisiyatiflerin gözden geçirilmesi ve bölümün gelişmesini iyileştirmek için ilerlemesini sağlamaktır. Bu çalışmanın amacı daha sonra hedefleri ve çabaları hizalamak ve birleşmiş bir ekip oluşturmak için ön saftaki personel (hemşireler, teknisyenler, sekreterler ve kayıt memurları) ile paylaşılmıştır. Bu, ekibi organize etmede ve hemşire ile doktor liderleri arasında ortaklıkları teşvik etmede etkili olmuştur.

## Kaynaklar

1. Newberry L, ed. Sheehy's Emergency Nursing: Principles and Practice, 5th edn. St. Louis, MO: Mosby, 1998: 3-5.
2. Howard PK, Steinmann RA, eds. *Sheehy's Emergency Nursing: Principles and Practice*, 6th edn. St. Louis, MO: Mosby Elsevier, 2009.
3. Emergency Nurses Association. *History of ENA*. <http://www.ena.org/about/Pages/Default.aspx> (accessed January 2011).
4. American Heart Association. *Advanced Cardiovascular Support Provider Manual*. Dallas TX: AHA, 2006.
5. Emergency Nurses Association. *CEN FAQs*. 2011 <http://www.ena.org/bcen/certified/CEN/Pages/CENFAQ.aspx> (accessed January 2011).
6. Emergency Nurses Association. *Scope of Emergency Nursing Practice*. Des Plaines, IL: ENA, 1999.
7. Leary C, Allen SJ. Navigating the path of leadership: 12 qualities of an effective charge nurse. *Nurse Leader* 2006; 4 (6), 22-3.
8. Walsh K. ED case managers: on large teaching hospital's experience. *Journal of Emergency Nursing* 1999; 25: 17-20
9. Brewer B, Jackson L. A case management model for the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 1997; 23: 618-21.
10. Emergency Nurses Association. *Triage: Meeting the Challenge*. Des Plaines, IL: ENA. 1998
11. Emergency Nurses Association. Position statement: collaborative and interdisciplinary research. *Journal of Emergency Nursing* 2006; 32: 385-7
12. Kotter JP. What leaders really do. *Harvard Business Review* 1990; 68 (3): 103-11.
13. Zavotsky KE. Developing and ED training program: how to "grow your own" ED. *Journal of Emergency Nursing* 2000; 26: 504-6.
14. Emergency Nurses Association. Position statement: advanced practice in emergency nursing. Des Plaines, IL: ENA, 2007. <http://www.ena.org/Position%20Statements/AdvPracticeERNursing.pdf> (accessed January 2011).
15. Emergency Nurses Association. Position statement: scope of practice for clinical nurse specialists in emergency care. Des Plaines, IL: ENA, 2010. <http://www.ena.org/IQSIP/NursingPractice/Documents/ENACNSSScope.pdf> accessed January 2011).
16. Emergency Nurses Association. Competencies for clinical nurse specialists in emergency care. Des Plaines, IL: ENA, 2010. <http://www.ena.org/practice-research/Practice/Quality/Documents/CNSCompetencies.pdf> (accessed January 2011).
17. Emergency Nurses Association. Scope of practice for the nurse practitioner in the emergency care setting. Des Plaines, IL: ENA, 2009. <http://www.ena.org/IQSIP/NursingPractice/scopes/Documents/NPScope.pdf> (accessed January 2011).

## Afet Yönetimi

David Callaway

Çeviri : Dr. Fatih TANRIVERDİ

## Kilit Noktalar

- Acil hekimleri, afet durumlarında liderlik vazifesini üstlenmeye oldukça uygundurlar ve yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde afet planlaması konusunda merkezi bir rol üstlenirler.
- Afet döngüsü, tehlike, risk ve güvenlik açığı gibi bazı temel kavramlar, afet durumlarının net bir şekilde anlaşılmasına, gerekli hazırlıkların yapılmasına ve afet yönetiminin sağlanmasına yönelik genel bir çerçeve sunar.
- Olay komuta sisteminin (ICS) kullanılması, afet müdahale liderleri arasındaki rollerin ve iletişim yöntemlerinin net bir şekilde belirlenmesini sağlar ve gerekli müdahalelerin etkili ve organize bir şekilde yapılmasına olanak tanır.

## Giriş ve Tarihçe

1970 ile 2010 yılları arasında meydana gelen ve doğal tehlikelerden kaynaklanan felaketler, 4 milyondan fazla bireyin hayatına mal olmuş, yaklaşık 1 milyar insanı doğrudan etkilemiş ve 600 milyar doları aşan müdahale ve yeniden yapılandırma maliyetiyle sonuçlanmıştır.<sup>1-3</sup> Bu olayların büyük bir kısmı, dünyanın en yoksul ülkelerinde meydana gelmiştir. Aynı dönemde küresel nüfus ikiye katlanmış; bu büyümenin yaklaşık %90'ının gelişmekte olan ülke nüfuslarında görüldüğü tespit edilmiştir.<sup>4</sup>

Refah düzeylerindeki eşitsizliğin artması ve nüfus demografisinin değişmesi, küresel afet zaafının artmasına ve yeniden tanımlanmasına yol açmaktadır. Doğal ve suni afetlerin küresel gelişim üzerindeki etkisi o denli büyüktür ki Birleşmiş Milletler (BM) 1990'lı yılları "Uluslararası Doğal Afet Zararlarının Azaltılması On Yılı" olarak ilan etmiştir.<sup>5</sup> Birleşmiş Milletler Afet Zararlarının Azaltılması Uluslararası Stratejisinin (UNISDR) amacı, "afet zararlarındaki azaltımın önemine yönelik farkındalığı sürdürülebilir kalkınmanın ayrılmaz bir parçası kabul ederek afete dayanıklı topluluklar" oluşturmaktır.

BM'nin girişimleri, afet yönetimine ilişkin eğitim öğretim faaliyetlerini profesyonelleştirme çabalarına yön vermiştir. Acil hekimleri, birçok nedenden dolayı, afet yönetimi ve tıbbi müdahale sahasında hızlı bir şekilde lider konumuna getirilmişlerdir. Bu nedenlerin ilki, afet mağdurlarının başvurduğu ilk sağlık noktasının acil servisler olmasıdır. Felaket senaryosu; terörist saldırıları, depremler veya salgın hastalıklar gibi farklı nedenlerden kaynaklansa da hastaların nihai tedavi birimlerine sevk edilmeden önceki ilk başvuru noktaları her zaman acil servislerdir. İkinci neden ise, acil hekimlerinin hastane öncesi bakım hizmeti sunan personelle irtibat halinde olmasıdır. Hastane öncesi bakım hizmeti personeliyle kurulan iletişim; afet yönetiminin önlem, hazırlık, müdahale ve onarım gibi tüm aşamalarında büyük önem taşımaktadır. Acil tıbbın, yapısı gereği, hastaları gözleme alması, tedavi etmesi ve hızlı bir şekilde taburculuk ya da yatış vermesi, afet yönetimindeki önemini kanıtlayan üçüncü neden olarak gösterilmektedir. Bu işletim modeli, hasta hacmindeki günlük dalgalanmaları açıklamaktadır. Bu tür bir deneyim ve bakış açısı, afet durumlarında büyük önem arz etmektedir. Son olarak, acil hekimlerinin büyük bir kısmı, toplu kaza olayları (MCI), tehlikeli madde (HAZMAT) maruziyetlerinin yönetimi, toksikoloji ve travma tedavisi gibi konularda özel eğitim almışlardır. Buna ek olarak, söz konusu hekimler, gün içerisinde travma cerrahisinden bulaşıcı hastalığa kadar neredeyse her türlü tıbbi koşulla karşılaşmaktadırlar. Acil tıp çalışanlarının disipliner arası eğitimi ve hastane tabanlı geniş ağları, bu uzmanlık alanını afet müdahalelerinin yönetiminde eşsiz bir konuma taşımaktadır.

Yerel ve bölgesel afetlerin etkili yönetimi, hastanelerin işlevsel kapasitesiyle doğrudan ilişkilidir.<sup>6</sup> Altyapı hasarları, sınırlı kaynaklar, personel kaybı veya hasta akış kapasitesinin yetersizliği, hastane-nin acil yaşamsal tehditlere yanıt verme yetisinin yanı sıra daha sonraki aşamada ortaya çıkan kamu sağlığı sorunlarıyla başa çıkma niteliklerini de ciddi

## Kaynakça

1. Bacerra O, Cavallo EA, Powell A. Estimating the Direct Economic Damage of Earthquake in Haiti. IDB working paper series 163. Washington, DC: Inter-American Development Bank, 2010.
2. Djalali A, Hosseinijanab V, Hasani A, et al. A fundamental, national, medical disaster management plan: an educationbased model. *Prehospital and Disaster Medicine* 2009; 24: 565–9.
3. National Research Council. *Confronting Natural Disasters: an International Decade for Natural Hazard Reduction*. Washington, DC: National Academy Press, 1987.
4. Leaning J. Disasters and humanitarian crises: a joint future for responders? *Prehospital and Disaster Medicine* 2008; 23: 291–4.
5. United Nations General Assembly. *International Decade for Natural Disaster Reduction*. 85th plenary meeting. December 22, 1989.
6. Albanese J, Birnbaum M, Cannon C, et al. Fostering disaster resilient communities across the globe through the incorporation of safe and resilient hospitals for community: integrated disaster responses. *Prehospital and Disaster Medicine* 2008; 23: 385–90.
7. Kiel LD, Elliot E, eds. *Chaos Theory in the Social Sciences: Foundations and Applications*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, 1996.
8. Zobel CW, Wang GA. Topic maps for improving services in disaster operations management. *Journal of Service Science* 2008; 1: 83–92.
9. Altay N, Green WG. OR/MS research in disaster operations management. *European Journal of Operational Research* 2006; 175: 475–93.
10. Coppola DP. *Introduction to International Disaster Management*, 2nd edn. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2007.
11. Ansell J, Wharton, F, eds. *Risk Analysis, Assessment and Management*. Chichester: Wiley, 1992.
12. Bigley GA, Roberts KH. The incident command system: high reliability organizing for complex and volatile task environments. *Academy of Management Journal* 2001; 44: 1281–99.
13. Birnbaum ML. A model for all. *Prehospital and Disaster Medicine* 2004; 19: 186–7.
14. Ridge TJ, United States Department of Homeland Security. *National Incident Management System*. Washington, DC: DHS, 2004.
15. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Revision to the Emergency Management Standards*. <http://www.trainforemergencymanagement.com/JCAHO.html> (accessed November 16, 2010).
16. Rao RR, Eisenberg J, Schmitt T, eds. *Improving Disaster Management: the Role of IT in Mitigation, Preparedness, Response, and Recovery*. Washington, DC: National Academies Press, 2007.
17. UNISDR. *Yokohama Strategy and Plan of Action for a Safer World: Guidelines for Natural Disaster Prevention, Preparedness and Mitigation*. World Conference on Natural Disaster Reduction, Yokohama, Japan, 23–27 May 1994.
18. Keim MA, Giannone P. Disaster preparedness. In GR Ciottone, ed., *Disaster Medicine*. Philadelphia, PA: Mosby, 2006; 164–73.
19. Hsu EB, Thomas TL, Bass EB, et al. Healthcare worker competencies for disaster training. *BMC Medical Educatio*. 2006; 6:19.
20. Hsu EB, Jenckes MW, Catlett CL, et al. Effectiveness of hospital staff mass-casualty incident training methods: a systemic literature review. *Prehospital and Disaster Medicine* 2004; 19: 191–9.
21. Gilbert M. Bridging the gap: building local resilience and competencies in remote communities. *Prehosp and Disaster Medicine* 2008; 23: 297–300.
22. Motamedi MH, Saghafia M, Bararani AH, Panahi F. A reassessment and review of the Bam earthquake five years onward: what was done wrong? *Prehospital and Disaster Medicine* 2009; 24: 453–60.
23. Petinaux B. Financial burden of emergency preparedness on an urban, academic hospital. *Prehospital and Disaster Medicine* 2009 Oct; 24: 372–5.
24. Chesbrough H, Spohrer J. A research manifesto for services science. *Communications of the ACM* 2006; 49 (7), 35–40.
25. The Hastily Formed Network Research Group. <http://www.hfncenter.org/node/117> (accessed November 20, 2010).
26. Natsios AS. *U.S. Strategies for Relief and Reconstruction Assistance in Response to the Tsunami*. Testimony before the Committee on Foreign Relations. Washington, DC: United States Senate. February 10, 2005.
27. Federal Emergency Management Agency Emergency Management Institute. *Basic Incident Command System (ICS) Independent Study*. Washington, DC: US Government Printing Office, 2000.
28. Zane RD, Prestipino AL. Implementing the hospital emergency incident command system: an integrated delivery system's experience *Prehospital and Disaster Medicine* 2004; 19: 311–17.
29. Liu SW. Needs assessment. In GR Ciottone, ed., *Disaster Medicine*. Philadelphia, PA: Mosby, 2006; 224–8.
30. Crane K, Dobbins J, Miller LE, et al. *Building a More Resilient Haitian State*. Santa Monica, CA: Rand, 2010.

## Medya ile Çalışmak

Peter R. Brown

Çeviri : Dr. Bulut DEMİREL

## Kilit Noktalar

- Medya ile iletişim korkutucu olsa bile krizle karşı karşıya kalmış ve halka hikayesini anlatmak isteyen acil servis lideri için medya ile iletişim gereklidir.
- Bağlı bulunduğunuz kurumun halkla ilişkiler (Hİ) takımı etkili basın bildirimleri yazmanıza ve medya ile ilişkinize hazırlanmanıza yardımcı olacaktır.
- Medyanın nasıl çalıştığı anlaşıldıktan sonra, rollerini ve hikayenizi anlatırken medyanın düşüncelerini ve tavrını anlamak daha kolay olacaktır.

## Giriş

Medya ile hiç ilişkiniz olmayacağını düşünebilirsiniz fakat sizin bilginiz olmasa bile haber hazırlama sürecinin 24 saat devam eden bir döngüsü bulunmaktadır. Bu yüzden neden hazırlıklı olmayalım? Uğraştığınız acil durumlar ve travmalar medyanın ilgisini çeken konulardır bu nedenle kendinizi hiç olmadık bir zamanda basın mensuplarının karşısında bulabilirsiniz.

Eğer tıp eğitimi sürecinde eğitimi almışsanız bir röportaja daha avantajlı olarak başlarsınız. Konuşmaktan ya da iletişimden kesinlikle dehşete kapılmayın. Siz bir uzmanız. Ve tüm yetki sizde. Bu bölümün amacı medya ile iletişime geçtiğinizde kullanabileceğiniz ipuçlarını sunmaktır.

(Yazarın notu: 25 yıl boyunca televizyon haberlerini hazırlamış bir gazeteciyim. Medya gözünden bakmanın ve bu bakış açısıyla bilgilendirmenin daha faydalı olacağını düşündüğümden böyle ilerleyeceğim.)

Detaylara geçmeden önce dünya birliği ismiyle bilinen bir oyun ile başlayalım. Medya kelimesini duyduğunuzda aklınıza ilk gelen düşünce nedir? (Kibar olun)

Aşağıdaki kelimelerden biri aklınıza geldi mi?

- Önemli
- Araştırmacı
- Tartışmacı

Peki bu kelime?

- *Gerekli*

Medya yararlı, kullanışlı ve evet gereklidir fakat kullanılması bilinmelidir. Buna rağmen bir röportaja girmeden önce belli önemli adımların atılması gereklidir.

Bu adımların en önemlisi ise; kimse medya ile tek başına iletişime geçmemelidir. Bu gerçekten kötü bir deneyim olacaktır, olumlu geçme ihtimali de bulunmasına rağmen sorulacak soruların önceden bilinmediği durumlarda bu durum pek istenmemelidir.

Kurumunuzun halkla ilişkiler bölümü sizin için bir şanstır; bu bölüm özellikle ilk defa çağırılmanız halinde size tüm medya ile ilişkilerinizde yardımcı olacaktır. Halkla ilişkiler bölümü bu konularda deneyimi ve geçmişi olan kişilerden oluşmalıdır. Eğer bu deneyime sahip değilse başka merkezlerden yardım alınmalıdır. İletişim ekibinizin yapabileceği en önemli yardım basın mensubundan hikâyeye bakış açısını ve öngörülen soruları öğrenmek olacaktır.

Medya ile iletişim kurarken tek bir kuralla yalnız iletişime geçmemesi gerektiği açıklanabilir; Herkesin bir editöre ihtiyacı var. Eğitim sürecinde tezlerinizi yazdıktan sonra, teslim etmeden önce başka bir gözün kontrol etmesini istersiniz. Burada da benzer bir durum mevcuttur. Kaç defa basın mensubu ile konuşmuş olursanız olun her medya ile iletişimde yardım isteyebilirsiniz.

## İyi/Kötü

İyimser olalım ve pozitif bir medya ilişkisi ile başlayalım. Siz ya da kurumunuzun anlatması gereken

## Acil Serviste Özel Timler (Takımlar)

David Smith and Nadeem Qureshi

Çeviri : Dr. Mehmet Akif KARAMERCAN

### Kilit Noktalar

- Özel hızlı müdahale ekipleri, kritik hastalardaki bakımı hızlandırabilir ve sonuçları iyileştirebilir.
- Özel ekiplerin başarısı için kilit paydaşlarca dikkatli planlama ve sürekli kalite iyileştirme esastır.
- Travma, inme ve sepsis ekiplerinin her biri, verimliliği en üst düzeye çıkarmak ve bakımdaki varyasyonları azaltmak için özel olarak tasarlanmış araçlar ve süreçler kullanır.

### Giriş

Tarihsel olarak, acil servis, farklılaşmamış tıbbi problemleri olan hastalar için ilk durak olmuştur. Bununla birlikte, yeni milenyumun ilk on yılı, acil servis içinde ve onunla bağlantılı uzman ekiplerin büyümesine tanık olmuştur. Bu bölüm, acil serviste uzmanlaşmayı; travma, inme ve sepsis konusunda üç özel ekibin gelişimini ortaya koyacaktır.

Tipik olarak bu takımlar; özel bir tedavi yöntemleri dizisi, çoklu bölümlerin etkileşimi ve hızlı tepki süreleri gerektiren özellikli hasta tipleri ile baş etmek üzere oluşturulmuştur. Özel ekiplere ihtiyaç duyulduğunda, süreci incelemek ve protokol önerileri yapmak için çok disiplinli bir komite veya planlama ekibi oluşturulur. Komitenin tavsiyelerine göre, bir müdahale veya tedavi ekibi oluşturulur ve bir aktivasyon planı geliştirilir. Ardından, ekibin planlama komitesi süreci izlemek, sorun eğilimlerini belirlemek ve düzeltici eylem önermek için belirli aralıklarla toplanır.

### Travma Timi (Takımı)

Acil serviste istihdam edilecek en eski uzman ekiplerden biri travma takımıdır. Çoklu travma hastaları; çoğu zaman motorlu araç kazalarına bağlı ola-

rak ve acil serviste haber verilmeden birden fazla travma hastası olarak getirilirler, sıklıkla çoklu organ-sistem tutulumuna sahiptirler ve genellikle o anda hastanedeki en kritik hasta gruplarıdır.

Travma ekiplerinin literatürde tanımlanması 1990'lı yıllara kadar uzanmaktadır.<sup>1</sup> Bir travma ekibinin gerekliliği; bilinçsiz, hipotansif ve pnömotoraksa sekonder solunum sıkıntısı olan taşikardik, pelvis kırığına sekonder hematürisi ve kırık bir femura sekonder uyluk deformitesi olan bir hasta düşüldüğünde kolayca anlaşılabilir. Klasik bir acil servis doktorunun, ilk muayeneyi yapmak, gerekli testleri istemek ve sonuçlar çıktığında uygun bir konsültanı çağırması böyle bir hasta için rasyonel değildir. Bu tip hastalarla başa çıkmada aşağıdaki problemlerle karşılaşılmaktadır:

- (1) Ciddi yaralanmalarla aynı anda uğraşmak
- (2) Müdahalenin önceliklendirilmesi
- (3) Pan CT taramalarına anında erişim
- (4) Ameliyathaneye acil erişim
- (5) Birçok uzmanlık dalına acil erişim

Travma hastalarıyla ilgilenen bir üçüncü basamak hastanesinin deneyimi açıklayıcıdır: bir acil servis hekiminin tipik bir travma hastası için ameliyathaneye telefon açması, ameliyathane personelinin yerinde hazırlanması, ve tüm gerekli konsültanların hazır olmasını sağlaması yaklaşık 50 dakika sürer. Bunun, elbetteki, hastanın bakımıyla ilgilenirken yatak başında yapılması gereklidir.

Bir travma ekibini aktif hale getirmek için bir travma-kod sistemi kurmak aşağıdaki bileşenleri içerir:

- (1) Travma kodunun başlatılması için kriterlerin oluşturulması
- (2) Acil servise önceden seçilmiş bir çok kişinin aynı anda çağrılmasını sağlayan bir "acil" çağrı sistemi



set kombinasyonlarını uygular ve sıklıkla yoğun bir acil serviste kritik bir hastanın üstesinden gelmek için ek yardım sağlarlar. Bununla birlikte, yukarıda belirtildiği gibi, travma hastalarına gereksiz laboratuvar çalışmaları ve BT taraması yapılabilir. Ayrıca, diğer bölümlerden doktorlar sürece dahil olduğunda, acil servis hekimleri için kontrol kaybı potansiyeli vardır.

Acil servisteki özel takımlar burada bulunmalıdır. Travma, inme ve sepsis hastaları; birçok departmanın zamana duyarlı ve kapsamlı çabalarını ge-

rektiren, çok yönlü klinik problemlerle başvururlar. Acil servis yöneticileri, multidisipliner komitelerin çalışmalarını yönlendirebilmelidir. Bu çalışmaları düzenlemek ve koordine etmek, tıbbi direktörün işinin dinamik, yoğun emek harcanması gereken, sinir bozucu ama son derece ödüllendirici bir bileşenidir. Bu bölüm, acil servis yöneticilerinin, kritik hastalara yönelik bu zorlayıcı alt kümeleri ele almak için özel ekipler kurma görevini başlatmaları için bir çerçeve sunmaktadır.

## Kaynaklar

- Deane SA, Gaudry PL, Pearson I, et al. The hospital trauma team: a model for trauma management. *Journal of Trauma* 1990; 30: 806–12.
- Alberts MJ, Chaturvedi S, Graham G, et al. Acute stroke teams: results of a national survey. *Stroke* 1998; 29: 2318–20.
- Schouten LM, Hulscher ME, Akkermans R, et al. Factors that influence the stroke care teams's effectiveness in reducing the length of hospital stay. *Stroke* 2008; 39: 2515–21.
- Birbeck GL, Zingmond DS, Cui X, Vickrey BG. Multispeciality stroke services in California hospitals are associated with reduced mortality. *Neurology* 2006; 66: 1527–32.
- Gropen TI, Gagliano PJ, Blake CA, et al. Quality improvement in acute stroke: the New York State Stroke Center Designation Project. *Neurology* 2006; 67: 88–93.
- Schwamm LH, Pancioli A, Acker JE, et al. Recommendations for the establishment of stroke systems of care. *Stroke* 2005; 36: 690–703.
- Kidwell CS, Starkman S, Eckstein M, Weems K, Saver JL. Identifying stroke in the field: prospective validation of the Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS). *Stroke* 2000; 31: 71–6.
- Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC, National Academies Press, 2000.
- Surviving Sepsis Campaign. <http://www.survivingsepsis.org> (accessed January 2014).
- Lowry F. Dedicated team helps to improve outcomes in severe sepsis patient. *Pharmacy Practice* News 2010; 37 (03).
- Bone BC, Balk RA, Cerra FB, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest* 1992; 101: 1644–55.
- Picard KM, O'Donoghue SC, Young-Kershaw DA, Russell KJ. Development and implementation of a multidisciplinary sepsis protocol. *Critical Care Nurse* 2006; 26: 43–54.
- Zubrow MT, Sweeney TA, Fulda GJ, et al. Improving care of the sepsis patient. *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2008; 34: 187–91.



# Hastane Öncesi Sistemlerle Etkileşim

Scott B. Murray

Çeviri : Dr. Mehmet ERGİN

## Kilit Noktalar

- Hastane öncesi tıbbi direktörün esas sorumluluklarını anlayınız
- Hastane öncesi sistemde temel bileşenleri tanımlayınız
- Bir hastane öncesi sistemde örgütlenme, kaynak yaratma, istihdam ve kaliteyi güvence altına alma konusundaki örnekleri tartışınız.

## Giriş

Bir hastanenin acil servisinde çalışıyorsanız, belirleyici özellikleri olmayan bir hastanın, hızlı bir şekilde değerlendirilerek tedavi edilme konusundaki temel ihtiyacının farkındasınızdır. Aynı mantık, çok hasta ya da yaralı olan, kendi başlarına bir hastaneye ulaşabilecek güçte olmayan hastalar için ve özellikle de normalde sağlıklı olup, zamanında uygulanan tedavi ile tamamen iyileşebilecek durumda olan travma hastaları için de geçerlidir. Dünya Sağlık Örgütü yılda 5 milyon insanın travmatik yaralanmalar sonucu öldüğünü öngörmektedir. 2002 yılında 5 ila 44 yaşları arasındaki insanlarda 15 esas ölüm nedeni arasında trafik kazaları, kendi kendine olan yaralanmalar, şiddet, yanıklar ve boğulma yer almaktaydı.<sup>1</sup>

Eğer bir hastane öncesi (HÖ) tıbbi direktörü olarak bu süreçlere müdahil olmayı düşünüyorsanız, bunu yapmak için birçok neden bulabilirsiniz. Bu sayede hastalarınızın bakımını hastaneye gelmeden başlatıp kontrol edebilirsiniz. Bir hastane öncesi sağlık personeli (HÖSP), acil durumların farkına varma, tedaviye başlama ve hastayı acil servise gelmeden önce stabilize etme konusunda eğitebilirsiniz. Zamanın kritik öneme sahip olduğu durumlarda hasta bakımındaki yersiz gecikmeleri önleyebilirsiniz ve hastanın bakımını komplike hale getiren uygunsuz tedavinin önüne geçebilirsiniz. Etraftakilerin, hastaların ve HÖSP'nin hayatını tehlikeye atabilecek olan ambulansların gereksiz "ışıkları ve sirenleri"nden kaçınabilirsiniz. Tüm bunlar sizin

hastanenin acil servis birimindeki işinizi kolaylaştıracaktır ve hasta bakımını iyileştirecektir.

Bu süreçlere müdahil olmamak için de sebepler vardır. Bu sizin zamanınızın çoğunu alacaktır. Bir hastane öncesi sistemini başlatmak çok fazla politik sermaye gerektirebilir ya da önceden gözetim altında olmaksızın çalışmaya alışmış olan HÖSP'lerini işlerini nasıl yapacakları konusunda eğitmeye başladığınızda, bu politik açıdan önemli bir hoşnutsuzluğa yol açabilir. Finansal kaynaklar hastane öncesi sistemi oluşturmaya ya da mevcut hastane öncesi sistemini geliştirmeye yetmeyebilir. Hastaneye en ciddi durumdaki hastaları getiren bir hastane öncesi sistemi geliştirmeden ya da desteklemeden önce, acil servisin ve orada çalışanların kalitesinin iyileştirilmesi gerekebilir.

## Hastane Öncesi Sistemlerdeki Farklılıklar

Hastane öncesi sistemleri, hastaların bakımını yapmak ve onları sonraki tedavileri için bir hastaneye ya da başka bir merkeze taşımak üzere hazırlanmış her türlü planlı hastane-dışı yanıtı kapsamaktadır. Dünyanın geri kalanında bir model olarak kullanılacak tek bir "mükemmel" hastane öncesi sisteminin olmadığına dikkat etmek önem taşımaktadır; bazı ülkelerde doktorlar HÖSP iken, bazı ülkelerde bu görevi otobüs şoförleri yapar. Supin pozisyonda taşınmayı gerektirecek kadar çok hasta olan bir kişi söz konusu olduğunda genelde ambulans kullanılır. Yine de uygun olan herhangi bir taşıma şekli de yeterli olacaktır, bu bir cenaze arabası, otobüsler, taksiler, polis arabaları, feribotlar ve özel tekneler ya da arabalar olabilir. Bir hastane öncesi sistem itfaiye, polis, askeri ya da özel ambulans servislerini ve bir hastanın yardıma ihtiyaç duyduğunda çağrı yapılabileceği bir çağrı merkezini kapsayabilir. Toplumun geneli de hastane öncesi sisteminin bir parçasıdır ve acil tıbbi bir durumun nasıl farkına varılacağı, nasıl suni solunum yapılacağı ve hastane öncesi sisteminin nasıl aktive edileceği konularında eğitilmeleri gerekir.

nilmiş olan detayların ve tanıların geçmişe yönelik yargılanmasını değil, geleceğe yönelik olarak yargılanmasını gerektirir (HÖSP tarafından o anda sahip olunan bilgilere dayanarak). Düzeltme işlemi, hatalar konusunda açık ve dürüst olmayı gerektirir ve aynı zamanda bunu sağlar. Hastaya zarar vermeye yönelik kasten yapılmış kötü eylemler ya da korkunç ihmaller düzeltilemez. Bir kişinin düzeltilemeyeceğine karar vermenin finansal ve cezalandırıcı sonuçları vardır ve bu sorumluluk düşünmeden alınmamalıdır. Eğer bir kişi yeniden-egitime rağmen aynı hatayı tekrar tekrar yapıyorsa ya da hatasını kabul etmiyor ise bu kişi düzeltilebilir olmayabilir. Bu durumda gelecekteki hastaları korumak adına bu HÖSP'nin aynı hatayı yapacağı durumlara sokulmaması hastane öncesi tıbbi direktörünün görevidir.

Hata sırasında ceza yaptırımı uygulanarak (ücret kaybı, iş statüsünde değişiklik, klinik operasyon seviyesinde alt pozisyona indirme), HÖSP'nin aynı hatayı tekrarlamayacağı varsayılır. Bu, davranışa bağlı olan ve kasıtlı olduğu bariz olan eylemlerde, ayrıca belirgin şekilde hatalı eylemlerde (geç kalmak, ekipmanlara kasten zarar vermek, yalan söylemek, hırsızlık yapmak) yararlı olabilir, çünkü bu HÖSP'nin çalışma arkadaşlarına böyle bir davranışa müsamaha edilmediği şeklinde etkili bir mesaj gönderir. Yine de tıbbi hatalarda caydırıcı olarak ceza verme yöntemini kullanmak, HÖSP'lerin gelecekteki hatalarını saklamalarına ya da hata yapma olasılıkları olduğunda soru sormaktan korkmalarına neden olabilir. Hem düzeltme hem de ceza vermenin ikisi birlikte gereklidir. Yazar hastane öncesi tıbbi

direktörünün tıbbi hatalarda esas olarak düzeltici olmasını önermektedir. Bu sayede tıbbi karar alma ve kalite güvenliğinde 'açıklık kültürünü' geliştirmek mümkün olacaktır. Ancak tıpla ilgili olmayan konularda yapılan hatalarda ve davranışsal sorunlarda ise diğer yöneticilerin ceza uygulaması sağlanmalıdır. Yine de yazar şuna inanmaktadır: hastane öncesi tıbbi direktörünün; bir HÖSP'nin hasta bakımına devam edip etmeyeceğini ya da bir HÖSP'nin düzeltilebilir olup olmadığını belirleme konusunda otoriteye sahip olması gerekir ki, PHP düzeltilemez ise ceza yaptırımı devreye girer.

## Özet

Hastane öncesi sistemlerine, hareket edemeyen ve tedaviyi bekleyemeyecek durumdaki hastaların hastaneye nakli ve bakımını başlatmak için ihtiyaç duyulur. Her hastane öncesi sistemi farklıdır ve hasta topluluğunun ihtiyaçlarına, yerel coğrafyaya, etraftaki hastanelerin yakınlık ve beceri seviyelerine, HÖSP beceri seviyesine ve miktarına, politik iklim ve finansal kaynaklara bağlıdır. Hastane acil hekimlerinin hastane öncesi tıbbi direktörü olarak müdahil olması, hastane öncesi sistemlerinin ve HÖSP'lerin yönlendirilmesinde kritik öneme sahiptir. Bazı zamanlarda çalıştığımız hastaneyi, ambulans hizmetlerini, hükümet organlarını ve HÖSP'leri temsil etmeye çalışırken kendinizi uyuşmazlık içinde bulabilirsiniz. Uyuşmazlık olduğunda hastane öncesi tıbbi direktörü her zaman için şu soruyu sormalıdır: "Bir hasta için en iyisi nedir?" Cevap sizi doğru bir şekilde yönlendirecektir.

## Kaynaklar

- World Health Organization. *Prehospital Trauma Care Systems*. Geneva: WHO, 2005.
- VanRooyen M. Development of prehospital emergency medical services: strategies for system assessment and planning. *Pacific Health Dialog* 2002; **9**: 86-92.
- Hauswald M, Yeoh E. Designing a prehospital system for a developing country: estimated costs and benefits. *American Journal of Emergency Medicine* 1997; **15**: 600-3.
- Isenberg DL, Bissell R. Does advanced life support provide benefits to patients? *Prehospital and Disaster Medicine* 2005; **20**: 265-70.
- Stiell IG, Nesbitt LP, Pickett W, et al. The OPALS major trauma study: impact of advanced life support on survival and morbidity. *CMAJ* 2008; **178**: 1141-52.
- Wuerz RC, Swope GE, Holliman CJ, Vazquez-de Miguel G. On-line medical direction: a prospective study. *Prehospital and Disaster Medicine* 1995; **10**: 174-7.
- O'Malley RN, O'Malley GF, Ochi G. Emergency medicine in Japan. *Annals of Emergency Medicine* 2001; **38**: 441-6.
- Interview with Dr. Takashi Nagata, Director, Department of Emergency Medicine, Himeno Hospital, Fukuoka, Japan.
- Interviews with Sweta Mangal, CEO, and Ruchika Beri, Assistant Manager of Ziqitza Health Care, India.
- Brennan J, Krohmer J, et al. *Principles of EMS Systems* 3<sup>rd</sup> ed. Massachusetts. 2006
- Burstein JL, Henry MC, Alicandro J, et al. Outcome of patients who refused out-of-hospital medical assistance. *American Journal of Emergency Medicine* 1996; **14**: 23-6.
- Alicandro J, Hollander JE, Henry MC, et al. Impact of interventions for patients refusing emergency medical services transport. *Academic Emergency Medicine* 1995; **2**: 480-5.
- Stark G, Hedges J. Patients who initially refuse prehospital evaluation and/or therapy. *American Journal of Emergency Medicine* 1990; **8**: 509-11.
- Burstein JL, Hollander JE, Delagi R, Gold M, Henry MC, Alicandro JM. Refusal of out-of-hospital medical care: effect of medical-control physician assertiveness on transport rate. *Academic Emergency Medicine* 1998; **5**: 4-8.

# Temel Tıp Eğitiminde Acil Tıp

Julie Welch and Cherri Hobgood

Çeviri : Dr Ayhan ÖZHASENEKLER, Dr Nazlı GÖRMELİ KURT

## Kilit Noktalar

- Acil tıp bilgisinin modern tıbbi uygulamalar için kritik önemi vardır ve acil tıbbin temel tıp eğitiminin her aşamasına entegre edilmesi için pek çok yol vardır.
- Acil tıbbin geniş uygulama alanı, acil doktorlarını, bugünün tıp öğrencileri için ideal öğretici yapar.
- Acil tıbbin erken ve tutarlı şekilde öğretilmesi hem tıp öğrencilerine hem de uzmanlığa fayda sağlar.

## Giriş

Acil tıp, modern tıp uygulamalarının vazgeçilmez bir parçasıdır ve temel tıp eğitimine dahil edilme-lidir. Acil doktorlarının dünya çapında eğitimi, kritik bir talep olduğundan dolayı, kaliteli yaşam kurtarma müdahalelerinin zamanında uygulanmasını kapsayan evrensel olarak kabul gören bir eğitim programı geliştirilmesi zorunludur.<sup>1,2</sup> Acil tıp, tüm uzmanlık alanları içinde en geniş tıbbi bakım yelpazesine ve hasta deneyimine sahip olan alandır. Tanısı konulmamış hastalar için hastanenin birincil teşhis ünitesi olarak hizmet eder. Acil servisin kapısı herkese açıktır ve yaş, ırk, hastalık süreci, sosyoekonomik durum veya hasta durumuna göre ayırım yapılmaz. İster akut ister kronik hasta olsun, ciddi yaralanma, zihinsel gerilik veya temel tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastalar acil bakıma ihtiyaç duyar. Karşılığında, acil doktoru her hastaya aynı şekilde yaklaşmak ve yalnızca bakımı bulunmayan birçok hastanın güvenlik ağı olarak değil aynı zamanda akut gelişen durumların teşhisi, stabilizasyonu ve tedavisi için bir ön hat olarak görev yapmak üzere eğitilir. Bu, acil tıbbin özelliğini temel tıp eğitimi-

nin her aşamasına entegre etmek için mükemmel bir ortam ve öğretim olanağı yaratır.

## Acil Tıbbın Temel Tıp Eğitimine Entegrasyonu

Temel tıp eğitimi dünya genelinde değişiklik gösterir, ancak özünde Birleşik Devletler ve İngiliz olmak üzere iki ana model vardır. Birleşik Devletler modelinde, geleneksel tıp fakültesi eğitim programı, tıp fakültesinde dört yıllık bir eğitim dersine, ön dört yıllık üniversite diploması (lisans) derecesini tamamlayan öğrencileri kapsar.

Tıp okulunun ilk iki yılı, temel bilimleri kapsayan ve insan vücuduna olan ilgiyi incelemek için bir temel oluşturan sınıf derslerine odaklanmıştır. Ek olarak, öğrenciler klinik tıp, temel tıp ve fizik muayene eğitimi alır. Tıp okulunun 3. ve 4. sınıfları tipik olarak, hasta bakımı sorumlulukları içeren, çeşitli çekirdek ve uzmanlaşmış uygulama ortamları aracılığıyla, 4-8 haftalık klinik rotasyondan veya klinik çalışmalardan oluşur. İngiliz modelinde, öğrenciler ön lisans olmadan 18 ya da 19 yaşında matematik sınavına tabi tutulurlar. Tıbbi eğitimin kendisi beş yıl alır ve akademik çevrede iki yıl klinik öncesi eğitim ve hastane ortamında üç yıllık klinik eğitimden oluşur. Diğer ders çalışmaları, ilk iki yıl boyunca tamamlanabilir ve böylece çalışma süresi uzar. Kanada sistemi, Birleşik Devletler eğitim modeline en yakın şekilde bağlıdır ve tam bir lisans derecesi elde ettikten sonra öğrencileri kayıt eder, ancak iki yıldan az bir süre eğitimi kalan öğrencilerin kaydına izin verebilir. Temel tıp eğitimi çerçevesi Birleşik Devletler'inki ile paralellik göstermektedir.

Eğitimin ilk iki yılında sınıfta, son iki yılında klinik çalışmalarda yer alınmaktadır. Avustralya sistemi, İngiliz modeli ile daha yakından uyumludur. Acil tıbbın çalışma ortamına entegre edilmesi için

yal gücünü kullanma ve acil tıbbi bir kariyer fırsatı olarak görme sürecine başlamak için en iyi yerler olduğunu bulmuştur. Tıp okullarının çoğu zaman, tüm eğitim yıllarında öğrencileri meşgul eden bir acil tıp öğrenci ilgi grubu (emergency medicine student interest group - EMSIG) vardır. Acil tıp, bu gibi kulüpler veya gruplar için grup danışmanı olarak ulaşılır olmalıdır. Faaliyetler için fikirler, ilginç acil tıp konuları, prosedür laboratuvarları, cerrahi dikiş seansları, evsiz kliniklerde gönüllü olma ve doktorluğu uzatma programları konularında öğle vakti görüşmeler yapmayı içerir.

## Rehberlik

Acil tıp, tıp öğrencilerine danışmanlık yapmaya açık olmalıdır. Çalışmalar danışmanlığın sadece kariyer tatmini ve başarısı açısından değil, aynı zamanda güçlü bir danışmanlık ilişkisinin öğrencinin kariyer seçimini de olumlu etkilediğini göstermektedir.<sup>9,10</sup> Danışman ve rehber olarak hizmet veren acil tıp, öğretmen, rehber ve rol model rollerini yerine getirmeye hazır olmalıdır. Öğrencilerin ihtiyaçları, kariyer danışmanlığı, özgeçmiş ve kişisel bildiri hazırlama kılavuzu, rotasyon çizelgelerinin seçimi ve bu seçimler için ipuçları, tavsiye mektubu yazma gibi şeyler olabilmektedir. Tablo 31.7, acil tıp danışmanının, danışanın kişisel ve mesleki gelişimiyle ilgili olarak karşılaşılabileceği rehberlik konularının daha kapsamlı bir listesini sunmaktadır. Acil tıp bölümünü kazanmak ve öğrencilere yatırım yapmak, hem öğrencinin hem de öğretim üyesinin kariyerini zenginleştirecektir.

## Sonuç

Acil tıp alanını temel tıp eğitimine entegre etmek, tıp fakültesi eğitiminin her aşamasında pratik ve

**Table 31.7** Acil tıp danışmanları için rehberlik konuları<sup>10</sup>

1. Kariyer seçimi, burs eğitimi
2. Ders çalışma, staj ve seçmeli dersler (Acil servis olan ve olmayan)
3. Başvuru süreci
4. Yerleşiklik programları
5. Klinik konular (doktorlar, hemşireler ve personelle kişiler arası beceriler dahil)
6. Tıbbi hatalar, etik, profesyonellik
7. Akademik ilerleme (araştırma ve yönetim roller)
8. Kariyer tatmini
9. Finansal tavsiyeler
10. Sağlıklı ve dengeli yaşam
11. Zaman yönetimi

mümkündür. Acil hasta ve yaralıları yönetmek için öğrencileri eğitmek zorunlu olmasına rağmen, acil tıbbın spesifik içeriğini öğretmek için kurumun, idarenin ve öğrencilerin ihtiyaçlarını anlamak çok önemlidir. Bu bölüm, acil tıbbın öğrencilere zengin bir öğrenme ortamı oluşturması, temel bilim kursları, kanıta dayalı tıp, prosedür laboratuvarı, temel yeterlilikler ve klinik rotasyonlarda yeterlik düzeyini arttırması için çeşitli yolları ele almaktadır. Acil tıbbi içeren bir müfredat uyarlamak, yaş, cinsiyet, statü veya hastalık durumundan bağımsız olarak her bir hastaya bakmak için gerekli becerilere sahip öğrenciler hazırlar. Bu durum; stajyer, hasta, acil tıp departmanı, toplum ve kurum için kazanım sağlamaktadır. Olası her seviyedeki katılım, acil tıbbın akademik programda tam olarak yer almasına ve tanınmasına yardımcı olacaktır.

## Kaynaklar

1. Hobgood C, Anantharaman V, Bandiera G, et al. International Federation for Emergency Medicine Model Curriculum for Emergency Medicine Specialists. *Emergency Medicine Australasia* 2011; 23: 541–53.
2. Singer A, Hobgood C, Kilroy D, et al. International Federation for Emergency Medicine model curriculum for medical student education in emergency medicine. *CJEM* 2009; 11: 349–54.
3. Tews MC, Hamilton GC. Integrating emergency medicine principles and experience throughout the medical school curriculum: why and how. *Academic Emergency Medicine* 2011; 18: 1072–80.
4. Russi CS, Hamilton GC. A case for emergency medicine in the undergraduate medical school curriculum. *Academic Emergency Medicine* 2005; 12: 994–8.

5. McLaughlin SA, Hobgood C, Binder L, Manthey DE. Impact of the Liaison Committee on Medical Education requirements for emergency medicine education at U.S. schools of medicine. *Academic Emergency Medicine* 2005; 12: 1003–9.
6. Neville AJ. Problem-based learning and medical education forty years on. *Medical Principles and Practice* 2009; 18:1 –9.
7. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher* 2007; 29: 642–7.
8. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Core Competencies, 2011. [http://www.acgme.org/acwebsite/RRC\\_280/280\\_corecomp.asp](http://www.acgme.org/acwebsite/RRC_280/280_corecomp.asp) (accessed January 10, 2011).
9. Sambunjak D, Straus SE, Marusic A. Mentoring in academic medicine: a systematic review. *JAMA* 2006; 296: 1103–15.
10. Garmel GM. Mentoring medical students in academic emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* 2004; 11: 1351–7.



## Acil Servis Yardımı

Meaghan Cussen

Çeviri : Dr. Serdar Çağrı ELGÖRMÜŞ

### Kilit Noktalar

- Güçlü bir acil servis yardım programı, toplumu angaje etmek ve acil servisinizin başarı ve uzun ömürlü olmasını garantiye almak için kullanılabilecek önemli bir araçtır.
- Bir sosyal yardım programını başlatmadan önce, araştırmalarınızı yapın ve mevcut kaynaklar ile acil servis personeli, hastane ve toplum içindeki sınırlamaları değerlendirin.
- Sosyal yardım programınızın ilk yılında başlamak için bir veya iki büyük girişimi veya üç veya dört küçük girişimi seçin. Bunları dikkatli planlayın ve bunları iyi uygulayın.

### Giriş

Güçlü bir acil servis sosyal yardım programı, toplumu angaje etmek ve acil servisin başarı ve uzun ömürlülüğünü garantiye almak için kullanılabilecek önemli bir araçtır.<sup>1,2</sup> Sosyal yardım; popülasyonun bir bölümüne hizmet veya yarar sağlama eylemi olarak tanımlanır. Acil servis sosyal yardımı, bir kaynak olarak hizmet etme primer amacı ve hedeflerin angaje olması ya da acil servis ile angajmanlarını artırmak üzere yararlı ilişkiler yaratma sekonder amacı ile bireyler, toplum organizasyonları ve sağlık çalışanlarının acil servis ile angaje olma (bağlanma) sürecidir. Reklam kampanyaları büyük oranda tek yönlü olmakla birlikte, acil servis sosyal yardımını, iki yönlü katılım sayesinde sürdürülebilir büyüme ve hasta sadakati yaratmayı amaçlayan bir pazarlama aracıdır.

Birçok sosyal yardım programı bulunmaktadır. Örnekler; bir yerel topluluk olayında danışma yeri sağlanmasını, bisiklet güvenlik kampanyasında okullarla birlikte çalışmayı, yerel kadın gruplarıyla aile içi şiddeti önleme konusunda çalışma ve top-

luluk için ilk yardım dersleri düzenlemeyi içerir. Topluluk üyelerini angaje eden, acil servisiniz ile diyalog kuran veya acil servisinizin verimli ve yardımsever bir kaynak olarak tanınabilmesini sağlayan herhangi bir etkinlik, bölümünüz için olumlu etkiler yaratacak bir etkinliktir.

Kurumsal dünya uzun zamandır toplulukların sosyal yardım ve katılımının faydalarını ve bunların kârlar üzerindeki olumlu etkisini kabul etmiştir.<sup>3-6</sup> Bu nedenle, yerel topluluğa etkili bir şekilde angaje edilmiş, iyi organize bir acil servis yardım programının, bölümünüze başvuran acil servis hastalarının karışımı ve hacmi üzerinde önemli etkilere sahip olabileceği sonucuna varılabilir.<sup>1</sup>

Bölümde daha sonra tartışacağımız topluluk angajmanı (katılımı) ve halkla iyi ilişkilere ek olarak, acil servis yardım programları bölümünüz için hastanelerinizdeki görünürlüğün artırılması, bölümler arası iletişimin geliştirilmesi ve sağlayıcılarla ve yerel hükümetle ilişkilerin geliştirilmesi gibi ek faydalara sahiptir. Şimdi bu faydaları keşfedelim.

### Bir Sosyal Yardım Programının Faydaları

#### Hastanenizde daha fazla görünürlük

Başarılı bir acil servis destek programı, hastanedeki acil servisin görünürlüğünü artırarak, departmanınıza hastanenin liderlik ekibi, yönetimi ve eğer mümkünse bağış yapanlar veya vakıf yönetimi ekibi gözünde saygı kazandırır. Yönetim, toplumda yaptığınız çabaların hastanenin adını ve markasını olumlu şekilde karşıladığını gördüğünde, hasta servislerini ve klinik mükemmelliği yeni ekipmanların satın alınması, eğitim programlarının geliştirilmesi veya personelin eklenmesi ile iyileştirmek için daha sonra yararlanabileceğiniz iyi niyet sizinle birlikte oluşturulur. Organizasyonunuzu bağlı olarak, bu iyi bir politik strateji olabilir.



Maalesef, 38 hastane acil servisinin potansiyel sevk şebekesine sahip bölgesel bir hastane, transferler ile ve genelde acil klinik bakımda kötü bir üne sahipti. Bununla birlikte, hastane ve acil servis, son zamanlarda bazı büyük idari, personel ve usul değişiklikleri geçirmiş ve gelen aktarmaları etkin, verimli ve güvenli bir şekilde ele almaya hazırды. Yeni yeteneklerini özetleyen, büyümelerini ve genişlemelerini vurgulayan ve transfer eden doktorun acil serviste teslim alan doktorla konuşabileceği doğrudan erişimli bir numara sağlayan bir broşür ve poster geliştirdiler. Hastane, bu numarayı kullanarak hasta transferindeki iletişim sorununu çözdü; ancak, uzun süredir devam eden kötü bir itibarı değiştirmek çok çaba gerektirir. Bölüm müdürü, 38 hastanenin her birinde acil servis personeli ile kişisel toplantılar düzenledi. Bazı hastaneler, yeni tesisleri ziyaret etmek ve bir tura katılmak için davetiyeleri kabul etti. Bazıları ise yöneticinin kendilerini bir hastanede ziyaret etmelerini istedi.

Geçmişteki sorunları tartışmak, çözüm önerileri sunmak ve daha iyi çalışma ilişkileri istemek için yöneticinin istekliliği ve açıklığı, açık bir şekilde acil servis meslektaşlarını etkiledi. Hasta transferi yıl içinde çarpıcı bir biçimde arttı ve ertesi yıl benzer bir olumlu sonuçla ikinci bir toplantı yapıldı.

## Sonuç

Güçlü bir acil servis destek programı, acil servisinin başarısının ve ömrünün sağlanmasında önemli bir faktördür. İyi bir şekilde çalışan acil servis sosyal yardım programı, hastane içinde görünürlüğü artırmanıza, bölümler arası ilişkileri geliştirmenize, sağlık hizmeti sunucusu işbirliğini geliştirmenize, hükümet desteğini kazanmanıza ve en önemlisi topluluğu işin içine katmanıza olanak tanır.

## Kaynaklar

1. Suter RE. Community relations and organizations. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2004; 22: 183-94.
2. Frabotta D. Community outreach. *Managed Healthcare Executive* 2003; 13 (4): 24.
3. Martin RL. The virtue matrix: calculating the return on corporate responsibility. *Harvard Business Review* 2002; 80 (3): 3-4.
4. Mescon TS, Tilson DJ. Corporate philanthropy: a strategic approach to the bottom-line. *California Management Review* 1987; 29 (2): 49-61.
5. Ullmann AA. Data in search of a theory: a critical examination of the relationships among social performance, social disclosure, and economic performance of US firms. *Academy of Management Review* 1985; 10 540-57.
6. Birchard B. Doing well by doing good. *Harvard Management Update* 1999; 5: 5.
7. Pillow DJ. Public relations. In RF Salluzzo, TA Mayer, RM Strauss, PS Kidd, eds., *Emergency Department Management: Principles and Applications*. St, Louis, MO: Mosby, 1997.
8. Buschiazzo L. Marketing the emergency department. *Nursing Management* 1985; 16 (9): 30B-30D.
9. Holtan N. How partnering benefits health care workers, physicians, and patients. *Journal for Quality and Participation* 2003; 26 (1): 44.
10. Bodie GD, Dutta MJ. Understanding health literacy for strategic health marketing: eHealth literacy, health disparities, and the digital divide. *Health Marketing Quarterly* 2008; 25: 175-203.
11. Botvin JD. In New York, the early bird gets the holiday "plum." News releases bear fruit for N.Y. Weill Cornell Medical Center. *Profiles in Healthcare Marketing* 2001; 17 (2): 27-34.
12. Aghababian RV, Volturo GA. Marketing and outreach. In RF Salluzzo, TA Mayer, RM Strauss, PS Kidd, eds., *Emergency Department Management: Principles and Applications*. St, Louis, MO: Mosby, 1997.
13. Holdsworth G, Criddle J, Mohiddin A, et al. Maximizing the role of emergency departments in the prevention of violence: developing an approach in South London. *Public Health* 2012; 126: 394-6.
14. Gesten EL, Jason LA. Social and community interventions. *Annual Review of Psychology* 1987; 38: 427-60.
15. Morris BP, Trimble NE. Promotion of bicycle helmet use among schoolchildren: A randomized clinical trial. *Canadian Journal of Public Health* 1991; 82: 92-4.
16. Klassen TP, MacKay JM, Moher D, Walker A, Jones AL. Community-based injury prevention interventions. *The Future of Children* 2000. 10 (1): 83-110.
17. Liller KD, Smorynski A, McDermott RJ, Crane NB, Weibley RE. The MORE HEALTH bicycle safety project. *Journal of School Health* 1995; 65: -90.
18. Britt J, Silver I, Rivara FP. Bicycle helmet promotion among low income preschool children. *Injury Prevention* 1998; 4: 280-3.
19. Dutcher GA, Hamasu C. Community-based organizations' perspective on health information outreach: a panel discussion. *Journal of the Medical Library Association* 2005; 93 (4 suppl): S35-42.
20. Meyer D, Armstrong-Coben A, Batista M. How a community-based organization and an academic health center are

- creating an effective partnership for training and service. *Academic Medicine* 2005; 80: 327-33.
21. Santen L, Feldman T. Teddy bear clinics: a huge community project. *American Journal of Maternal Child Nursing* 1994; 19: 102-6.
  22. Zimmerman PG. Teddy says "Hi!": teddy bear clinics revisited. *Journal of Emergency Nursing* 1997; 23 (1): 41-4.
  23. Cohen J. Theoretical considerations of peer tutoring. *Psychology in the Schools* 1986; 23 (2): 175-86.
  24. Gaustad J. Peer and crossage tutoring. *ERIC Digest* 79 1993.
  25. Jostad CM, Miltenberger RG, Kelso P, Knudson P. Peer tutoring to prevent firearm play: acquisition, generalization, and long-term maintenance of safety skills. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2008. 41: 117-23.
  26. Health Statistics and Health Information Systems. Child mortality. [http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality\\_child/en](http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_child/en) (accessed May 28, 2012).
  27. Edward CR, Gyulay JE. Parental compliance with car seat usage: a positive approach with longterm follow up. *Journal of Pediatric Psychology* 1981; 6 (3): 301-12.
  28. Kane GC, Fichman RG, Gallagher J, Glaser J. Community relations 2.0. *Harvard Business Review* 2009; 87 (11): 45-50, 132.
- ### Okuma önerileri
- Bloch YH, Toker A. Doctor, is my teddy bear okay? The "teddy bear hospital" as a method to reduce children's fear of hospitalization. *Israel Medical Association Journal* 2008; 10: 597-9.
- Botvin JD. Trick or treat and ho, ho, ho! Marketing campaign for Emory ER reflects the holiday spirit. *Profiles in Healthcare Marketing* 2001; 17 (2): 8-12.
- Burke L, Logsdon JM. How corporate social responsibility pays off. *Long Range Planning* 1996; 29: 495-502.
- Graber TW. Structure and function of the emergency department: matching emergency department choices to the emergency department mission. *Emergency Medicine Clinic of North America* 2004; 22: 47-72.
- Mayer TA, Tilson W, Hemingway J. Marketing and public relations in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America* 1987; 5: 83-102.
- Paul DP, Honeycutt ED. An analysis of the hospital-patient marketing relationship in the health care industry. *Journal of Hospital Marketing* 1995; 10(1): 35-49.
- Porter ME, Kramer MR. The competitive advantage of corporate philanthropy. *Harvard Business Review* 2002; 80 (12): 56-68.
- Proctor J, Hall P, Carr J. The business of emergency medicine: a model for success. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2004; 22: 19-45.
- Zasa RJ. Marketing health services. *College Review* 1984; 1(1): 23-53.

## Çeşitlilik İçin Planlama

Tasnim Khan

Çeviri : Dr. Serkan ŞAHİN

## Kilit Noktalar

- Dünya genelindeki acil servislerde hasta ve personelin kültürel çeşitliliği artmakta ve bilinçli bir yönetimin tehlikeli ya da yıkıcı yanlış anlamalardan kaçınması gerekmektedir.
- Değer ve inançlardaki farklılıklar her zaman belirgin değildir, ancak hasta bakımı, aile memnuniyeti ve işyeri morali üzerinde ciddi etkilere neden olabilir.
- Personel, kalıplaşmış hastaları önlemek ve onlara kaliteli bakım sağlamak için basit teknikler kullanabilir.

## Giriş

Dünya, kültürlerin ve insanların global bir erime potası ya da farklı bir deyişle bir çorba kasesi- hepsi aynı kap içine konulmuş farklı içeriklerin bir karışımı- haline gelmektedir. Artan şekilde, bu etkileşim karışımı dünya çapında da sağlık bakım koşullarında gözlenmektedir. Çalışma ortamındaki bu evrimle paralel olarak kronik hastalıklarda artış, yükselmekte olan sağlık bakım maliyetleri, teknolojik değişiklikler ve sağlık bakımında süreklilik gösteren dağılma dikkat çekicidir. Bugün, her ikisi de Güney Afrika hastanesinde çalışan bir Hintli doktor ve İrlandalı hemşirenin miyokardiyal enfarkt, kontrolsüz diyabet ve konjestif kalp yetmezliği olan 53 yaşındaki bir Somalili hastayı stabilize ve tedavi ediyor olması beklenmedik bir durum değildir.

Çoğu sağlık sisteminin dünyadaki ortak amacı; en uygun, etkili ve güvenli hasta bakımını sağlamaktır. Çoğu kişi yanlışlıkla, herkese saygı duymaları halinde çoğu kültürel sorunu önleyeceğine inanmaktadır. Kültürel açıdan duyarlı sağlık bakımının nitelikli heveslerini yerine getirmenin temel şartlarından biri de; acil servis bölümü çalışanları gibi önde gelen sağlık çalışanlarının, kültürel açıdan yetkin bir sağlık bakımı sağlamak için sürekli bir

eğitime devam etme gayreti göstermeleridir. Buna karşılık, acil servis liderleri aynı zamanda yüksek kalitede bakım sağlamak için çok uluslu personel geliştirmeye odaklanmalıdır. Hastalar ve işgücündeki çeşitlilik, hasta ve sistem genelinde ortaya çıkan sonuçlarda önemli etkilere sahiptir. Personel üretkenliğini, hasta bakım sonuçlarını ve acil servis personelinin kalıcılığını etkin bir şekilde iyileştirmek için bu anlamlı nüansları anlamak acil servis lideri için önemlidir.

## Antropolojik Bir Bakış Açısı

Mevcut tıp eğitimi sisteminin hegemonyası, sosyal ve kültürel antropoloji kavramlarını sağlık hizmetinin kritik yönleri olarak büyük oranda marjalleştirmiştir.<sup>1,2</sup> Sağlık eğitimi stratejisi, büyük ölçüde, tıp eğitiminin çekirdeği olan pozitif bilimler üzerine yoğunlaşmıştır; kültürel antropoloji ve etnografya gibi sosyal bilimlerin büyük kısmı halk sağlığına verilmiştir.<sup>3</sup> Bununla birlikte, konu pek çok insana bakarken önemini korumaktadır ve antropolojik tanımların temel bir çerçevesi başlamak için makul bir noktadır.

İlk kavram, genellemeler ve önyargı sonucunda oluşmuş klişe bilgilerdir. Bu iki kavram, içeriğe değil bilginin kullanımına dayalı olarak birbirinden farklılık göstermektedir.<sup>4</sup> Mesela Mecid Al Sayyid, bir Kuveytli beyefendidir ve Alman bir acil hekiminin ilk düşüncesi; “Bay Majid bir Arap, ve onun birden fazla eşi olmalıdır.” şeklinde olabilir. Bununla beraber hekim, “Bay Majid bir Arap ve çoğunlukla birden fazla karısı var “diye düşünüp sonrasında Bay Majid’e şu anda birden fazla eşi olup olmadığını sorar ve genelleme yapar. Klişe bilgiler, gözlemlenen veya hayal edilen özelliklerin, davranışların veya görünümünün aşırı basitleştirilmesine dayanan sabit, yaygın görüş veya görüntülerdir. Klişe bilgiler, istisnalara izin vermezler ve genelde küçümseyici olan katı ve verimsiz önyarguları yansıtır. Klişeleşme tehlikeli olabilir. Genelleme genel özellikleri vurgu

## Kaynaklar

1. McElroy JH. American Beliefs: What Keeps a Big Country and a Diverse People United. Chicago, IL: Ivan R. Dee, 1999.
2. McElroy A, Townsend PK. Medical Anthropology in Ecological Perspective, 2nd edn. Boulder, CO: Westview Press, 1989.
3. Saillant F, Genest S. Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns. Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2006.
4. Galanti GA. Caring for Patients from Different Cultures: Case Studies from American Hospitals, 2nd edn. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press, 1997
5. Banks JA, McGee Banks CA, Cortés CE, et al. Democracy and Diversity: Principles and Concepts for Educating Citizens in a Global Age. Seattle, WA: University of Washington, 2005.
6. Kim YH, Cohen D. Information, perspective, and judgments about the self in face and dignity cultures. Personality and Social Psychology Bulletin 2010; 36: 537
7. Ivancevich JM, Gilbert JA. Diversity management: time for a new approach. Public Personnel Management 2000; 29 (1): 75–92.
8. Wallace PE, Ermer CM, Motshabi DN. Managing diversity: a senior management perspective. Hospital and Health Services Administration 1996; 41 (1): 91–104.
9. Spector RE. Cultural Diversity in Health and Illness, 6th edn. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 2003.
10. McCullough-Zander K, ed. Caring Across Cultures: the Provider's Guide to Cross-Cultural Health, 2nd edn. Minneapolis, MN: Center for Cross-Cultural Health, 2000.