

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME FAKÜLTESİ
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA
YÖNETİM BİLİM DALI

HASTANE ACİL ÜNİTELERİNİN YÖNETİMİ
VE
İSTANBUL'DAKİ ÜNİVERSİTE HASTANELERİ
ACİL ÜNİTELERİNE İLİŞKİN
BİR ARAŞTIRMA

Yüksek Lisans Tezi

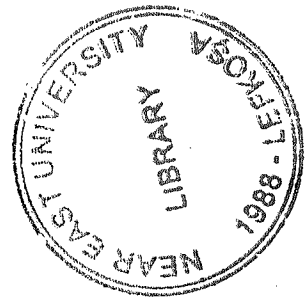
Besey GÜNEŞ
6753

TC. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Tez Danışmanı: Doç.Dr.Fulya SARVAN



İstanbul - 1996



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
GİRİŞ.....	i
BİRİNCİ BÖLÜM- TEMEL KAVRAMLAR.....	1
A. ACİL SERVİSLE İLGİLİ KAVRAMLAR.....	1
1. Acil Kavramı.....	1
a) Acil Teriminin Tanımı.....	1
b) Hastane Öncesi İlk Yardımın Anlam ve Önemi.....	3
c) Ambulans Sistemi.....	6
2. Hastanelerde Acil Ünite Kavramı.....	11
a) Acil Ünitenin Tanımı.....	11
b) Acil Hizmetin tanımı.....	12
c) Acil Hastanın Tanımı.....	13
B. YÖNETİM KAVRAMI.....	14
1. Yönetimin Tanımı.....	14
2. Yönetim İşlevleri.....	15
a) Planlama.....	16
b) Örgütlenme.....	17
c) Emir-Komuta (Yürütme).....	18
d) Uyumlaştırma (Koordinasyon).....	18
e) Kontrol (Denetleme).....	18
3. Hastanelerde Yönetim Kavramı.....	19
a) Hastanenin Tanımı.....	19
b) Hastanelerde Yönetimin Önemi.....	20
İKİNCİ BÖLÜM- HASTANELERDE ACİL ÜNİTENİN YÖNETİMİ.....	22
A. ACİL ÜNİTEDE PLANLAMA İŞLEVİ.....	22
1. Acil Ünitenin Fiziksel Tasarımı ve Yerleşimi.....	23
a) Bölüme Giriş.....	24
b) Hastaların Karşıllanması.....	24
c) Triaj Deski.....	25
d) İzolasyon Odası.....	25
e) Göz, Kulak-Burun-Boğaz ve Diş Hastalarının Odası.....	25
f) Yeniden Canlandırma Odaları.....	25



g) Ölen Hastaların Bekletildiği Oda.....	26
h) Ek Hizmet Birimleri.....	26
ı) Ameliyathane, Anestezi, Yoğun Bakım Ünitesi.....	26
i) Hasta Tedavisi.....	27
j) Gözlem Koğuşu.....	27
k) Personel Odası.....	27
l) Depo.....	27
m) Hemşire İstasyonu/Bölüm Kontrol Merkezi.....	27
n) Eğitim Odası.....	28
o) Yatak Odası.....	28
2. Acil Ünite Standartları.....	29
3. Acil Ünitenin Faaliyet Programları.....	37
a) Personel Alımı.....	38
b) Çalışma Şekli ve Nöbetler.....	40
c) Eğitim Programları.....	42
d) Afet (Kriz) Planı.....	44
B. ORGANİZASYON İŞLEVİ.....	47
1. Ünitenin Personel Kadrosunun Oluşturulması.....	47
a) Acil Ünite Yöneticisi.....	48
b) Acil Bakım Hemşiresi.....	52
c) Acil Bakım Hekimi.....	53
d) Acil Birim Teknisyeni.....	54
2. Acil Ünite Ekibi ve Ekip Çalışmasının Önemi.....	56
C. YÜRÜTME İŞLEVİ.....	60
1. Hasta Kabulü ve Triage Sistemi.....	61
2. Hasta Nakli (Transport).....	65
3. İletişim Sistemi.....	67
a) Bölüm İçindeki İletişim.....	67
b) Hastane İçindeki İletişim.....	68
c) Hastane Dışındaki İletişim.....	69
4. Kayıtlar.....	71
a) El Yazması Kayıtlar.....	72
b) Bilgisayar Kayıtları.....	73
c) Adli Vakaların Kaydı.....	75
5. Enfeksiyon Kontrolü.....	75
D. KONTROL İŞLEVİ.....	77
1. Kalite Sağlama.....	78
2. Tıbbi Denetim.....	79
3. Finansal Performansın Değerlemesi.....	81
4. Personelin Performans Değerlemesi.....	84

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM-İSTANBUL'DAKİ ÜNİVERSİTE HASTANELERİ

ACİL ÜNİTELERİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

	91
A. ARAŞTIRMANIN AMACI, KAPSAMI VE YÖNTEMİ	91
1. Araştırmanın Amacı	91
2. Araştırmanın Kapsamı	93
3. Araştırma Yöntemi	93
a) Ön Hazırlık	93
b) Veri Toplama Yöntemi ve Aracı	93
B. ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUMU	95
1. Ünitelerle İlgili Bilgiler	95
a) Acil Ünite Görevli Personel	95
b) Acil Ünitelerde Görevli Personelin Eğitim Durumları	96
c) Acil Ünitelerin Yatak Kapasiteleri	98
d) Acil Ünitelerin Ek Hizmet Birimleri	99
e) Acil Ünitelerde Görevli Personelin Çalışma Şekilleri	100
f) Acil Ünitelerin Bağlı Olduğu Üst Yönetim Birimleri	101
2. Ünitelerin İşleyişi İle İlgili Bilgiler	101
a) Acil Ünitelerin Doğrudan Bağlantılı Oldukları Kurumlar	101
b) Acil Ünitelerin İletişim Sağlamada Kullandıkları İletişim Araçları	102
c) Acil Ünitelerde İlaç ve Malzemenin Temin Edilme Şekli	103
d) Acil Ünitelerin Kayıtlarını Saklama Şekli	104
e) Acil Ünitelerin Laboratuvarında Yapılan Tetkikler	105
f) Acil Ünite İçin Hastane İçindeki Diğer Laboratuvarlarda Yapılan Tetkikler	105
g) Acil Ünitelerde Hastaların Önceliklerini Belirleme Sistemi	106
h) Acil Ünitelerin Acil Durumlarda Uzman Hekime Ulaşma Süreleri	107
ı) Acil Ünitelerde Tutulan Kayıtların Konuları	108
j) Acil Ünitelerin Politika, Standart ve Prosedür Durumları	109
k) Tedavi ve Bakımın Ücretlendirilmesinde Kullanılan Kriterler	111
l) Acil Ünitelerde İşe Yeni Başlayan Personele Verilen Eğitim Türleri	111
m) Acil Ünitelerde İşe Yeni Başlayan Personele Verilen Eğitimin İçeriği	113

	Verilen Eğitimin İçeriği.....	113
n)	Acil Ünitelerin Sürekli Eğitim Programı	
	Uygulama Sıklığı.....	114
o)	Acil Ünitelerde Sürekli Eğitim Yapan	
	Kişiler/Gruplar.....	115
ö)	Acil Ünitelerde Acil Olmayan Hastalara	
	Uygulanan İşlemler.....	116
p)	Acil Ünitelerde Kriz Planının Mevcudiyeti.....	117
r)	Acil Ünitelerde Kriz Durumlarında Alınan Önlemler.....	118
s)	Acil Ünitelerde Yöneticilerin Çalışanlarla	
	Toplantı Yapma Sıklığı.....	119
ş)	Acil Ünitelerde Çalışan Personelin Performans Değerlemesi.....	119
t)	Performans Değerlemeyi Yapan Kişi/Kişiler.....	120
u)	Performans Değerleme Yapılan Acil Ünitelerde	
	Değerlemede Kullanılan Kriterler.....	121
ü)	Acil Ünitelerin Performans Değerleme Sonuçlarını	
	Kullanma Amaçları.....	122
3.	Ünite Yöneticilerinin Yönetim ve İşleyişe	
	İlişkin Görüşlerine Ait Bilgiler.....	123
a)	Acil Ünitelerde Çalışacak Personelin Sahip	
	Olması Gereken Nitelikler.....	123
b)	Acil Ünite Yöneticilerinin Yöneticilik İçin En	
	Önemli Buldukları Nitelikler.....	124
c)	Acil Ünitelerdeki Yönetimsel Kararlara Kimlerin	
	Katılması gerektiği Konusunda Acil Ünite Yöneticilerinin	
	Görüşleri.....	125
d)	Acil Ünitelerde Yönetimsel Kararlara Katılan	
	Kişiler/Gruplar.....	126
e)	Acil Ünitelerin Hastane İçindeki Yerlerinin Uygunluğu.....	127
f)	Acil Ünitelerdeki Çeşitli Kaynakların Yeterliliği.....	128
g)	Acil Ünitelerde Yürütülen Hizmetlerin Yeterliliği.....	129
h)	Acil Ünitelerde Değişik Faktörlerin Hizmet Üretimini	
	Etkileme Derecesi.....	130
ı)	Acil Ünite Yöneticilerinin Muhtelif Kararlarda	
	Yetkilerinin Yeterliliği.....	132
ï)	Acil Ünite Yöneticilerinin Yönetim Modeli	
	İle İlgili Görüşleri.....	133
4.	Ünite Yöneticilerinin Yönetim Modeli	
	İle İlgili Görüşleri.....	133
æ)	Acil Ünitelerde Hemşirelik Hizmetleri	

Yürütülürken Karşılaşılan Sorunlar	135
b) Acil Ünitelerin Hastane İçindeki Yerinin Uygun Olmamasına Bağlı Yaşanan Sorunlar	136
c) Hizmet Grupları Arasındaki Çatışma	137
5. Yöneticilerin Demografik Özelliklerine Ait Bilgiler	138
a) Ünite Yöneticilerinin Yaş Grupları	139
b) Ünite Yöneticilerinin Cinsiyetleri	139
c) Ünite Yöneticilerinin Ünvanları	140
d) Ünite Yöneticilerinin İhtisas Alanları	140
e) Yöneticilerin Bulundukları Konumdaki Görev Süreleri	141
f) Yöneticilerin Daha Önceki Yöneticilik Süreleri	141
g) Acil Ünite Yöneticilerinin Yönetimle İlgili Eğitim Durumları	143
SONUÇ VE ÖNERİLER	148
ÖZET	150
EKLER	161
YARARLANILAN KAYNAKLAR	

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 1. Hastane Öncesi Hizmetin Aşamaları.....	5
Şekil 2. Acil Ünite Yönetiminin Organizasyon Şemasındaki Yeri.....	48

KISALTMALAR

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
ABT	:	Acil Birim Teknisyeni
ATS	:	Acil Tıp Servisleri
ATT	:	Acil Tıbbi Teknisyen
b.	:	Baskı
c.	:	Cilt
CPR	:	Kardiopulmoner Resüstasyon
Çev.Y.	:	Çeviren yok
der.	:	Derleyen
ed.	:	Editon
EKG	:	Elektrokardiografi
EMS	:	Emergency Medical Services
Enst.	:	Enstitü
haz.	:	Hazırlayan
H.Y.O.	:	Hemşirelik Yüksek Okulu
İ.Ü.	:	İstanbul Üniversitesi
NHS	:	National Health Service
s.	:	Sayfa
t.y.	:	Yayın tarihi yok
Ünv.	:	Üniversite
Vol.	:	Volüm
y.y.	:	Yayınevi veya yayınyeri yok

GİRİŞ

Acil ünite, genelde ülkenin koşul ve standartlarına, özelde ise bölgesel niteliklere, bölge halkının gereksinimlerine uygun, günün 24 saati kolay ve basit bir işleyiş düzeni ile acil hizmeti veren bir birimdir.

Acil hizmet, acil hastanın zaman kaybetmeden tıbbi bakım gereksiniminin karşılanması anlamına gelmektedir. Acil sağlık hizmetleri zincirleme, birbirinin içine girmiş ve birbirinin başarısını etkileyen, çeşitli hizmet alanları olan ayrı bir bilimsel disiplindir. Bu nedenle Avrupa ülkelerinde ve ABD'de ayrı bir uzmanlık dalı olarak görülmektedir. Acil tıp öncelikle acil üniteadaki hizmetleri kapsarken aynı zamanda hastane öncesi sağlık hizmetleri ve kriz (afet) öncesi planlama ile de ilgilenir. dolayısıyla hizmetin başarısı bu üç aşamanın başarısı ve birbiriyle olan etkileşiminin derecesine bağlıdır.

Acil hastalar, çok heterojen bir grup olup tanı konmamış, hayati tehlike geçirmekte olan hastalardır. Bu hastalar herhangi bir program dahilinde gelmezler. Çünkü hastalıkları ani olarak ortaya çıkmıştır. Bu nedenle zamanı, kaynakları ve müdahaleyi çok iyi planlamak ve uygulamak gerekir.

Hastaneye getirilen hastaların çoğu, hastanenin diğer bölümlerine girmeden acil üniteye getirilirler. Toplumun hastaneye gösterdiği saygı bu birim hakkında oluşan imajla ölçülür. Bu nedenle temizlik, bakım, tamir, malzeme ve yönetim desteği diğer bölümlere göre bu bölümde daha önemlidir.

Hastanelerin acil ünitelerinin hastanenin vitrini olduğu, ayrıca bu ünitelerde verilen hizmetin özelliği gereği çok iyi bir işleyişe ihtiyaç gösterdiği ve bu işleyişi sağlayan sistemin yöneticiler tarafından kurulduğu düşünülürse, acil ünitelerin etkin yönetiminin önemi daha iyi anlaşılacaktır.

Acil birim içindeki uygulamalar yetki ve sorumlulukların açık olarak tanımlandığı kuramsal bir yapı gereğini ortaya koymaktadır. Acil birimlerin bilgili, yenilikçi ve bol kaynaklı yönetime ihtiyacı vardır. Hastanelerde bu bölümü yönetecek kişilerin uygun vasıflara sahip olması çok önemlidir.

Günümüzde değişik hizmet grupları, gelişen teknoloji, çok çeşitli hasta grubu ve farklı eğitim seviyelerinde personeli bünyesinde barındıran acil birimlerin yönetimi çok önemli ve dikkat edilmesi gereken konulardan biridir. Acil tıp; yeni, dinamik ve hızla değişen bir branştır. Sürekli değişken bir ortamda çalışan insanların yönetilmesi ve sistemin kurulması ise kolay bir iş değildir. İyi bir sistemde doğru insanların seçilmesi ve insanların iyi yönetimi birimin varlığını sürdürmesini sağlar. Ancak insanlar tarafından geliştirilen en iyi sistemler bile insan yönetiminin nasıl olacağı bilinmediği sürece geçersizdir.

Acil ünitelerin verimli bir şekilde çalışabilmesi için nitelikli eleman, iyi tıbbi cihaz, araç-gereç, fiziksel şartlar ve tabii ki bütün bunların organizasyonu, kontrolü, insan ilişkilerinin düzenlenmesi iş akışının akıcı hale getirilmesi, ücret yönetimi için de iyi bir yönetime ve iyi yöneticilere ihtiyaç vardır. İyi yönetim, fiziksel tasarım ve yerleşimden başlayarak tüm yönetim işlevlerinin çağdaş standartlarda olmasıyla sağlanır. Çağdaş yönetim ilkelerinin uygulanabilmesi ise, çağdaş yönetime inanan yöneticilerle mümkündür.

Acil birimlerde, her geçen gün artan hasta yüküne uygun hizmetin verilebilmesi için, acil ünitelerin Batı'daki standart ve uygulamalara uygun olarak kurulması ve yönetilmesi bir gerekliliktir.

Bu noktalardan hareketle çağdaş bir ünitenin sahip olması gereken fiziksel özellikler ve yönetim faaliyetleri incelenerek, ülkemizde bu açıdan örnek standartlara sahip olması gereken İstanbul Üniversite hastanelerinin acil ünitelerinin ne ölçüde bu standartlara uygun koşullara ve standartlara sahip olduğunun araştırılması amaçlanmıştır.

Bu amaçla yürütülen bu tez çalışmasında birinci bölümde, acil kavramı ile ilgili genel bilgiler verilerek acil hizmetin kapsamına giren hastane öncesi ilkyardım ve ambulans sistemi açıklanarak; yönetim ve yönetim işlevleri üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde acil ünite yönetimi, yönetim işlevleri çerçevesinde ele alınarak açıklanmış ve gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de acil ünite yönetimi ve işleyişi ile ilgili genel bilgiler verilmiştir.

Çalışmanın son bölümünü oluşturan üçüncü bölümde ise, İstanbul il sınırları içinde yer alan üç üniversite hastanesindeki toplam 8 acil üniteye yürütülen yönetim faaliyetlerinin çağdaş acil ünite standartlarına uygun olup olmadığı ve bu ünitelerde karşılaşılan problemlerin niteliğini irdeleyen bir araştırmaya yer verilmiştir. Bu araştırmayı yapmaktaki amaç, üniversite hastanelerindeki acil birimlerin mevcut durumu, yönetsel sorunları ve yöneticilerin mevcut durumdan kaynaklanan sorunların çözümüne ilişkin görüşlerini tesbit ederek daha etkili bir yönetimin gerçekleştirilebilmesi için öneriler geliştirmektir. Bu amaçtan hareketle yönetici hekim ve hemşirelere yönelik iki farklı soru formu oluşturulmuştur. Hazırlanan soru formları yüzyüze görüşme yoluyla uygulanmış, sonuçlar tanımlayıcı istatistiklerle özetlenip, tablolar halinde sunularak yorumlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TEMEL KAVRAMLAR

Bu bölümde acil kavramı ile ilgili genel tanımlar yapıldıktan sonra, hastane öncesi ilkyardımın önemi tartışılarak, ambulans sistemi incelenmiş ve hastanelerde acil ünitesi kavramı üzerinde durularak; yönetimin tanımı, işlevleri ile hastanenin tanımı ve hastanelerde yönetimin önemi açıklanmıştır.

A. ACİL SERVİSLE İLGİLİ KAVRAMLAR

1- Acil Kavramı

a) Acil Teriminin Tanımı

Acil teriminin sözlük karşılığı ivedi'dir. İlkyardım olarak da kullanılmaktadır. İlkyardım ya da acil terimi daha çok savaş sırasında yaralanan askerlere yapılacak tedavi ihtiyacından doğmuştur. İlk defa Esmarc tarafından telafuz edilmiştir. Daha sonra 1870 yılında Britanya'da Kızılhaç Cemiyeti'nin kurulmasıyla ilkyardım konularını ve ilkyardım esnasında kullanılacak malzemeyi belirleyen bir yönetmelik hazırlanmıştır.¹

Yurdumuzda ise, Türkiye Kızılay Cemiyeti bu konuda çalışmalar yapmıştır. 1975 yılında Uluslararası Cenevre Anlaşmasına göre ilkyardım

¹ Tansel Ünsaldı, İlkyardım Ders Kitabı, 2.b., İstanbul: Cumhuriyet Üni. Hemşirelik Y.O. yayını, 1994, s.6.

için bütün ülkeler "First Aid" kelimesini kullanmaya karar vermişlerdir. Türkiye'de ise "Acil Yardım" deyimini kullanılmaktadır.²

Gelişen teknoloji, yoğun trafik ve kazalara bağlı ölümlerin artması acil müdahalenin önemini ortaya koymuş, acil tıp hizmetlerinin daha organize bir şekilde verilebilmesi için 1966 yılında ABD'de Acil Tıp servisleri (EMS = ATS) kurulmuştur.³

Gelişen tıp ile birlikte acil teriminin anlamı ve kapsamı da değişmiştir. İlk zamanlar sadece yaralılara yapılan ilk müdahale olarak tanımlanırken, günümüzde acil hizmetler ayrı bir bilimsel disiplin haline gelmiş ve önemli bir yer almıştır. dolayısıyla günümüz şartlarına uygun olarak acil terimini tanımlayacak olursak; bireyin fiziksel ve ruhsal sağlık bütünlüğünü bozan ve yaşamsal tehlikeye eğilimli durumdaki hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu tıbbi bakımın acilen verilmesi anlamını taşımaktadır.⁴

Başka bir ifadeyle, bedenin işlevlerini ve bütünlüğünü, yaşamı tehlikeye atacak şekilde bozan etkilere karşı bedenin geliştirdiği yanıtların yetersiz kaldığı durumda acil tıbbi bakım girişimleri gerektiren durumlar acil sayılır. Kısaca; bakım girişimini sağlamak için anlık zaman kaybının dahi yaşamsal önemi olan akut bir bozukluk olup hastanın yaşamının veya bedensel işlevlerinin tehlikeye girdiğini ifade eder. Tanımdan da anlaşılacağı gibi, acil sözcüğünün taşıdığı anlamda zamanın iyi değerlendirilmesi önemli bir unsurdur.⁵

2 Barbara Connah ve Ruth Pearson, NHS Handbook, 2nd ed., London: Macmillan press, 1991, s.144.

3 Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi, Hasta ve Yaralıların Acil Bakımı ve Nakledilmesi, çev.y., İstanbul: Nasetti, 1991, s.2.

4 Bahar Yetek, "Metropolitan Bir Kentte Acil Çocuk Ünite Hizmetleri", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enst., 1989, s.3.

5 Sevgi Oktay, Güler Aksoy ve Birsan Yürügen, Acil Hemşireliği, İstanbul: İ.Ü.Florence Nightingale H.Y.O. yayını, 1990, s.1.

b) Hastane Öncesi İlk Yardımın Anlamı ve Önemi

İlk yardım, acil durumdaki kişilerin kurtarılması ve gerekli tıbbi bakıma ulaştırılması için olay yerinde yapılan işlemlerdir, ya da ölümle veya sakatlıkla sonuçlanabilecek ağrı verici yaralanmalara ve akut hastalıklara bakım yoluyla zamanında müdahale ederek bunları önlemek olarak tanımlanır.⁶

Bu terim, acil tedaviye ihtiyacı olan hasta veya yaralıya orada bulunanlar ve eldeki imkanlarla yapılan girişimler olarak da tanımlanmaktadır.⁷

Bütün bu tanımlardan yola çıkarak ilkyardıma; ani olarak yaralanan veya hastalanan kişileri sakatlık ve ölümlerden korumak amacıyla olay yerinde ve mevcut imkanlarla ilk müdahaleyi yapıp sağlık kuruluşlarına sevkini güvenli bir şekilde sağlamak olarak tanımlayabiliriz. İlk yardım olay yerinde başlar, hasta veya yaralının sevki sırasında devam eder ve hasta veya yaralının gittiği sağlık merkezinde tıbbi tedavinin başlamasıyla sona erer.

Kaza ve yaralanmalardan sonra ölümlerin büyük bir kısmının (% 10'nun ilk 3 - 5 dakikada; % 54 - 60'ının ise ilk 30 dakikada) ilk 30 dakikada meydana geldiği Moe Tolgen ve Lund tarafından saptanmıştır. Bu durum pek çok ülkede sistemli bir ilkyardım organizasyonunun kurulmasına zemin hazırlamıştır. Olay yerindeki ilk müdahalenin yetkili kişilerce yapılması ve uygun taşıma yöntemleriyle ölüm ve sakatlık oranının büyük ölçüde azalacağı anlaşılmıştır.⁸

ABD'de ilk müdahalenin yapılması ve güvenli bir hasta nakli için 1966 yılında Acil Tıp Servisleri (ATS) kurulmuştur. Bu servisler bünyesinde ehliyetli ve bilgili personel yetiştirmek üzere eğitim programları yapıl-

⁶ Geogre B.Dinnes "Report on the International Conference on Emergency Health Reports," Public Health Reports, Vol.105, No.1 (January-February 1990), s.77.

⁷ Ibid., s.78.

⁸ Ünsaldı, op.cit., s.1.

mıştır. Bu programlardan mezun olan sertifikalı kişilere Acil Tıbbi Teknis-yen (ATT) denmektedir.⁹

Acil tıp hizmetleri sisteminin (Emergency Medical Services) dün-ya çapında gelişmesine öncülük etmek ve acil programları ile entegrasyonu sağlamak amacıyla 15-19 Ağustos 1989'da Arlington Crystal City'de Acil Sağlık Bakımını geliştirme konusunda uluslararası bir konferans yapıldı. Bu konferansta çeşitli ülkelere gelen çeşitli bilim adamlarının öneri-leri tartışıldı. Sonuçta gerek gelişmiş ülkelerde, gerekse az gelişmiş ülke-lerde travmanın en önemli ölüm ve başarısızlık sebeplerinden biri olduğu ve az gelişmiş ülkelerde bunu takiben doğal afetlerin geldiği tesbit edildi. Bu nedenle sadece kaza olduğunda müdahale etmenin yeterli olmayacağı ve felaketler için ülkelerin bölgesel olarak kriz hazırlık organizasyonları kurmaları gerektiği sonucuna varıldı. Bu planların ise sadece acil tıp servis-leri bünyesinde olmayacağı, ülkedeki değişik kurumlarla bütünleşmiş olma-sı gerektiği savunuldu. Bu kurumlar şöyle sıralanabilir: Taşımacılık bölü-mü, güvenlik bölümü, sağlık kurumlarının acil bölümleri, itfaiye ve yerel yönetim.¹⁰

Gelişmiş Avrupa ülkelerinde ve ABD'de acil tıp servisleri siste-mi 1960'lı yıllarda kurulmasına rağmen, Türkiye'de buna benzer bir progra-mın öncülüğünü Dokuz Eylül Üniversitesi 1993 yılında yapmıştır. Liseden sonra 2 yıllık eğitim veren bu program Türkiye'de büyük ölçüde ihtiyaç duyulan Acil Bakım Teknikerleri yetiştirmeyi amaçlamaktadır. ABD'de olduğu gibi acil hasta veya yaralıya ilk müdahale, taşıma ve hukuki sorum-lulukların yanında ambulansı kullanma sorumluluğu da bu kişilere verilmiş-tir.¹¹

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere, alt yapı yetersizliği, tra-fik problemi ve yetersiz ilkyardım bilgisi nedeniyle pek çok insan hayatını

⁹ Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi, loc.cit.

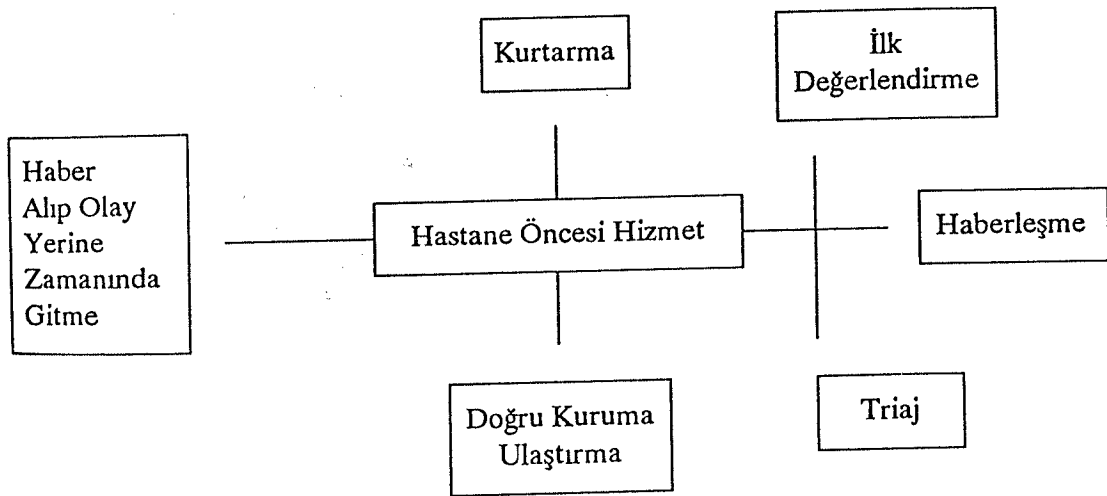
¹⁰ Dinnes, op.cit., s.76.

¹¹ Semra Çelikli, "Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Programı Amaç ve Görev Tanımı," Acil Cer-rahi ve Travmatoloji Kongresi I.Ulusal Kongresinde sunulan bildiri, İstanbul, 19-24 Eylül 1995, s.2.

kaybetmekte veya sakat kalmaktadır. Bunun çözümü ise acil tıp servislerinin (emergency medical services) kurulması ve çeşitli kurumlarla entegrasyonunun sağlanmasıdır (Çünkü olay yerine acil tıbbi teknisyenden önce polis itfaiye ve halktan kişiler gelebilir).

Pek çok Batı ülkesinde ve ABD'de bunun için çalışmalar yapılmış ve kişilerin ilkyardım konusunda eğitilmesine yönelik programlar düzenlenmiştir. Oysa ülkemizde pek çok kazada polis ambulansdan önce olay yerine vardığı halde, yapılan araştırmalarda polis ve itfaiye ekibi üyelerinin ilkyardım konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu tesbit edilmiştir.¹²

Felaketlerden, kazalardan ve hastalıklardan en az kayıpla çıkabilmek için sistemli bir ilkyardım organizasyonuna ve kitlesel olaylar için kriz planlarına ihtiyaç vardır.



Şekil 1. Hastane Öncesi Hizmetin Aşamaları

Kaynak: Tahir Özışık ve diğerleri, "Acil Sağlık Hizmetleri Sisteminin Organizasyonu, Planlanması ve Kontrolü", Acil Cerrahi ve Travmatoloji Kongresi I.Ulusal Kongresine sunulan bildiri, İstanbul, 19-24 Eylül 1995, s.4.

¹² Hülya Ünal, "Polis ve İtfaiyecilerde İlkyardım Bilgi Düzeyinin Saptanması", Acil Cerrahi ve Travmatoloji Kongresi I.Ulusal Kongresi'ne sunulan bildiri, İstanbul, 19-24 Eylül 1995, s.4.

Kaza veya hastalık haberi alındıktan sonra 3 dakika içinde ambulans harekete geçmelidir. Olay yerine gidecek ambulansın karayolu veya havayolu ambulansı olacağına ambulans kontrolü karar verir. Olay yerine varıldıktan sonra ATT ilk değerlendirmeyi yapar. İlk değerlendirmede birden fazla yaralı varsa ilkyardıma en acil olan vakadan başlanır ki buna triaj denir. Bu arada sağlık kuruluşları ve merkezle iletişim kurulur. İlkyardım gerektiren durumlar şu şekilde sıralanabilir:¹³

- Solunum durması
- Kalp durması
- Kanamalar ve şok
- Travmalar ve yaralanmalar
- Kırık ve çıkıklar
- Zehirlenmeler
- Böcek sokmaları

Hasta veya yaralının ilk tedavisi yapıldıktan sonra uygun şekilde taşınması sağlanır. Taşıma esnasında da hasta yakın gözetim altında tutularak, yapılan tüm uygulamalar kaydedilir. Adli bir durum söz konusu ise polise haber verilmelidir.

c) Ambulans Sistemi

İyi bir acil hizmetin temel unsurlarından birisi de örgütlü bir ambulans sistemidir. Hastaya olay yerinde yapılan ilkyardım kadar, bilinçli ve hızlı bir şekilde sağlık kuruluşuna taşınması da hastanın yeniden sağlığına kavuşmasında oldukça etkilidir.

Acil hizmet; ilkyardım, taşıma ve sağlık kuruluşunda verilen acil bakımı içerir. Kurulacak sistemin optimal düzeyde çalışması için sistemin hiçbir aşamasında en ufak bir eksikliğin olmaması gerekir.¹⁴

¹³ Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi, op.cit., s.8.

¹⁴ Z.Ding, "The Development of Prehospital Emergency Medical Services (PEMS) in China," Archives of Emergency Medicine, Vol.7, No.1-4 (Mar-Dec. 1990), s.61.

Son 20 yılda Belfast'ta Pentrige ve arkadaşlarının öncü girişimlerinden sonra koroner hastalıkların acil yönteminde hastane öncesi bakımın önemi anlaşılmıştır. Batı uygarlıklarında kalp krizi hastane dışı ölümlerin temel nedenidir. Ölümlerin % 50'si 15 dakika içinde % 70'i ise 1 saat içinde olmaktadır. Hastaların çoğu hastaneye yetişmeden ölmektedir. Bu nedenle acil ünitelerde bulunan yeniden canlandırma araçları fazla işe yaramamaktadır.¹⁵

Çin'de hastane öncesi acil dahili hizmetlerin geliştirilmesi amacıyla çalışmalar başlatılmıştır. (Acil dahiliye Çin'de dahiliyenin yeni bir dalıdır.) İyi gelişmiş acil dahili merkezler bağımsızlaştırılmış ve büyük hastanelerde hastane öncesi bakımdan sorumlu bazı iyi gelişmiş acil klinikler kurulmuştur. Burada ambulanslar sadece nakliye amacıyla kullanılmakta iken yeni çalışmalarla acil dahili resüstasyonlar yapılmaya başlanmış, televizyon, radyo ve sağlık büroları ile iletişim ağı kurulmuştur.¹⁶

İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri (National health Service - NHS) yasası ile 1946'da ambulans hizmetleri sağlanması yerel otoriteler için zorunlu bir görev haline gelmiştir. NHS yeniden organizasyon yasası ile, 1973'te yerel otorite sağlık hizmetleri, hastane ve toplum hizmetleri ile birleştirilmiştir. 1 Nisan 1974'te ise bu hizmet yeni kurulan sağlık otoritelerinin sorumluluğuna verilmiştir. 1991'den itibaren ambulans hizmeti sağlayanlar Ulusal Sağlık Hizmetlerinin (NHS) sözleşmeli temsilcileri olarak hizmet vermeye başlamışlardır.¹⁷

Ambulans hizmeti yalnız hastanın en uygun şekilde taşınmasını değil, aynı zamanda yolculuk sırasında en iyi bakım ve tedaviyi de gerçekleştirmek durumundadır. Bu nedenle kadro eğitimi oldukça üst düzeydedir. Bu eğitim türleri şöyledir:¹⁸

¹⁵ William H. Rutherford, Robin M. Hingworth ve Andrew K. Marsden, Accident and Emergency Medicine, 2nd ed., Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989, s.45.

¹⁶ Ding, op.cit., s.62.

¹⁷ Connah ve Pearson, loc.cit.

¹⁸ Ibid., s.145.

(i)*Başlangıç eğitimi:* Yeni göreve başlayan kişiye bir iki hafta süreyle ambulans servisleri, yerel iş hazırlıkları ve ambulans yardımı ile ilgili giriş bilgilerinin verilmesidir.

(ii)*Sürücü eğitimi:* Bu iki haftalık bir eğitim kursudur. Kurs, yol, trafik kurallarına uymayı, ana yollarda ambulans kullanmayı, hasta bakımını ve hastanın rahat olmasını ve stres altında hızlı araç kullanmayı içermektedir.

(iii)*Ambulans yardımı konusunda temel eğitim:* Altı haftalık sürede gerçekleşir. Kurs yerel ambulans eğitim merkezlerinde gerçekleştirilir. Kurs içeriği; anatomi ve fizyoloji, hasta bakımı ve yönetimi, iletişim, ilkyardım, travma bakımı, ambulans yardımı, temel yaralanma ve yeniden canlandırma konularından oluşur. Bunu bir süre hastane eğitimi izler.

(iv)*Uzmanlık sonrası eğitim:* Bu program, tam olarak nitelikli kadro üyeleri olan ambulans personelinin yeteneklerini ve gereksinimlerini incelemek için düzenlenir ve her beş yılda bir tekrarlanır.

(v)*Genişletilmiş eğitim:* Bu eğitim yerel ve bölgesel eğitim merkezlerinde gerçekleştirilir ve hastane içi eğitim süreçlerinden oluşur. Entübasyon, aşılama ve defibrilasyon konularında eğitim yapılır. Bu konular ambulans yöneticileri, tıp ve hemşirelik meslekleri tarafından ortak olarak kontrol edilir.

(vi)*Küçük öğrencilerin eğitimi:* 17 – 19 yaşlarındaki gençler iki yıllık bir eğitimle yetiştirilirler. Mezun olduktan sonra ambulans firmalarında düzenli olarak çalışırlar.

ABD’de ATT’nin eğitim, ehliyet ve sertifika işleri ile dört ulusal organizasyon ilgilenmektedir. Bunlar: Ulusal Eyalet ATS Eğitim Koordinatörleri Konseyi, Ulusal Acil Tıbbi Teknisyenler Sicil Dairesi, Ulusal İtfaiye Servisi Eğitimcileri Derneği ve Ulusal Acil Tıbbi Teknisyenler Birliğidir.¹⁹

¹⁹ Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi, op.cit., s.10.

Acil tıbbi teknisyenlerin eğitiminden sorumlu olan kurumlar aynı zamanda ambulans servisinin fonksiyonlarını da belirlerler. Bu fonksiyonlar şöyle sıralanabilir:²⁰

(i) Acil durumlarda alınan çağrıyı değerlendirip en kısa zamanda olay yerine varmak. 1992 yılında Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre (bu süre) engelle karşılaşılmayan durumlarda yanıt zaman aralığı 1-33 dakika iken, engelle karşılaşılan durumlarda engelin türüne göre bu süre 2-29 dakika ile 38-67 dakika arasında değişmiştir. Engel olarak kilitli kapı, merdivenin olmaması, bozuk asansör, kalabalık gibi faktörlerle karşılaşılmıştır. (Acil çağrılar ABD'de 911 nolu telefona, ülkemizde 112 nolu telefona yapılmaktadır.)²¹

(ii) Hastanın durumunun doğru değerlendirilmesi,

(iii) 1-2 saat içinde sağlık kuruluşuna ulaştırmak,

(iv) Yolculuk sırasında en iyi bakım ve tedavinin sağlanması,

(v) Acil olmayan ulaşım isteklerinde, hekimden tıbbi olarak ambulansla taşınması gerektiğini gösteren belge alınması durumunda hastanın naklinin sağlanması,

(vi) Donanımlı ambulans hizmeti gerektirmeyen hastalar için özel araçların kullanımının sağlanması,

(vii) Tıbbi gereksinime bağlı olarak hastaların hastaneye girişlerinde, taburcu edilmesinde ve bir hastaneden diğerine taşınmasında hizmet verilmesi,

(viii) Ulaşım tıbbi nedenler yerine sosyal nedenlerle gerçekleştirilmişse belli bir ücret alınması,

(ix) Özel durumlar için geliştirilmiş sedyelerin uygun kullanımının sağlanması. Bu sedyeler; dağ ve kayak sedyesi, kaldırma araçları, yalıtılmış maddelerden yapılmış beden çantası, solunan havayı ısıtan reviva cihazı'dır.

²⁰ Rutherford, Hlingworth ve Marsden, op.cit., s.48.

²¹ Jack P.Campbell, Matthew C.Gratton ve Joseph A.Salomone, "Ambulance Arrival to Patient Contact: The Hidden Component of Prehospital Response Time Intervals", Annals of Emergency Medicine, Vol.22, No.8 (August 1993), s.1255.

Acil hastaların taşınmasında hava ambulansı kullanımı da giderek yaygınlaşmaktadır. Hava ambulanslarının en önemli özellikleri kısa süreli yanıt zamanlarıdır. Yapılan araştırmalarda vakaların % 90'ından fazlasında helikopter hastanın 100 m yakınına kadar inmiştir. Böylece hastanın taşınması için zaman kaybedilmemiştir. Özellikle kötü coğrafi şartlarda, kırsal kesimde ve çok acil durumlarda helikopterin kullanılması daha uygun olmaktadır. Ancak helikopterin inmesi için geniş bir alan bulmak özellikle şehirlerde güç olabilir. Bu nedenle hava ambulansının maksimum düzeyde etkili olabilmesi için hastanelerde iniş alanı darlığı ve çeşitli hazırlıklarla ilgili sorunların bulunmaması gerekir.²²

Özellikle bazı hastaların taşınmasında hava ambulansı şarttır. Hava ambulansı gerektiren durumlar; baş yaralanmaları, bel kemiği yaralanmaları, sabit olmayan organ kırıkları, peritonit, suni solunum ve kalp masajı sonucu hayata dönen hastalar ve şok durumları olarak sıralanabilir.²³

Hava ambulansında çağrının alınması ve ambulansın harekete geçmesi arasındaki süre ortalama üç dakikadır. Daha uzun zamanlar ise aracın yakıt alması henüz tamamlanmamışsa veya diğer görev henüz sona ermemişse olabilmektedir.¹⁴

Balkow hava ambulansında hastalar kapının arkasında, kabine yapışık olarak taşınırlar. Uçuş sırasında hastanın üzerine "paraidd" vakum önlüğü kullanılması hastanın rahatlığını sağlar ve gürültüyü azaltır. Isı genellikle 20°C'dir. Ancak battaniyeler ile hasta soğuktan korunur. Aynı anda iki hasta taşınabilir. Hastanın başucunda monitörler, solunum cihazları, O₂ ve defibrilasyon ekipmanları bulunur. Daha fazla araç gereç hastaya ulaştırılması kolay bir şekilde geri planda bekletilmektedir.²⁵

²² N.Sellwood, "An Ambulance Helicopter for Emermgency Calls," Archives of Emergency Medicine, Vol.9, No.28 (May-August 1992), s.288.

²³ Çelikli, op.cit., s.4.

²⁴ Sellwood, op.cit., s.285.

²⁵ Ibid., s.281.

Acil bir durumda haber alınan yere gidilmesi, uygun ilkyardımın yapılması ve taşıma esnasında bu bakımın sürdürülmesi hasta veya yaralının yeniden sağlığına kavuşmasında çok önemlidir. Ancak bu hizmet tek başına yeterli değildir. Bu hizmetin olumlu sonuçlanabilmesi için hastanelerdeki acil birimlerle iletişim kurulup hastanın daha ileri tedavi ve bakımının bu ünitelerde yapılması sağlanmalıdır. Ancak bu şekilde eksiksiz bir hizmet sağlanmış olur.

2 – Hastanelerde Acil Ünite Kavramı

a) Acil Ünitenin Tanımı

Acil bakım birimi başlangıçta ev, iş ve trafik kazaları gibi nedenlerden oluşan yaralanma vb. durumlarda hasta veya ailesini tedavi etme amacı ile "kaza odaları"nın giderek zaman içinde hizmet türü ve kapsamının gelişmesi ile oluşmuştur. Özellikle II. Dünya Savaşı'nda kaza odaları acil odalarına; acil odaları da hastane içi acil birim ve bölümlere dönüştürülmüştür.²⁶

Bir hastane içinde bölüm olarak hizmet vermek üzere kurulan acil birim, genelde ülkenin koşul ve standartlarına, özelde ise bölgesel niteliklere, bölge halkının gereksinimlerine uygun, günün 24 saati sürekli bakım hizmetini ve acil durumlarda kolay ve basit bir işleyiş düzenini sağlayacak yapıda olmalıdır. Bu işleyiş düzenini ve nitelikleri taşıyan birim içinde hizmet veren sağlık ekibi tarafından yapılan uygun girişimler ve gerekli ilaç, sıvı, O₂, araç – gereçleri ile

- Açık hava yolu (Air way)
- Ağız/burundan yapay solunum (Breathing)
- Dolaşım (circulation) sağlayarak
- İleri yaşam desteği (Definitif tedavi) şeklinde yapılan tüm girişimlerin ilk harflerinden oluşan ABCD, bakım ve tedavinin gerçekleştirildi-

²⁶ Oktay, Aksoy ve Yürügen, loc.cit.

gi birim acil birim olarak tanımlanır. Bu birimin amacı uygun tedavi ve bakım hizmeti sunarak hastanın yaşamını tehlikeye sokan nedenleri gidermektir.²⁷

b) Acil Hizmetin Tanımı

Acil hizmet; ölümle ya da sakatlıkla sonuçlanabilecek ağrı verici yaralanmalar, hasar ve sakatlıkların yönetimi, akut tıbbi tedavi ve acil hasas bakım yoluyla zamanında müdahale ederek bunları önlemek olarak tanımlanır. Acil hastanın zaman kaybetmeden tıbbi bakım gereksiniminin karşılanması anlamına gelmektedir.²⁸

Acil hizmetler, acil polikliniği veya acil ünite bunlar yoksa nöbetçi tabibi tarafından yürütülür. Bu hizmetler 24 saat süre ile kesiksiz olarak yürütülür. Acil poliklinik ve servisi bulunmayan, birden fazla genel cerrahi ve dahiliye kliniği bulunan kurumlarda, acil hizmeti grup nöbeti halinde yürütülür. Bu hizmetlerde, hizmetin sürekliliğini sağlayacak şekilde yeteri kadar sağlık personeli ile hayati önemi olan araç-gereç, nöbetçi eczacı bulunmayan kurumlarda da lüzumlu ilaçlar bulundurulur. Ancak büyük hastanelerin hepsinde acil hizmeti verecek donanımlı ve uzman kadroya sahip ayrı bir acil birimi bulunmalıdır. Bu birimlerde her yatağa 2 hemşire düşecek şekilde hemşire, yeteri kadar hekim ve acil birim teknisyeni bulunmalıdır.²⁹

Acil sağlık hizmetleri zincirleme, birbirinin içine girmiş ve birbirinin başarısını etkileyen, çeşitli hizmet alanları olan ayrı bir bilimsel disiplindir. Bu nedenle Avrupa ülkelerinde ve ABD'de ayrı bir uzmanlık dalı olarak görülmektedir. Bu hizmetin daha iyi bir şekilde yürütülebilmesi için ülkemizde de bu alanda son yıllarda birtakım önemli yenilikler olmuştur.³⁰

²⁷ İbid., s.2.

²⁸ Yetek, op.cit., s.5.

²⁹ Oktay, Aksoy ve Yürügen, op.cit., s.17.

³⁰ John Fawler, "Acil Tıp Nedir? Acil Hekimi Kimdir?", Acil Tıp Bülteni, C.1, No.1 (Eylül 1995), s.1.

1992 – 1993: Ulusal Sağlık Kongresinde Acil Hizmetler grubu toplanmıştır.

1993: Özel ambulans standartları geliştirilmiş, ilk ve acil yardım yeni bir uzmanlık dalı olmuş, acil tıbbi teknikerliği eğitim programı başlamıştır.

1994: İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalları açılmış ve uzmanlık vermeye başlamıştır.

1995: Acil Tıp Derneği kurulmuştur.

Acil tıp öncelikle acil servisteki hizmetleri kapsarken aynı zamanda hastane öncesi sağlık hizmetleri ve afet öncesi planlama ile de ilgilenir. Dolayısıyla hizmetin başarısı bu üç aşamanın başarısı ve birbiriyle olan etkileşiminin derecesine bağlıdır. O nedenle acil hizmet planlanırken hastane öncesi hizmet ve ambulans sistemleri ile entegrasyonu, bu hizmetlerde çalışan kişilerin eğitimi ve uygun araç-gereç, malzeme ile donatılması, hastanelerdeki acil birimlerde verilen hizmetin kalitesi açısından gözardı edilmemelidir.

c) Acil Hastanın Tanımı:

Hayati tehlike geçirmekte olan hastalardır. Çok heterojen bir grup olup tanı konulmamış sağlık problemi olan hastalardan bahsedilir. Bu hastalar herhangi bir program dahilinde gelmezler, yani ne zaman gelecekleri belli olmaz. Çünkü hastalıkları ani olarak ortaya çıkmıştır. Hastaların bu şekilde gelmesi çoğu zaman hasta ve sağlık personeli için büyük bir problemdir. Bu durumda zamanı, kaynakları ve müdahaleyi çok iyi planlamak ve uygulamak gerekir. Çünkü Hastaların tıbbi tedavi ve bakımının anında yapılması gerekir. Aksi takdirde çok küçük zaman kayıpları bile kötü sonuçlar doğurabilir.³¹

³¹ Management and Practice in Emergency Nursing, Edited by Bob Wright, 2nd. ed., London: Chapman and Hall, 1988, s.11.

B. YÖNETİM KAVRAMI

Yönetimle ilgili pekçok tanım ve fikir vardır. Eskiden bir bilim olarak görülmemesine karşın günümüzde bu fikir kabul görmemekte ve yönetim bir bilim ve sanat olarak değerlendirilmektedir. Bu kısımda yönetimin bir kaç tanımı üzerinde durularak, yönetim işlevleri açıklamış ve hastanelerde yönetimin önemi üzerinde durulmuştur.

1. Yönetim Tanımı

Sanatların en eskisi, bilimlerin en yenisi olarak nitelenen yönetim bilimi ile ilgili pek çok tanım yapılmıştır.³² "Yönetim, insanların işbirliğini sağlama ve onları bu amaca doğru yürütme iş ve çabalarının toplamıdır."³³ Başka bir deyişle, "Yönetim, bir teşebbüsün amaçlarına erişmek için, o teşebbüse en uygun insansal ve maddi kaynakların sağlanması ve bunların en etkili kılındığı süreçlerin tümüdür."³⁴ Başkalarının aracılığı ile amaçlara ulaşma veya başkalarına iş gördürme faaliyetlerinin toplamı yönetim sürecini oluşturur.³⁵

Tanımlardan da anlaşılacağı gibi yönetim süreci boşlukta tasarlanamaz. Gerçekte yönetim yapılacak işten, işin yapılacağı durumdan ve ilgili kişilerden ayrı olarak var olmaz.

Yönetimle ilgili iş ve faaliyetleri tek ya da grup halinde gören bireyler, yönetim organlarını oluşturur ki, bu organlara yönetici denir. Yönetimin bir gelir sağlama amacıyla sürekli yapılması halinde yönetim mesleği oluşur. Buna da yöneticilik denir.³⁶

Yönetimin ne olduğu ve yöneticinin ne yaptığı uygulamalı araştırmalara da konu olmuş ve bunların genel olarak vardıkları sonuç tüm yöneticilik kademelerinde yapılan işin esasının aynı olduğu, yalnızca roller ve kapsamının değiştiği, yöneticinin işinin programlanmış olmadığı, sözlü

³² Tamer Koçel, *İşletme Yöneticiliği*, İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayını, 1989, s.3.

³³ Kemal Tosun, *İşletme Yönetimi*, 4.b., İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayını, 1987, s.161.

³⁴ Perihan Velioglu, *Hemşirelikte Yönetim*, 2.b., Ankara: Meteksan Yayınları, 1982, s.3.

³⁵ Tosun, loc.cit.

³⁶ Ibid.

haberleşme ile sezgilerin çok önemli rol oynadığı ve yöneticinin diğer kişilerden aldığı ve onlara verdiği bilgi oranında güçlü bulunduğu olmuştur.³⁷

Yönetim ve yönetici kelimeleri Batı'da "administration, management, gestion" gibi terimlerle ifade edilirken, dilimizde "idare, sevk ve idare, idareci, sevk ve idareci, müdür" gibi terimlerin karşılığı olarak kullanılmaktadır. Yönetim ve yönetici terimleri, her zaman bu terimlerin tam karşılığını anlatmamakla beraber, başkalarına iş gördürme, başkaları aracılığı ile iş başarma ve amaçlara ulaşmanın sözkonusu olduğu her durumda kullanılmaktadır.³⁸

2. Yönetim İşlevleri

Yönetim işlevleri değişik kişiler tarafından değişik şekillerde tanımlanmış ve sıralanmıştır. Yönetim biliminin kurucusu Henri Fayol "Endüstriyel ve Genel Yönetim" adlı eserinde işletmede oluşan faaliyetleri altı gruba ayırarak incelemiştir. Bunlar; teknik faaliyetler, ticari faaliyetler, parasal faaliyetler, muhasebe faaliyetleri, güvenlik faaliyetleri ve yönetim faaliyetleridir.³⁹

Süreç olarak yönetimin daha yakın bir tarihte yapılmış bir analizi Ordway Tead tarafından ortaya konmuştur. Tead'e göre yönetim sürecinin esas ögeleri şunlardır:⁴⁰

- Amaçları tanımlamak,
- Plan hazırlamak,
- Yönetim kadrosunu kurarak örgütlemek,
- Otoriteyi ve sorumluluğu dağıtmak,
- Faaliyetlerin genel dağıtımını denetlemek,
- Uygulamayı nitelik ve nicelik bakımından güvenlik altına almak,
- Haberleşme ve konferanslar aracılığı ile koordinasyona git-

³⁷ Koçel, op.cit., s.4.

³⁸ Tosun, op.cit., s.162.

³⁹ Ibid., s.194.

⁴⁰ Velioğlu, op.cit., s.5.

mek,

- Personele işlerinde cesaret ve enerji vermek,
- Tüm sonucu amaçlarla olan ilgisine göre değerlendirmek,
- Gelecek için örgütün amaçlarını ve onları kavrama yollarını ve araçlarını önceden göstermek.

Bir işletme kurulmadan önce ve kurulurken birtakım tahminler, projeler ve planlar yapılır. Diğer taraftan işletme kurulurken herşeyden önce teşkilatı yani esas yapısı (kadrolar) yapılır. Bunlar arasında görev yetki bölüşümü ve sorumluluk tesbiti yapılır. Sonra iskelet halinde olan bu örgüt seçilen personel ile doldurulur ve emir-komuta ile faaliyete geçirilir. Son olarak yapılan işlerin plana, örgüte ve emirlere uygun olup olmadığı araştırılır. Buna göre yönetim işlevleri şu şekilde sıralanabilir:⁴¹

- Planlama
- Örgütlendirme
- Emir-Komuta (Yürütme)
- Uyumlaştırma (Koordinasyon, dengeleme)
- Kontrol

Her bir yönetim ögesini kısaca tanımlayacak olursak ne anlama geldiğini ve önemini daha iyi anlayabiliriz.

a) Planlama

Yönetim sürecinin esas ögelerinden biridir. Planlama bir seçim ve yeğleme sürecidir. En uygun olanın seçilmesi sözkonusu olduğuna göre, bütün olanak ve araçları bilmek, bunlardan haberdar olmak, bunları tanıyıp değerlendirebilmek gerekir. Yani planlama gerçekte bir karar sürecidir. Plan geleceğe dönük olduğu için bir zaman süresini gerekli kılar. Bu nedenle ileriye görebilmek planlamada önemli rol oynar.⁴²

Planlama, yönetimin dikkatini amaca yönelttiği, gayretleri birbiri ile ahenkli bir şekilde bağladığı ve bütün olanakların amaca yönelip

⁴¹ Tosun, op.cit., s.196.

⁴² Ibid., s.200.

yönelmediğini değerlendirme olanağı verdiği için gereklidir. Kısaca planlama bizi amaca eriştirecek yolların bilinçli olarak, bilimsel temellere dayandırılarak önceden tahmin edilmesi olarak tanımlanabilir.⁴³

b) Örgütleme

yönetim işlerinin ikinci evresidir. Örgütleme (organize etme), planda saptanmış bulunan amaç, araç ve yöntemlerin daha yakından, yani uygulama yönünde maddesel ve maddesel olmayan (yönetimsel) anlamlarda düzenlenmeleri işlemidir. Yani örgütleme, maddesel ve insansal öğeleri işletmeye ayırma, yerleştirme faaliyetidir. Başka bir deyişle örgütleme, grup faaliyetlerinde düzen, intizam ve yöntem sağlamak demektir. Organize etme önce maddesel bir anlam taşır ve üretim etkenlerini en verimli olabilecekleri biçimde yerleştirmeyi, düzene sokmayı ifade eder. Örgütlemenin ikinci anlamı ise soyut bir nitelik gösterir. Buna göre örgütleme işlerin, yetkilerin ve sorumlulukların belirlenmesidir. Böylece görevler ve mevkiler oluşur.⁴⁴

Önce işler belirlenir ve tanımlanır, sonra değerlendirilir. Bunu takiben bu işleri görürken ne gibi araçların kullanılacağı, ne gibi yöntemlerin izleneceği ve son olarak bu işleri verimli bir biçimde yapabilecek kişilerin hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği saptanır. Bundan sonra iş bölümü yapılır. Bu nitelik ve karakteri ile örgüt işletme veya kurumun temelini oluşturur. Örgütsüz bir kurum düşünülemez. Bu nedenle örgütleme yöneticinin en önemli işlevlerinden birini oluşturur.⁴⁵

c) Emir - Komuta (Yürütme)

Yönetimin üçüncü aşaması olan yürütme plan yapıldıktan ve örgüt oluşturulduktan sonra bu yapıyı harekete geçirme evresidir. Yürütme planlama ve örgütleme aşamalarında oldukça statik durumda olan yönetimi dinamizme götüren bir faaliyettir. Yürütme alınan kararları etkin hale geçirmede rol oynar. Faaliyetleri başlatır ve bitirir. Yürütmede yönetici hareket ettiren, rehberlik eden ve denetleyen otoritedir.

⁴³ Veliolğu, op.cit., s.6.

⁴⁴ Tosun, op.cit., s.225.

⁴⁵ Ibid., s.226.

Yönetici çoğu eğitim görmüş ve deneyim kazanmış, her biri önemli görevler için sorumluluğa sahip psikososyal yapıları farklı bireylerin çalışmalarını yürüteceğinden otoritesinin yanında bilgili, yol gösterici, demokratik ve barışçıl olması gerekir. Ancak böylelikle astlarını kuruluşun amaçlarına doğru yönlendirebilir.⁴⁶

d) Uyumlaştırma (Koordinasyon)

Koordinasyon, kuruluşun bütünlüğünü ve varlığını sağlayan etmenlerin başında gelir. Kuruluşun grup olarak çalışma, kısaca işbirliği sistemidir. En küçük iş gruplarında bile koordinasyon gerekir. Kısaca uyumlaştırma, işletmedeki parçaların herbiri arasında ahenkli bir ilişki kurma sistemidir. İyi uyumlaştırılmış bir kurumda her departman diğer bölümlerin ne yaptığından haberdardır ve her bölüm birbiriyle uyumlu olarak çalışır. Yine her bölüm değişen koşullarla sürekli olarak uyum içindedir.⁴⁷

e) Kontrol (Denetleme)

Yönetim işlevinin sonuncu aşamasıdır. Diğer işlevlerin neyi, nasıl ve hangi ölçüde başardığını araştırır ve saptar. Fayol'e göre, kontrol "her şeyin verilen emirlere ve konulmuş kurallara uygun yapılıp yapılmadığının gözetimidir."

Kontrol aşamasında olması gereken (planlanan, amaçlanan) ile olanı (mevcut durum) karşılaştırmak sözkonusudur. Eğer bu ikisi uygun durumda ise her şey istenen, planlanan biçimde olmuş ve beklenen sonuçlar meydana gelmiş demektir. Ters durumlar bazı sapmalar var demektir. Bu sapmalar iyi yönde ise olumlu, kötü yönde ise olumsuz sapma olarak değerlendirilir. Kötü yönde bir sapma sözkonusu ise bunun düzeltilmesi, yeniden tekrarlanmaması için önlemler alınır. Ancak bu önlemlerin etkili olabilmesi için sapmaların nedenlerinin bulunması ve bu nedenlerin ortadan kaldırılması gerekir. Kısaca kontrol süreci şu evrelerden oluşur:⁴⁸

- Standartların belirlenmesi
- Fiili durumun saptanması ve yorumlanması

⁴⁶ Velioğlu, op.cit., s.10.

⁴⁷ Tosun, op.cit., s.270.

⁴⁸ Ibid., s.281.

- Standartlar ile, gerçekleşmiş durumun karşılaştırılarak sapmaların saptanması ve yorumlanması
- Sapmaların nedenleri ile düzeltici önlemlerin belirlenmesi.

3- Hastanelerde Yönetim Kavramı

a) Hastanenin Tanımı

Tedavi edici sağlık kuruluşları olarak hastaneler Dünya Sağlık Örgütü tarafından, "Müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmeti veren, hastaların uzun ve kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşları" olarak tanımlanmaktadır.⁴⁹

Bir diğer açıdan hastaneler tıbbi tedavi ve bakıma temel oluşturan bilgi ve becerileri ile, "teknolojik araçlar ve yöntemlerin bir arada tutulduğu sosyal organizasyonlar", şeklinde tanımlanmaktadır. Hastaneler her türlü sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak kesintisiz üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, kâr gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine göre değişik özellikler gösteren bir hizmet işletmesi çeşididir.⁵⁰

Yönetim açısından yapılan bir diğer tanımda ise hastaneler; "Dinamik, değişken bir süreç içinde aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek çıktılarının önemli bir kısmını gene aynı çevreye veren geri bildirim mekanizmasına sahip sistemler", olarak tanımlanmaktadır.⁵¹

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetinin türüne, finansal kaynakların türüne, büyüklüklerine, hastaların hastanede kalış sürelerine ve kadrolu personele göre çeşitli şekillerde sınıflandırılırlar.⁵²

49 Elinor V.Fuerst, Lu Verne Wolf ve Marlene H.Weitzel, Hemsireliğin Temel İlkeleri, Çev.Y. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayını, 1979, s.12.

50 Bilal Ak, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara: Yeni Asya Yayınları, 1990, s.179.

51 Hikmet Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi yayını, 1991, s.6.

52 Nevzat Eren, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara: Hatipoğlu Kitabevi, 1984, s.133.

b) Hastanelerde Yönetimin Önemi

Birçok hizmetin bir arada ve birbiriyle uyum içerisinde yürütülmesinin zorunlu olduğu hastanelerde yönetimin önemli bir unsur olduğu herkes tarafından bilinen bir gerçektir. Gelişmiş ülkelerde sağlık kurumları ve hastane yönetimi ayrı bir disiplin ve meslek dalı olarak kabul görmekte, bu alanda lisans ve lisans üstü eğitimlerle profesyonel hastane yöneticileri yetiştirilmekte ve bunların sayısı her geçen gün artmaktadır. Oysa ülkemizde, hekimlik ve yöneticilik temelde birbirinden farklı işlevler olmasına karşın, yöneticilik görevlerini geleneksel olarak hekimler sürdürmektedir. Bu yaklaşım hastanelerde çağdaş yönetim ilkelerinin uygulanmasını engellemektedir.⁵³

ABD'de oluşturulan Sağlık Yönetimi Eğitim Komisyonu sağlık yönetimini şöyle tanımlamıştır: "Sağlık yönetimi tıbbi bakım ve sağlıklı bir çevre taleplerinin bireylere, organizasyonlara ve toplumlara belli hizmetleri sağlayarak karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonudur."⁵⁴

Gelişmiş toplumlarda en güç yönetim alanlarından biri sayılan sağlık hizmetleri yöneticiliği profesyonel sağlık yöneticileri tarafından yürütülürken ülkemizde hala buna gereken önemin verilmemesi ve tıp mensuplarının hastane yöneticiliğini bir meslek olarak görmemeleri, sağlık hizmetini olumsuz yönde etkilemektedir. Değişik hizmet grupları, gelişen teknoloji ve farklı eğitim seviyelerinde personeli bünyesinde barındıran hastanelerin yönetiminin bu konuda eğitim almış profesyonel kişilerce yürütülmesi gereği üniversitelerimizin sağlık hizmetleri yönetiminden sorumlu olanlara yönetim eğitimi sağlayan lisansüstü programlara yer vermesine

⁵³ Aytolan Yıldırım, "Türkiye ve ABD'de Üniversite Hastanelerinin Organizasyonu ve İ.Ü.Hastanelerinin Akademik ve İdari Yöneticilerinin Hastanenin Genel Durumu ve Organizasyonu ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma", (Basılmamış Doktora Tezi, İ.Ü.Sosyal Bilimler Enst., 1995), s.38.

⁵⁴ Fulya Sarvan, "Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği", Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar), der. Hikmet Seçim, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını, 1995, s.4.

neden olmuştur. Ancak bu programlara tıp dışı sağlık mensuplarının daha fazla ilgi göstermesi hekimlerin, sağlık hizmetleri yönetimini hala bir meslek olarak görmedikleri şeklinde yorumlanabilir. Bu düşüncenin değişmesi ise ancak bu programlardan mezun olan kişilerin yönetim alanında gösterdikleri iyi performansla değişebilir. Bu nedenle bu tür programların yaygınlaştırılması ve kaliteli eğitim vermeleri sağlanmalıdır.⁵⁵

Günümüzde hastaneler; tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra hekimlerin, hemşirelerin ve diğer yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi ekonomik bir işletme, eğitim kurumu, bir araştırma birimi, bir çok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir örgüt, sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğinde olan hizmet işletmeleridir. Hastanelerin verimli bir şekilde çalışabilmesi için nitelikli eleman, iyi tıbbi cihaz, araç-gereç, fiziksel şartlar ve tabiki bütün bunların organizasyonu kontrolü, insan ilişkilerinin düzenlenmesi, iş akışının akıcı hale getirilmesi, ücret yönetimi için de iyi bir yönetime ve iyi yöneticilere ihtiyaç vardır.⁵⁶

Buraya kadar olan birinci bölümde, acil kavramı ile ilgili genel bilgiler verilmiş, acil hizmetin sunulmasında etkili olan ilk yardım hizmeti ve ambulans sistemi açıklanarak acil hizmetle olan ilişkileri anlatılmış; yönetim, yönetim işlevleri, hastane yönetimi gibi kavramlar açıklanarak hastane yönetiminin önemi ve hizmeti nasıl etkileyeceği sunulmuştur.

Bundan sonraki bölümde ise acil ünitenin yönetimi ve işleyişinde önemli olan noktalar üzerinde durulacak ve acil ünite yönetimi, yönetim fonksiyonları açısından ele alınarak daha ayrıntılı biçimde açıklanacaktır.

⁵⁵ Ibid., s.5.

⁵⁶ Ibid., s.74.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERDE ACİL ÜNİTENİN YÖNETİMİ

Değişik hizmet grupları, gelişen teknoloji, çok çeşitli hasta grubu ve farklı eğitim seviyelerinde personeli bünyesinde barındıran acil ünitelerin yönetimi çok önemli ve dikkat edilmesi gereken konulardan biridir. Bu bölümde acil ünitenin yönetimi ve işleyişi yönetim fonksiyonları açısından ele alınıp ayrıntılı olarak incelenmiştir.

A. ACİL ÜNİTEDE PLANLAMA İŞLEVİ

Planlama bir davranış biçiminin bilinçli bir biçimde belirlenmesi, kararların amaçlara, olaylara, tahminlere ve gerçeklik ilkelerine dayandırılması işlemi olduğuna göre yöneticinin en entellektüel faaliyetlerinden biridir. Planın oluşturulması için önce amaçlar belirlenir. Sonra, amaca ulaşmak için izlenecek yollar ve yararlanılacak araçlar saptanır. Dolayısıyla bu aşamada yöneticinin mantıklı düşünmesi, ruhsal yetenek ve güce sahip olması ve planlama için yeteri kadar zaman ayırması önemlidir.

Acil ünite de planlama, fiziksel tasarım, acil ünite standartları, acil ünitenin faaliyet programları ve bunların üniteye sağlayacağı faydalar çerçevesinde ele alınmıştır.

1- Acil Ünitenin Fiziksel Tasarımı ve Yerleşimi

Acil hizmetinin etkin verilebilmesi için koruyucu sağlık hizmet programları, acil haberleşme hizmetleri, sağlık kuruluşları, acil hastalıkların çeşitleri gibi faktörler ve bunların etkileşimleri dikkate alınarak planlanmalıdır.

Bir kaza ve acil bölümü, genel bir hastanenin ayrılmaz bir parçası olarak hastane kompleksinin merkezine yerleştirilmeli ve diğer klinik bölümlere ulaşımı kolay olmalıdır. İdeal olarak bir hastanedeki tüm acil hastaların yönetimi mümkün olmalıdır. Ortalama 150 bin nüfusa 30-35 yataklı acil servis planlamak gerekir. Acil hastaların kaza ve acil bölümlerinden başka bir hastaneye taşınması tıbbi bakım ve hastalar açısından zararlıdır.¹

acil hasta ve yaralıları için verilmesi gereken acil sağlık hizmetleri zincirleme birbirinin içine girmiş, birbirinin başarısını etkileyen çeşitli birimlerin koordinasyonundan oluşur. Kurulacak sistemin optimal düzeyde çalışması için sistemin hiç bir yerinde en ufak bir bozukluğun olmaması gerekir. Bu nedenle acil ünitenin gece ve gündüz bağlantılı bulunduğu bölümlere yakın olması gerekir. (Kan merkezi, çeşitli laboratuvarlar, ameliyathane, anestezi, röntgen vs.)

Hastaneye getirilen hastaların çoğu, hastanenin diğer bölümlerine girmeden acil üniteye getirilirler. Toplumun hastaneye gösterdiği saygı bu bölüm hakkında oluşan imajla ölçülebilir. Acil ünite sürekli halka açık olduğu için temizleme, bakım, tamir, badana ve yönetim desteği, diğer bölümlere göre burada daha önemlidir.²

¹ Rutherford, Illingworth ve Marsden, op.cit., s.11.

² John H. Von de Leuv, Emergency Department Organization and Management, 2nd ed. Saint Luise: American Collage of Emergency Physicians, 1978, s.87.

a) Bölüme Giriş

Acil ambulansları bölüme hızlı olarak ve engelle karşılaşmadan ulaşabilmeli ve hastaları sedye ile hijyenik bir ortamda yeniden canlandırma odalarına ulaştırabilmelidir. Profesyonel ambulans ekibi tüm bu hazırlıkların düzenli olarak yapılmasına dikkat etmelidir. Özel araçlarla hasta getirildiğinde bazen sorun çıkabilir. Araç sahipleri araçları bölüm kapısına bırakarak, hasta ile birlikte gidebilirler. Giriş bölgesini kontrol eden kadro görevlilerinin bu durumlarda hoşgörülü olması gerekir. Bu sorunun önlenmesi için özel araçlar için park yerleri hazırlanabilir. Hastane yönetimi giriş bölgesindeki araç hareketlerinin, hastane servis araçları veya ziyaretçilerin araçları tarafından engellenmemesini kontrol etmelidir.³

Acil üniteye ambulans girişinden başka yürüyerek gelen veya tekerlekli arabayla gelen hastaların kabulü için ayrı bir giriş bulunmalıdır. Böylece acil üniteye giriş esnasında ambulansla gelen kritik hastaların karşılaşacağı sorunlar önlenmiş olur. Ayrıca giriş kapısının yanında giriş çıkışları kontrol etmek amacıyla bir güvenlik bölümü bulunmalıdır.

b) Hastaların Karşılansması

Ambulansla getirilen hastalar, ambulans görevlileri tarafından uygun bir yere götürülürler. Ya ambulans görevlisi veya hasta yakını acil ünitenin kabul bölümüne hastayla ilgili detaylı bilgi vermelidir. Hastayı taşıyan personel, kabul kadrosu ve hemşireler özel bir araçla getirilen kritik hastaların gereksinimlerini bilmelidir. Acil tekerlekli arabalar, sedyeler bu hastalar için hazır bekletilmeli ve hasta kayıtları için basit hazırlıklar yapılmalıdır.

Bölüm planı hazırlanırken tekerlekli araba ve sedyeler için depo olarak kullanılacak bir yer unutulmamalıdır. Kayıt masası (danışma, resepsiyon) işaretlerle açıkça belirtilmelidir. Kayıt memurları, hemşireler ile

³ Rutherford, Illingworth ve Marsden, op.cit. s.12.

yakın bir ilişki içinde çalışmalıdır. Bu hastaların bekleme süresini azaltacaktır. Böylece kayıt masasının önünde kuyruklar oluşmaz. Hastanın kayıt kartı hazırlandıktan sonra hekim tarafından tedavi edilecek hasta önceliğinin belirlenmesi triaj hemşiresinin görevidir.⁴

c) Triaj Deski

Kayıt masasına yakın bir yerde olmalıdır. Hastaların ilk muayenelerinin yapılabilmesi için muayene masaları ve ilk değerlendirmede kullanılacak araç-gereç ve malzeme bulunmalıdır. Hastanın ilk değerlendirmesinden sonra aciliyet derecesi belirlenerek acil ünite yataklarına alınır. Hastaların değerlendirilmesinde çeşitli sınıflamalar yapılabilir.

d) İzolasyon Odası

Radyasyon veya kimyasal atıklarla bulaşmış olan hastalar için düzenlenmiş bir oda olmalıdır. Bu oda bölümün diğer odalarından uzak, acil ünitenin girişine yakın olmalıdır. Odada banyo, duş ve telefon bulunmalıdır. Bit saldırısına uğramış hastalar da bu odalarda tedavi edilebilir.

e) Göz, Kulak-Burun-Boğaz ve Diş Hastalarının Odası

Özel ışıklandırılmış ve bu tip hastalara hitap eden teçhizatla donatılmış odalar bulunmalıdır.

f) Yeniden Canlandırma Odaları

Kalp krizi geçiren, göğüs ağrısı olan hastaların tedavilerinin yapıldığı odalardır. Bu odalar ambulans girişine yakın olmalıdır. Bu odalarda her hasta için yeteri kadar yer (25 m²), özel koşullar, ısı (25°C) bulunmalıdır ve tüm ekipmanlar düzenli ve iyi çalışıyor olmalıdır. Oda her gün kontrol edilmeli ve kullanılan malzemeler değiştirilmelidir.

⁴ Ibid.

g) Ölen Hastaların Bekletildiği Oda

Hastaneye getirilirken ölen hastalar, ambulans girişine yakın ve bu amaç için hazırlanan bir odaya alınmalıdır. Akrabalar veya polis cesedi görmek isteyebilir. Adli tıp kanıtları not edilmeli ve gerekli durumlarda sorgu yargıcı, yetkililerle ilişki kurulmalıdır. Ölü kişinin kimliği ailesine bildirilmeden önce tesbit edilmelidir. Cesedin hastaneden çıkarılması için acil ünite, sorgu yargıcı, polis, morg ve sigorta şirketleri ile ortak olarak belirlenen politikaları uygulamalıdır.

h) Ek Hizmet Birimleri (Tanıya Yardımcı Bölümler)

Yeniden canlandırma odasının yanında çeşitli tetkiklerin yapılabilirdiği (kan gazı tayini, elektrolit tayini, enzim tayini, alkol ölçümü, idrar tetkiki, cros-match vs.) laboratuvar bulunmalıdır.

Radyoloji bölümü, en çok kullanılan ve en pahalı araştırma servisi-
sidir. Radyoloji uzmanları burada 24 saat boyunca hizmet vermek zorunda-
dır. İdeal olarak iki oda gerekmektedir. Bunların biri kafatası ve yüz
kemikleri radyografisi için kullanılmalıdır. Yeniden canlandırma odasında
radyografi için yer bulunmalıdır. Bunun yanında kalp şoku için kullanılan
çeşitli donanım da bu odada hazır bulundurulmalıdır.

Bilgisayar tomografisi kaza bölümü içeren bir hastanenin temel
servislerinden biridir. Bazı acil bölümlerde, ultrason ve ekokardiografi de
kullanılmaktadır. Bu birimler acil ünitenin içinde yer almıyorsa acil birime
yakın bir birim olarak planlanmalıdır.⁵

ı) Ameliyathane, Anestezi, Yoğun Bakım Ünitesi

Bu birimler ya acil ünitenin içinde yer almalı veya acil ünite-
ye doğrudan açılan kapıları bulunmalıdır. Hasta dışarı gitmeden bu ünitele-
re ulaşabilmelidir.

⁵ Ibid., s.13.

i) Hasta Tedavisi

Yaralanma tedavisi, bandaj uygulaması ve aşıların çoğu özel bölümlerde gerçekleştirilir. Daha ciddi durumlar için anestezi odası, iyileşme odası ve alçı odası bulunmalıdır.

j) Gözlem Koğuşu

Bu bölüm, hastaların iyi ve güvenli olarak yönetilmesi için temel gerekliliklerden biridir ve bir hastanın gerek olmadan fazla masrafa neden olacak genel hastane koğuşuna alınmasını önler. Yatak sayısı, 30 bin nüfus için 1 yatak olarak belirlenmelidir. Alkollü ve psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların gözlenmesi için hemşire odasına yakın, plastik pencereli ve ses geçiren bir odanın olması yararlıdır.⁶

k) Personel Odası

Hastaların bakımına ve tedavisine katılan tüm personelin (hekim, hemşire, ABT, röntgen teknisyeni, sekreter vs.) toplandığı ortak bir oda bulunmalıdır. Bu odada buzdolabı, çay-kahve makinası, masa, sandalye, koltuk ve pano vs. olmalıdır.

l) Depo

Bölümün etkili olabilmesi için, yardımcı öğelerin korunduğu, temiz ve kirli eşyaların ayrı olarak saklandığı bir bölüm gereklidir. Bu bölümde temizlik malzemesi donanımı için yeterli yer ayrılmalıdır. Biyolojik maddelerin depolanması için soğuk hava deposu da bulunmalıdır.

m) Hemşire İstasyonu/Bölüm Kontrol Merkezi

Etkili bir fonksiyonun sağlanması için tüm bölümün koordine bir şekilde gözleminin sağlanması gerekir. Bu nedenle hemşire istasyonu mer-

⁶ Ibid., s.14.

Acil ünitenin fiziksel tasarım modeli Ek 2'de görülmektedir.

2- Acil Ünite Standartları

Standart; yapılaşta, anlayışta, ölçüde ve deneyişte birlik ve beraberlik anlamına gelmektedir. Standart genellikle bir ölçü birimi ya da karşılaştırma terimi olarak kullanılır.⁹

Standartlar hastanın optimum yararını garanti altına alır. Standartlar belirlenirken mevcut durum gözden geçirilir, gelecekte gerçekleşmesi istenen koşullar saptanır ve son olarak belirlenmiş olan standartlar belirli aralıklarla gözden geçirilerek ihtiyaca göre yeni ayarlamalar yapılır.¹⁰

Acil ünitelerde istenilen sonuçlara ne oranda ulaşıldığını belirlemek ve oldukça kritik hastalara bakım verilen bu ünitelerde hizmet kalitesini arttırmak için standartlaşmaya gitmek şarttır. Gelişmiş ülkelerde standartlarla çalışmak günlük yaşamın bir parçası olmuşken bizde önemi yeni anlaşılmaya başlamıştır. Sağlık hizmetini talep edenlerin eğitim ve bilinç düzeyinin yükselmesine bağlı olarak kaliteli bakım talebinin artmış olması, halen sunulan sağlık hizmetinin kalite ve düzeyindeki farklılıklar, tıbbi teknolojinin gelişmesi, tüketicilerin aldıkları hizmetin yeterli kalitede olup olmadığını soruşturmaları, sağlık hizmeti ücretinin artması sağlık sektöründe standardizasyonu vazgeçilmez hale getirmiştir. Oysa ki ülkemizde belirlenen çok az sayıdaki standart yalnızca kullanılan malzemeler düzeyindedir.¹¹

Acil hizmetlerde istenilen kalitenin sağlanabilmesi; sağlıkla ilgili tüm disiplinlerin işlevlerini, hizmet standartlarını açık-seçik olarak saptaması ve bunu tüm ilgililere yeterli ölçüde duyurması ile mümkündür. Sağlık hizmeti sunan tüm disiplinlerin (hekim, hemşire, laborant, diyetisyen

9 Özen Gömbül, "Hemşirelikte Kalite Güvenliği ve Standartlar," *Türk Hemşireler Dergisi*, C. 43, No.3 (Temmuz-Eylül 1993), s.22.

10 Selçuk Yalçın, *Personel Yönetimi*, 3.b., İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayını, 1988,s.52.

11 Gömbül, loc.cit.

vs.) eğitim, öğretim ve yönetim alanında görüş birliği içinde standartlaşmaya gitmeleri gerekmektedir. Standartların saptanmasında hizmet alan kişilerin faydaları olduğu gibi sağlık mensupları yönünden de faydaları vardır. Belirlenen standartlarla tüm dünyada yaşanan görev karmaşası sorunu büyük oranda çözülecektir.¹²

Standartlar; yüksek kalitede bakım verilmesi, güvenli bir çevre sağlanması ve etkin şekilde yönetilen acil birimin varlığını sürdürmesi için bulunması gereken unsurları açıklıkla belirtir.¹³

Acil ünite standartları belirlenirken hastanenin verdiği hizmetin kapasitesi gözönüne alınır. Buna göre acil üniteler üç kategoride ele alınmıştır. Birinci sınıf aciller, ikinci sınıf aciller ve üçüncü sınıf aciller. Üniversite hastanelerinin acilleri birinci sınıf aciller kategorisine girdiğinden burada bu kategori ile ilgili standartlar ele alınmıştır.

ABD'de Hastanelerin Standardizasyonu Programından kaynağını alarak geliştirilen Hastaneleri Kredilendirme Birleşik Komisyonu'nun acil hizmetleri ile ilgili standartları aşağıda özetlenmiştir:

(i) Standart 1: Acil tıbbi tanı ve tedavi kalifiye bireylerce uygulanır. Uygun hizmetler hastanenin imkanlarını ve toplumsal ihtiyaçları gözönüne alan iyi hazırlanmış bir plan doğrultusunda sağlanır. Bunun için gerekli olan özellikler:

- Hastane ve tıbbi ekip kendi gelişimini sağlar, toplum ölçülerinde hazırlanan acil planını uygular.
- Acil tıbbi hizmetler veren tüm hastaneler acil hizmetlerin toplumsal planını yapmak üzere işbirliği yaparlar.
- Hastane hitap ettiği topluma yönelik acil tıbbi hizmetleri sunmadaki imkanlarını belirtmek için kendini tanımlar ve sınıflandırır. Bu

¹² İbid., s.23.

¹³ Oktay, Aksoy ve Yürügen, op.cit., s.20.

sınıflandırma hastanenin ve tıbbi ekibin, toplumun ihtiyaçlarını karşılamadaki tüm imkanlarını temel almalıdır.

- Hastanenin prosedürüne göre başvuran tüm hastalara acil tanı ve başlangıç tedavisi kalifiye bireylerce sağlanır. Endikasyona göre ya tedaviye devam edilir veya uygun bir yere sevk edilir.

- Gerekli olan personel, özellikler ve sağlanması gereken hizmetler detaylı bir şekilde tanımlanmalıdır.

- Birinci sınıf acil ünite acil konusunda deneyimli en az bir nöbetçi hekimle 24 saat geniş kapsamlı bir hizmet verir. Hastane içinde en azından dahiliye, cerrahi, ortopedi, kadın-doğum, pediatri ve anesteziyen bir uzman olmalıdır. Başka bir uzmanlık konsültasyonu yaklaşık 30 dakika da sağlanabilmelidir. Karşılıklı sözlü iletişim ilk konsültasyon için kabul edilebilir.

- Hastalar toplumsal planda yapılmış olan hastane acil planına uygun olarak transfer edilir. Hastane, gerekli hayat kurtarıcı tedbirleri alır ve nakli sağlanan hastanın durumunun daha fazla bozulmaması için gerekli olan acil prosedürleri temin eder. İlk görüldüğü hastanenin imkanları yeterliyse, nedeni kartına işlenmeden hiçbir hasta keyfi olarak başka bir hastaneye sevk edilmez. Karşılacak hastane hastayı almayı kabul edene kadar ve hastanın durumu taşıma için uygun olana kadar hasta sevk edilmez. Taşıma esnasında hastanın sorumluluğu güvence altına alınır ve hasta ile ilgili tıbbi bilgiler beraberinde gönderilir.¹⁴

- Acil ünitenin yolu kolayca görülebilen işaretlerle belirtilir.

- Hastanenin afet planındaki acil ünitenin rolü, hizmet sunduğu toplum ve hastanenin imkanlarıyla ilişkili olmalıdır.

- Kritik hasta ve yaralılar için daha geniş bilgi elde etmek amacıyla diğer acil servisler, kurtarma ekipleri ve resmi güçlerle anında irtibata geçilebilmesi için, radyo, telefon, telsiz veya başka bir yöntemle iletişim

¹⁴ Joint Commission on Accreditation of Hospitals, Standarts for Emergency Services, in Accreditation Manual for Hospitals, Chicago: y.y., 1976, s.33.

sistemi olmalıdır.

- Gerektiğinde bölgedeki toplumsal grupların diliyle anlaşılabilme imkanı olmalıdır.

(ii) Standart 2: Acil servis iyi örgütlenir, doğru yönetilir, önerilen hizmet perspektifine, tıbbi hizmetlerin doğasına ve ihtiyaçlarına uygun olarak personel sağlanır. Bunun için gerekli olan özellikler:¹⁵

- Hastane organizasyon planında acil ünite ile diğer servisler arasındaki ilişki kesinlikle belirlenir.

- Acil ünitenin, tıbbi ekibe ve hastane yönetimine olan sorumluluğu yazılı olarak belirlenir.

- Acil ünitenin tıbbi yöneticisi (direktör) en az 3 yıllık acil eğitim veya tecrübesine sahip bir hekim olmalıdır. Direktör oluşmuş politikaları uygulamakta ve acil ünitenin çalışmasının sürmesi için gerekli olan tüm önlemlerin alınmasında tüm yetki ve sorumluluğa sahiptir. Nadir durumlar dışında direktör tam gün çalışır.

- Tıbbi ekibin kapsamı belirlenmeli ve hizmetliler tıbbi ekibin gözetimi altında çalıştırılmalıdır.

- Acil hastalar için konsültasyon gerektiğinde belirli dallara özgü uzmanlar bir çizelge dahilinde bulunabilmelidir.

- Bir hekim acil üniteye gelen herhangi bir hastanın tanı ve tedavisinin derecelendirilmesinden sorumludur. Hangi hastaların öncelikli acil bakıma ihtiyaç duydukları direktör tarafından hazırlanan ve ekipçe de onaylanan bir rehber yardımıyla hekim tarafından belirlenecektir.

- Nöbetçi veya uzman konsültasyonu için icapçı olan tıbbi ekip üyelerini gösteren listeler acile asılmalıdır.

- Bilgili ve deneyimli bir hemşire acil servisteki tüm hemşirelik hizmetleri personeline danışmanlık yapar.

¹⁵ İbid., s.34.

- Nöbetlerde en az bir kıdemli hemşire ve yeterli sayıda hemşirelik hizmetleri personeli bulunmalıdır. Hemşirelik hizmetleri personelinin sayısı hizmet verilen hastaların durumları ve yoğunluğu ile ilgilidir. Yatak ve hasta sayısı iş yükünü belirlemede yanıltıcı olabilir.¹⁶

- Acilin başhemşiresi acil ünite de düzenlenen tüm komite çalışmalarına katılmalıdır.

- Acil tıbbi teknisyen ve diğer yardımcı sağlık personelinin hekimlere ve hemşirelere karşı görev ve sorumlulukları yazılı olarak belirtilmelidir.

(iii) Standart 3: Acil ünite hastanenin diğer servisleri ile uygun şekilde bütünleşmiş olmalıdır. Bunun için gerekli olan özellikler;

- Acil ünitenin laboratuvarlarında her zaman kan, idrar ve diğer sıvıların rutin ve standart analizleri (arterial kan gazları, pıhtılaşma testleri, serum ve idrar osmolaritesi, mikrobiyolojik ve toksikolojik çalışmalar, elektrolit tayini, vs.) yapılabilmelidir.

- Kan ihtiyacı hastane içi veya tıbbi ekipçe onaylanmış dışardaki kaynaklardan sağlanmalıdır.

- Acil ünite de kan grubu tayini, cross-match ve kan depolama imkanı olmalıdır.

- Röntgen servisleri her zaman rutin çalışmalar için sabit ve mobil röntgen aletlerine sahip olmalıdır.

- Acil ünitelerde gereğinde angiografi, sonografi ve nükleer görüntüleme yapılabilmelidir.

- Acil ünitelerin ameliyathanelerinde kardiopulmoner by-pass oksijen pompası, ameliyat mikroskobu, kan ve hastanın ısı kontrol cihazı, kırık masası, skopili röntgen cihazları, her türden endoskoplar, kraniyotomi

¹⁶ Hülya Okumuş, "Hastaların Bakım Gereksinimlerine Göre Hasta-Hemşire Oranının Saptanması Üzerine Bir Çalışma", Hemşirelik Bülteni, Cilt: 5, No.20 (1991), s.47.

takımı, elektrokardiografi, defibrilatör, pace-maker takma olanağı, mekanik ventilatör, kan basıncı, sıcaklık, kan akım hızını ve solunum takibini sağlayacak aletler bulunmalıdır.

- Cerrahlar, anesteziist, ameliyathane hemşiresi ve diğer ameliyathane personeli bina içinde olmalı ve birkaç dakika içinde gelebilmelidir.

- Acil ünite içinde özel bakım birimleri bulunmalıdır. (Yoğun bakım ünitesi, yanık birimi vb.)

(iv) Standart 4: Bütün personel acil bakımdaki sorumlulukları hakkında eğitilmeli ve pratik uygulamalar yaptırılmalıdır. Bunun için gerekli olan özellikler:

- Kurum içinde eğitim olanağı olmadığında, dışardan kalifiye kaynaklar bulunmalıdır. Eğitim programı acil ünite direktörü, eğer yoksa tıbbi komite tarafından yapılır.

- Oryantasyon programı, acil serviste çalışanların hasta bakımı ile ilgili sorumluluklarının tümünü içerecek şekilde olmalıdır.

- Eğitim programı şunları kapsamalıdır: Hastanın tanınması, belirti ve semptomların kaydı, kardiopulmoner resüstasyon ve diğer yaşamı destekleyici işlemlerin başlatılması, parenteral sıvılar, kan ve kan ürünlerinin kullanımı, yara bakımı ve sebsis takibi, yanıklarda bakım ilkeleri, merkezi sinir sistemi ve ekstremiteler yaralanmalarında başlangıç tedavisi, acil ünite de kullanılan aletlerin verimli kullanımı, kontaminasyon ve çapraz enfeksiyon, hasta ve ailesinin psiko-sosyal ihtiyaçları.

- Acil ünitenin bütün personeli hizmet içi eğitim programlarına katılmalıdır. Kardiopulmoner resüstasyon acil ünite de çalışan tüm personele öğretilmelidir. (Hekim, hemşire, acil birim teknisyeni)¹⁷

(v) Standart - 5: Acil hasta bakımı yazılı politika ve talimatlar ile yapılmalıdır. Bu talimatlar ve hareket tarzı tıbbi komite ve hastane idaresi tarafından bildirilir ve yılda bir kez yayınlanır, gerektiğinde gözden geçirir.

¹⁷ Joint Commission on Accreditation of Hospitals, op.cit., s.35.

lererek değişiklikler yapılır. Bu politikalar/prosedürler şöyle sıralanabilir:^{18,19}

- Acil ünitenin tanımlanması
- Acil ünite tıbbi komitesinin tanımlanması
- Acil ünitenin organizasyon yapısı içindeki yerinin belirlenmesi
- Ambulans gelişi helikopter inişi
- Steril malzemenin son kullanım tarihi
- Enfeksiyon kontrolünün sağlanması
- Rapor edilecek hastalıklar
- Kayıtların tutulması ve saklanması
- Adli vakaların bildirilmesi
- Acil ünite de triaj prosedürü
- Kaliteyi arttırma programı
- Kullanılan malzemeyi değiştirme prosedürü
- Ücret belirleme prosedürü
- Hasta nakil prosedürü
- Hasta kabulü ve taburcu edilme prosedürü
- Acil ünite personelinin performans değerleme prosedürü
- Hekim direktiflerini uygulama prosedürü
- Hastanın hastaneye tekrar gelmesini gerektiren şartlar
- Hastanın kıymetli eşyalarının saklanması
- Ziyaretçi kabulü
- Kan örneği alma ve patolojiye gönderilecek örneklerin işlemi
- Radyoaktif maddelerle temas eden kişilerin acil tedavi ve bakımı
- Seksüel tacize uğramış hastanın tedavi ve bakımı
- Hırpalanmış çocukların bakımı ve takibi
- Yolda gelirken ölenler için yapılacak işlemler
- İlaç ve alkol bağımlılarının takip ve tedavisi
- Gazetecilerin kontrol altına alınması
- Toksikolojik maddeler ve antidotları ile ilgili bilgiyi edinme

prosedürü

¹⁸ Oktay, Aksoy ve Yürüğen, op.cit., s.23.

¹⁹ "Emergency Room Policy and Procedure", (Teksir, The Methodist Hospital Emergency Room, 1993), s.4.

• Acil ünite görevli olan herkesin iş tanımı ve personel politikaları

- Referans ve konsültasyon servislerinin listesi
- Afet planının başlatılması ve uygulanması

(vi) Standart 6: Acil ünite hasta bakımını kolaylaştıracak ve etkili hale getirecek bir şekilde donatılmalı ve düzenlenmelidir. Bunun için gerekli özellikler acil ünitenin fiziksel tasarımı ve yerleşimi bölümünde ele alındığından burada sadece bulunması gereken araç-gereç ve teçhizat üzerinde durulacaktır.²⁰

- Oksijen sistemi
- Mekanik ventilasyon aleti ve yardımcı gereçler
- Senkronizasyon kapasitesi olan kardiak defibrilatör
- Torasentez ve kapalı torakotomi setleri
- Trakeostomi seti
- Turnikeler
- Cut-down seti
- Laringoskop ve endotrakeal tüpler
- Trakeobronşial ve mide aspirasyon setleri
- Kapalı idrar drenaj seti
- Plevral ve perikardial drenaj seti
- Küçük cerrahi aletler
- Acil kullanım için standart ilaçlar, zehir antidotları, parenteral sıvı ve setler, kan ve kan ürünleri, enjektör ve iğneler hazır olmalıdır.
- Kullanılan malzemelerin yerine konması bir sistemle sağlanmalıdır.
- Malzemenin yerleşimi kolayca ulaşılabilir şekilde olmalıdır.
- Yataklar ve muayene masaları kolayca pozisyone edilebilir ve hareket ettirilebilir şekilde olmalıdır. Yan kenarlıkları ve güvenlik kemeri bulunmalıdır.

²⁰ Joint Commission on Accreditation of Hospitals, op.cit., s.36.

(vii) Standart 7: Acil hizmet verilen her hasta için tıbbi kayıt tutulur. Bu belge hastanenin resmi kayıtları arasında yer alır.²¹

(viii) Standart 8: Acil birimde uygun kalite kontrol mekanizmaları kurulmalıdır.

(ix) Standart 9: Bakım hizmetine yönelik tanılama, hastanın sağlık durumu ile ilgili verilerin saptanması ve toplanması; hastanın sorunlarının ve ulaşılmak istenen hedeflerin belirlenmesi, istenen sonuçlara ulaşmak için planlanan bakımın uygulanması ve bakım faaliyetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesi ile eksiklerin tesbit edilmesidir.²²

Ülkemizde acil hizmeti veren kişi ve kuruluşlara rehber olabilecek bu standartlar, ünitenin gereklerine uygun olarak planlandığında acil birimde çalışan personelin kullanabileceği bir araç niteliğindedir. Hastanın optimum yararını garanti altına aldığı gibi çalışanların da daha verimli olmasını sağlayacaktır. Bu nedenle acil birim yöneticileri standartlara dikkat ve ilgi göstermelidir. Çünkü standartlar acil birimin varlığını sürdürmesi için bulunması gereken unsurları belirtir. Acil birimde çalışan tüm personel acil birim için belirlenmiş olan standartları bilmeli ve bunların gereklilerini yerine getirebilmelidir.

3- Acil Ünitenin Faaliyet Programları

Acil üniteye yürütülen faaliyet programları ünitenin varlığını sürdürmesinde ve daha iyi bir hizmet vermesinde etkili olacaktır. Bu nedenle bu faaliyetlerin iyi planlanması, sürekliliği ve sonuçlarının değerlendirilerek yeni düzenlemelere gidilmesi hem çalışanların motivasyonunu arttıracak hem de ünitenin verdiği hizmetin kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

²¹ Oktay, Aksoy ve Yürügen, op.cit., s.22.

²² D.K.Jrnigan ve A.P.Yonug, Emergency Nursing Practice, In Standarts, Job Descriptions and Performance Evaluations for Nursing Practice, Appleton: y.y., 1983, s.197.

Bu kısımda acil üniteadaki personel alımı faaliyetleri, çalışma şekli ve nöbet çizelgesinin oluşturulması üzerinde kurularak, acil üniteye yürütülen eğitim programları ve kriz planında dikkat edilmesi gereken noktalar açıklanmıştır.

a) Personel Alımı

Özel bir konumu dolduracak kişinin bulunması zordur. Özellikle doğru insanın bulunması daha da zordur. Seçme yöntemi bir yöneticinin karşılaştığı en önemli görevlerden biridir. Acil ekibin sürekli üyelerinin seçilmesinde çok ciddi düşünülmelidir. Kurumda; işe uygun atama yapabilmek için, personelde aranan şart ve nitelikler ile ilgili standartların önceden saptanması gerekir. Gerekli personelin nitelik ve niceliklerini saptayabilmek ise, yapılacak işin tam olarak açıklanması ve bilinmesi ile mümkündür. Yani iş analizleri ve iş tanımları önceden yapılmalıdır.²³

Yöneticiler eleman alırken sezgilerine de önem verirler. Bu konuda anahtar, etkin bir şekilde beraber çalışabilecekleri elemanları ayırt etmeye yetenekli olmalarıdır. Daha az etkili yöneticiler astlarını hemen seçerler, kolayca vazgeçebilirler ve bu arada uyumsuzluğun kendilerinde değil astlarında olduğuna inanırlar.²⁴

Eleman seçimi dört adımlı bir süreçtir: Gereksinimlerin tanımlanması, işe alma, görüşme ve karar verilmesi. İşe almada önceden düşünülmesi gereken çeşitli faktörler bulunmaktadır. Temel gereksinimler, deneyim gereksinimi ve bölümün kişilik gereksinimleri gibi. Temel gereksinimler kolayca tanımlanabilir. Eğer bir yüksek okul mezunu hemşire işe alınacaksa sadece yüksek okul mezunlarıyla görüşülür. Alınacak kişide deneyim aranıp aranmayacağı önceden bilinmelidir. Bu kararı ise bölümün şartları belirleyecektir. Yani hemşire sıkıntısı varsa yeni alınacak kişinin eğitilmesi için zaman yok demektir ve deneyimli hemşire alınmalıdır. Üçüncü adım ise, bölüm için yararlı olan kişinin bulunmasıdır. Ancak işe almada

²³ Velioğlu, op.cit., s.15.

²⁴ Erdoğan Taşkın, Yönetim Pazarlama Satış, 2.b., İstanbul: Der Yayınları, 1990,s.102.

en az dikkat edilen nokta budur. Bunun nedeni belki de bunun bir lüks olarak düşünülmesidir. Başvuranların çoğu ikiye ayrılmaktadır. İş arayanlar ve kariyer arayanlar. İş arayanlar genellikle onlara mutlu bir ortam verecek bir iş aramaktadır. Bazıları kariyerleri konusunda karar vermemiştir, bazıları hangi konuda kariyer yapmak istediklerini bilmemektedir. Bunlar işlerini iyi yapsalar da katılım düzeyleri yüksek değildir. Kariyer arayanlar ise, katılımı yüksek, girişken, fikirlerle dolu, zaman ve enerjilerini gelişime ve değişime harcamak isteyen kişilerdir. Amaçların gerçekleştirilmesi için her iki grubun da dengeli olması gerekir.²⁵

İkinci adım işe almadır ve en zor adımdır. Bunu çeşitli faktörler etkiler. Coğrafi yerleşim, kurumun sunacağı fırsatlar, çalışma saatleri, ücret vb. Adaylar üç mekanizma ile toplanır. Referans, adayın kendi başvurusu ve ilanlar. Referans yeni elemanların seçimi için en çok başvurulan yöntemdir. Ancak referansı yapan kişinin yargılama eksikliği olumsuz sonuçlar doğurabilir. Adayın kendi başvurusunda, başarılı adayın bulunma şansı ilanlarla eşittir. Eğer aday ilanla alınacaksa; kurumun sundukları ve istedikleri ilanda açıkça belirtilmelidir. Başlık büyük harfle "ACİL HEMŞİRELERİ" olarak kullanılmalıdır. İlanın yayınlanmasında mesleki basın organları en iyi tercihtir. Adaların kendi başvuruları ve ilanlar ile kişilerin işe alınması referanstan daha risklidir. Bu nedenle görüşme adımı önemlidir.²⁶

E.Hubbard, "Yetenekten daha uzak olan ve az bulunan şey yeteneği tanıma yeteneğidir." demiştir. Bu da görüşme aşamasında belirleyici yöneticinin sezgileri ve bu konudaki yeteneğinin önemini güzel vurgulamaktadır. Görüşme değişik yöntemlerle yapılabilir. Hangi yöntemle yapılırsa yapılsın temel gereksinimler bilinmelidir. İş deneyim gerektiriyorsa deneyimsiz kişilerle görüşülmemelidir. Kişiye ortamın özellikleri anlatılmalıdır. Acil bölüm ortamları birbirinden çok farklıdır. Ekip çalışmasının istendiği bir ortamda katı kuralları olan bir kişi başarılı olamayacaktır. Referanslar

²⁵ Susan A.Budassi ve Janet M.Baber, Emergency Nursing: Principles and Practice, Toronto, London: Mosby Company, 1981, s.63.

²⁶ Ibid., s.65.

kontrol edilip, görüşme sonucu incelendikten sonra karar aşamasına geçilir.

Karar aşamasında panik yapılmamalıdır. Adayların özellikleri arananlara uygun değilse, hiç kimse işe alınmamalıdır. Bir kişinin işe alınıp üç ay sonar işten çıkarılması işverenin zararınadır. Karar verilirken acele edilmemelidir. İşe alma, görüşme ve iş şemaları için üç günlük süre ayrılmalıdır.²⁷

b) Çalışma Şekli ve Nöbetler

Acil tedavi ve bakım zihinsel, fiziksel ve duygusal olarak streslidir. 24 saat çalışmayı gerektirir. 24 saat ve yılda 365 gün çalışmak kolay bir iş değildir. Çalışanlar hasta veya izinde iken acil üniteler çalışma sürelerini kısaltmazlar. Yoğun çalışma, dikkat ve beceri gerektiren bu ünitelerde çalışan personelin çalışma saati planlanırken bunlar gözardı edilmemelidir. Acildeki işbölümü ve nöbet listesinin öteki bölümlerin nöbet şekillerine benzeme zorunluluğu yoktur, olmamalıdır. Acil ünitelerin çoğunda; gündüz 3 hemşire, akşam 3-4 hemşire, gece 2 hemşire ve her şiftte bir acil birim teknisyeni çalıştırılarak yılda 30 bin hasta bakılabilmektedir. Acil ünitenin şartları farklı olduğundan değişik görevlendirme stilleri denenmiştir, ancak en iyisi günde altı saatten fazla çalıştırmamaktır.²⁸

Yönetici nöbet planını hazırlarken üç amaç sözkonusudur:

- Uygun hasta bakımının sağlanması için yeterli kadronun sağlanması,
- Kişisel gereksinim ve tercihlerin karşılanması,
- Hoşgörü

Bu amaçların gerçekleştirilmesi zor olabilir. Ancak nöbet çizelgesinin hazırlanması bir anlamda insanların yaşamlarına müdahale edilmesidir. Bu nedenle eşit davranmak moral açıdan çok önemlidir. Çizelge hazır-

²⁷ Ibid., s.66.

²⁸ Oktay, Aksoy ve Yürügen, op.cit., s.24.

lanırken, mümkün olduğu kadar az kural konulmalıdır. Bir hemşirenin ekstra bir hafta sonu izni isteği, yerine çalışacak birini bulması durumunda, kabul edilebilir. Nöbet politikaları da gereklidir, ancak kişiler için katı kurallar getirmemelidir. Acil durumlarda dışardan yardım istenebilir. Bu, esneklik sağlanması için gereklidir. Bunun maliyeti yüksek gibi görünse de, ayrıntılı olarak düşününce öyle olmadığı görülür. Bir diğer nokta, gerçekleştirilmeyecek sözlerin verilmemesidir. Ancak verilmiş ise bu sözler yerine getirilmelidir. Bir kişi acilde 4 gün çalışmak üzere işe alınmışsa 4 gün çalıştırılmalıdır. Yoğun bakımda çalışamaz. Bir kişinin çalışma saatleri 7-3 ise; bu izin alınmadan 11-7 olarak değiştirilmemelidir. Ayrıca şu noktalara dikkat edilmelidir:²⁹

- Bir iş sözleşmesi yapılmalıdır. Bu sözleşmede çalışmanın full-time, part-time, saat başı veya harici olacağı, haftalık iş saatleri ve ücret belirtilmelidir. İş sözleşmesi hem çalışan için hem de kurum için açıklık aracıdır. Çalışanın statüsü değişince yeni bir sözleşme yapılmalıdır.
- Değişikliklerde iletişim kurmaya ve izin almaya özen gösterilmelidir.
- Tüm nöbet istekleri değerlendirilmelidir. Olumsuz yanıtlarda neden açıklanmalıdır.
- Kuralların dışına çıkılması önlenmelidir. Kuralların dışına çıkan kişileri kınamak için tüm bölümü etkileyen kuralların konması uygun bir davranış değildir. Bunun yerine kuralların dışına çıkan kişileri kınamak gerekir.

Bütün bunlar fazla olumlu yaklaşımlar olarak değerlendirilebilir, ancak insanlara düşünceli davranılırsa bunun karşılığındaki tepkiler de olumlu olacaktır.³⁰

²⁹ Buddası ve Baber, op.cit., s.69.

³⁰ Ibid., s.73.

c) Eğitim Programları

Acil üniteadaki iş sınırı çok çeşitlidir ve kimse her şeyi bilemez. Sürekli öğrenmek ve gelişmeleri takip etmek gerekir. Uygulamalara standart getirilebilmesi, yeni işe başlayan kişilerin yetiştirilmesi ve hizmetin kalitesinin arttırılabilmesi için eğitim vazgeçilmez bir unsurdur.³¹

Acil hizmet en fazla ön hazırlığı gerektiren alanlardan biridir. Hekimler, hemşireler ve bakıcılar diğerlerine nazaran daha fazla rehberlik ve geleceğe yönelik eğitime ihtiyaç duyarlar.³²

Eğitim; oryantasyon programı, CPR eğitimi, sürekli eğitim ve referans materyalinin sağlanmasını içerir. Ancak acil ekibi içerisinde birbirinden farklı mesleklerin bulunması eğitim programlarının planlanmasında etkili olmaktadır. Ancak tüm acil ekip üyelerinin acil üniteye yeni başladıkları dönemde bir oryantasyon programından geçmeleri gerekmektedir. Bu programda öncelikle personelin acil bakımdaki sorumlulukları konusunda bilgi verilmelidir. Bunun dışında hasta başı eğitimi, seminerler ve kurslar düzenlenerek acil ekip üyelerinin bilgileri ve becerileri yenilenmelidir. Bu eğitim programının içeriği acil birim direktörü eğer yoksa tıbbi komite tarafından belirlenir. Eğitim programının içeriği ATT (Acil Tıbbi Teknisyen) için şunları içermelidir:³³

- Hava yolunun kontrolü
- CPR
- Göğüs ve karın yaralanmaları
- Kırık-çıkık
- Şok ve transfüzyon
- Spinal yaralanmalar
- Dolaşım yetmezliği

³¹ William, Illingworth ve Marsden, op.cit., s.15.

³² C.H.Hood, "Risk Management and Quality Assurance in the Emergency Room", Military Medicine, Vol.7, No.12 (Jul-Dec 1991), s.440.

³³ Roger Snook, Medical Aid at Accident, London: Update Publications Limited, 1974, s.73.

- Kardiak aciller
- Baş yaralanmaları
- Psikolojik krizler (Histeri)
- Haberleşme: Telefon, telsiz, radyo
- Hasta muayenesi
- Vital bulgular
- Oksijen kullanma
- Hasta taşınması ve pozisyonlar
- Aspirasyon tekniği
- Zehirlenmeler
- Tüpler: Nazogastrik tüp, üriner kateter, göğüs tüpü vs.
- Örnekler: gaita, idrar örneği, balgam kültürü, boğaz kültürü
- Teknikler: Önlemler, steril teknik, izolasyon teknikleri

Acil ünite hemşireleri için planlanan eğitim programı ise şunları içermelidir:³⁴

- Hastanın tanınması, ayırd edilmesi, belirti ve semptomların kaydı
- Önceliklerin belirlenmesi
- Kalp akciğer canlandırması (CPR) ve diğer yaşamı destekleyici işlemlerin başlatılması
- Parenteral kullanılan elektrolitler, sıvılar, kan ve kan ürünlerinin kullanımı
- Yanıklarda ilk müdahale
- Merkezi sinir sistemi ve ekstremiteler yaralanmalarında ilk yaklaşım
- Acil ünite kullanılarak aletlerin etkili kullanımı
- Bulaşma ve çapraz enfeksiyonun önlenmesi
- Hasta ve ailesinin psikososyal ihtiyaçları
- Yoğun bakım hastasının takibi
- Kayıt tutma

³⁴ Joint Commission on Accreditation of Hospitals, op.cit., s.37.

Acil ünite de çalışan hekim, hemşire ve diğer tüm personel kardiyopulmoner resüstasyon konusunda eğitilmelidir. ABD'nin kendisine rekabet avantajı sağlayan asıl zenginliği eğitimidir. Eğitim şimdiye kadar bilinen en pahalı yatırımdır. ABD'de acil ünite de çalışacak tüm hemşireler üç veya altı aylık bir acil kursu aldıktan sonra acil hemşiresi sertifikası alırlar ve triaj hemşiresi olarak görev alacak kişi ayrı bir eğitimden geçirilir. Ayrıca bu bölümde çalışan kişilerin yeterlilikleri belirli aralıklarla test edilir. Yeterli görülmeyen personelin burada çalışmasına izin verilmez.

Temel eğitim programları yılda bir defa tekrarlanır. Bununla beraber her hafta veya haftanın belli günlerinde seminerler yapılarak sürekli eğitim sürdürülür. Ayrıca acil ünitenin eğitim sorumlusu gerekli gördüğü zaman, kişilere belli konularda bire-bir veya grup eğitimi yapar. Her acil ünitenin eğitim salonunda yeterince eğitim materyalinin bulunması, politika ve prosedür dosyasının oluşturulması hizmette kaliteyi arttıracaktır.³⁵

d) Afet (Kriz) Planı

Afet kelimesi ile depremler, kasırgalar, seller ve diğer doğa olayları ile savaş, yangın gibi olaylar kastedilmektedir. Bu tür olaylardan etkilenen kişi sayısı genellikle fazladır. Her hastanede bu tür olaylar için örgütlenmeyi sağlamak amacıyla afet planlama komitesi kurulmalıdır. Bu komitenin ana hedefi hastane afet planını çıkarmak, aynı zamanda bu planın bölge komite planı ile koordinasyonunu sağlamaktır. Komite acil ünitelerle, itfaiye, polis, ambulans servisleri ile, silahlı kuvvetlerle, ilk yardım ekipleriyle ve gönüllülerle işbirliği içinde olmalıdır.³⁶ Aşağıda kriz durumunda yapılması gereken işlemler aşamalar halinde verilmiştir.³⁷

³⁵ "Emergency Room Policy and Procedure", op.cit., s.10.

³⁶ Gregory L.Henry, "Risk Management and High-Risk Issues in Emergency Medicine," Emergency Medicine Clinics of North America, Vol.11, No.4 (November 1993), s.906.

³⁷ William Gissane, Hospital Based Schenez, London: y.y., 1984, s.251.

- | | |
|---------------------------|---|
| I.Aşama (Yeşil alarm) | Görevli personelin acil üniteye gitmesini sağlar |
| II.Aşama (Sarı alarm) | Personelle birlikte diğer kaynaklar da kaza-acil birimlere yöneltilir (malzeme, alet, teçhizat vs.) |
| III.Aşama (Kırmızı alarm) | Tüm hastaneyi büyük bir afete hazırlar. |

Kriz durumlarında, normal çalışma günlerinde hastane personeli anonsla, telefonla veya srenle uyarılabilir. Tatil günlerinde ise personelle evlerinden irtibat kurulur. Kazayı takiben kazazedeler uygun tedavi alanlarına götürülürler, ilk tedavileri burada yapıldıktan sonra ilgili bölümlere gönderilirler.³⁸

Afet planlama komitesi aynı zamanda halkın eğitiminden de sorumludur. Bu eğitim birtakım sorular vasıtasıyla olur:

- Kime ve nasıl hizmet verilmelidir?
- Acil personeli nasıl eğitilir?
- Gerekli yardımı hangi hastane yapabilir?
- Hastane dışında hangi kurumlar sağlık hizmeti verirler?

Sonuç olarak bu sistemle ilgili belirlenen kriterler şöyle sıralanabilir:³⁹

- Bilgi toplanarak uygun bir plan hazırlanmalıdır.
- Bu plan uygun sayıda sağlık personeli içermelidir.
- Personel için uygun eğitimi sağlamalıdır.
- Personel, hizmet ve ekipmanı birleştirecek bir merkezi iletişim sistemi içermelidir.
- Denetim merkezi 24 saat hizmet sunmalıdır.
- Sistem hizmet alanına uygun gerekli ve yeterli sayıda hava, kara ve deniz ulaşım vasıtasına sahip olmalıdır.

³⁸ İbid., s.253.

³⁹ J.A.Mck.Holloway, Yerel Yönetim ve Kriz Yönetimi, Çev.y., Ankara: Aydoğu Ofset, 1995, s.8.

- Kapasite, lokalizasyon, personel ve ekipman açısından uygun standartlara sahip yeterli sayıda ve kolayca ulaşılabilir acil tıbbi hizmetleri içermelidir.

- Sistem hizmet alanından spesifik tıbbi bakım alanına ulaşmayı sağlamalıdır.

- Ücret gibi konularda araştırma yapmadan ihtiyacı olan tüm hastalara bakılmalıdır.

- Takip, bakım ve rehabilitasyona ihtiyacı olan hastaları ilgili merkezlere göndermelidir.

- Hastanın girişinden çıkışına kadar tüm kaydını yapan bir sistem kurulmalıdır.

- Halkın eğitimi ve bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

- Ulusal acil gibi durumlarda acil tıbbi hizmet verecek şekilde planlanmalıdır.

- Çevredeki acil tıbbi merkezlerle iletişim halinde olabilmelidir.

- Görevlerin belirlenmesi, gerekli kaynaklarla birlikte, birimler arasında dağıtılması ve çalışmaların koordinasyonu ve izlenmesi.

- Somut durum konusunda diğer yönetim birimlerinin bilgilendirilmesi.

- Gerekli haritaların ve çizelgelerin düzenlenmesi ve kayıtların tutulması da mümkündür.

Bu kapsamda ayrıntılı bir çağrı planı hazırlanmalı ve bu çağrı planı; çağrı önceliği sırasına göre kilit personelin adlarını ve sürekli bulundukları telefon numaralarını saptamalıdır. Kademeli bir çağrı sistemi oluşturulmalı, sistem belirli aralıklarla teste tabi tutulmalı, telefonla görüşme süresini asgariye indirmek ve çağrıyı hızlandırmak için ilgili personele verilecek bilgiyi sınırlamalıdır.⁴⁰

Eğer hastanenin kriz planı yoksa bu tür olaylarla karşılaşıldığında büyük bir panik yaşanacağı gibi, daha fazla enerji ve malzeme harcanma-

⁴⁰ Ibid., s.9.

sına rağmen iyi bir hizmet sunulamayacaktır. Bu nedenle kurulacak bu sistemle kriz durumlarında panik yaşanması önlenerek ve daha az enerji ve malzemeyle daha sistemli bir hizmet sunulacaktır. Bunun için her hastane-nin bir afet planlama komitesi ve bu komitenin hazırladığı, hatta tatbikatı-nı yaptığı bir kriz planı bulunmalı ve bu plan zaman zaman gözden geçirile-rek eksiklikleri tamamlanmalıdır.

B. ORGANİZASYON İŞLEVİ

Organizasyon, işletmede mevcut gücün en etkin, sistemli, olumlu ve uyumlu bir biçimde kullanılabilmesi için, işletmedeki bireylerin veya grupların görevlerini en iyi şekilde yapmak üzere düzenlenmesi ve gereken olanaklarla donatılması olarak tanımlanmaktadır. Statik yönü ile ele alındı-ğında, üretim için gerekli olan maddi ve beşeri unsurları bir düzen içinde bir araya getirme faaliyetinin sonucu oluşan yapı, bünye veya örgüt anlamı-na da gelmektedir.⁴¹

Bu kısımda, acil ünitenin personel kadrosunun oluşturulması üze-rinde durularak, üniteadaki hizmetin yürütülmesinde önemli yeri olan ekip çalışmasının önemi açıklanmış; yönetim ekibi ve yönetimde izlenmesi gere-ken adımlar ve problemlerin çözümü vurgulanmıştır.

1- Ünitenin Personel Kadrosunun Oluşturulması

Acil ünite verdiği hizmetin özelliği gereği, konusunda uzman, bil-gili, pratik, olaylar karşısında soğukkanlılığını koruyabilen ve çabuk karar verme yeteneğine sahip elemanlara ihtiyaç duyan bir birimdir. Bu nedenle personel kadrosu oluşturulurken ünitenin özellikleri, hizmetin gerekleri ve kişilerin beklentileri dikkate alınmalıdır.

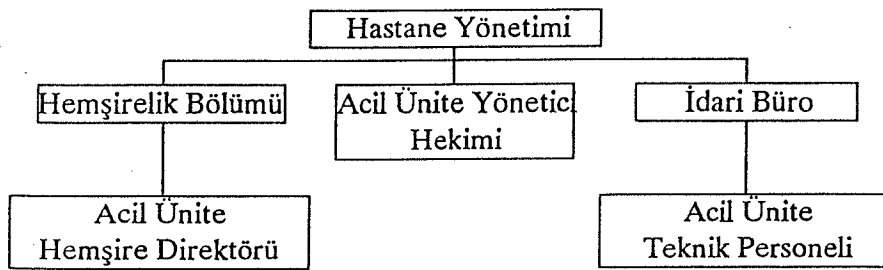
⁴¹ Hayri Ülgen, İşletmelerde Organizasyon İlkeleri ve Uygulaması, İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayını, 1989, s.7.

a) Acil Ünite Yöneticisi

Profesyonel sağlık görevlilerinin çalışma ortamını beslemek ve geliştirmekte en büyük destek yöneticinin sorumluluğundadır. Etkin olmak yöneticinin görevidir. Yönetici öncelikle en doğru şeyleri yapması beklenen kişidir. O halde yüksek etkinlik düzeyine sahip yöneticiler, yaptıkları işlerde eksiklikleri doldurulamayan kişilerdir.⁴²

Yöneticinin içinde bulunduğu koşullar, ondan hem etkinlik talep etmekte, hem de bu etkinliği başarılması zor bir şey haline getirmektedir. Gerçekten de yöneticiler etkin olmak için çabalamazlarsa, kendi durumlarının getirdiği zorluklar onları boşluğa sürükleyecektir. Doktor için hastanın şikayeti önemlidir. Çünkü bu sorun hasta için merkezi bir önem taşımaktadır. Yönetici ise çok daha karmaşık bir evrenle ilgilenmek zorundadır.⁴³

Üç ayrı emir zinciri ile özellikle hastaların tedavi edildiği bölümlerde, herkesin sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini anlamak zordur. Bu nedenle yöneticinin acil tıp hakkında bilgi sahibi olması ve etkili bir operasyon için bölümle yeterli derecede ve yeterli zaman ayırarak ilgilenmesi gerekir. Acil ünitenin yönetimi için çeşitli organizasyon şemaları bulunmaktadır. Bunlardan bazıları aşağıda görülmektedir.

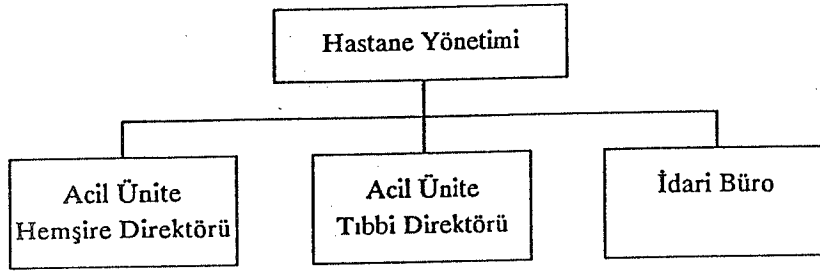


Şekil 2. Acil Ünite Yönetiminin Organizasyon Şemasındaki Yeri, Model 1

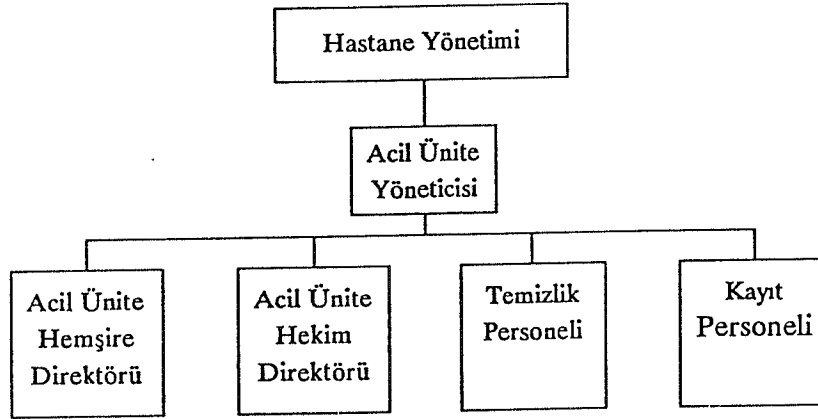
Kaynak: Van de Leuv ve John H., Management of Emergency Services, Indiana: An Aspen Publication Rocwille Maryland Royal Tunbridge Wells, 1987, s.302.

⁴² Peter F.Drucker, Etkin Yöneticilik, Çev. Ahmet Özden ve Nuray Tunalı, 2.b., İstanbul: Eti Yayıncılık 1994, s.9.

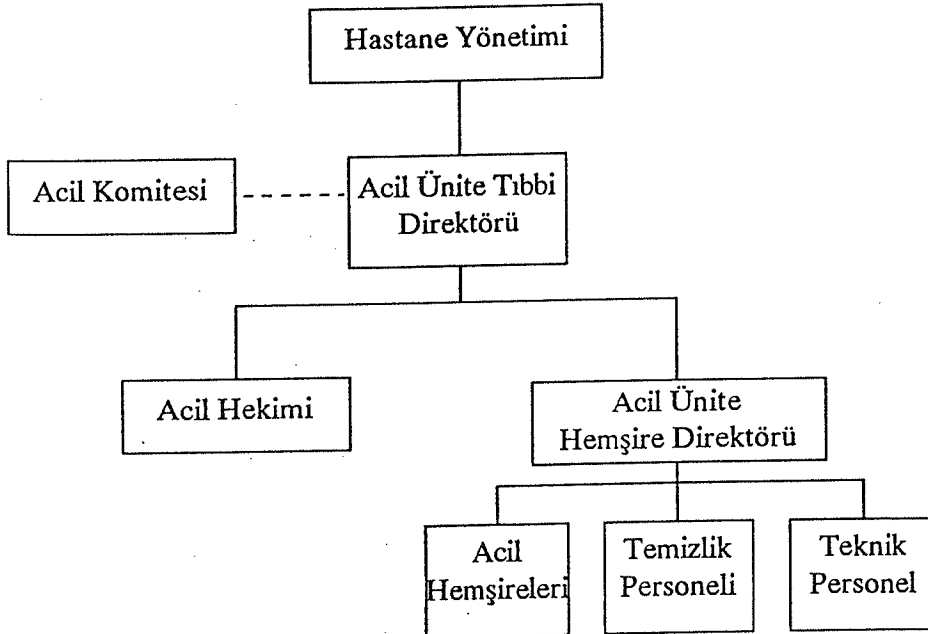
⁴³ İbid., s.18.

Model 2

Kaynak: İbid.

Model 3

Kaynak: İbid.

Model 4

Kaynak: İbid.

Yukarıda görülen her bir organizasyon yapısının birbirlerine üstünlükleri olmasına rağmen Model 4'te görülen organizasyon yapısı, diğerlerine göre çeşitli avantajlar sağlamaktadır. Bu yöneme göre hem yönetimden hem de tıbbi konulardan sorumlu olan bir tıbbi yönetici bulunmaktadır. Bir komuta zinciri ile karmaşık bir ortamda kararların hızlı alınması sağlanmaktadır. Aynı zamanda, bu yöntem bölüm personelinin görev ve sorumlulukları konusundaki yanlış anlama potansiyelini azaltmaktadır. Tüm acil servis personelinin bir yönde birleştirilmesi ile, hasta bakımının geliştirilmesi için gereken yeni yöntemler kabul edilmektedir. Bu yapı daha çok ABD'deki uygulamalara uymaktadır.

Acil bölüm içindeki uygulamalar yetki ve sorumlulukların kesin olarak tanımlandığı kuramsal bir yapı gereğini ortaya koymaktadır. Bölüm yöneticisi, bölüm içindeki hizmet kalitesinden sorumludur ve hizmet uygulamalarına katılan personele etkili bir lider olmak zorundadır.

Acil bölümlerin bilgili, yenilikçi ve bol kaynaklı yönetim gerektirdiği vurgulanmaktadır. Hastanelerde, bu bölümü yönetecek kişinin çok dikkatli seçilmesi çok önemlidir. Eğer bir hastane, topluma hizmet verdiğini ve yüksek kalitede acil bakım hizmeti sağladığını ileri sürüyorsa, bu durumda üretim, yöneticinin seçilmesi ile başlamalıdır.⁴⁴

Günümüzde sağlık hizmetleri alanında acil bölüm yönetimi en önemli ve dikkat edilmesi gereken konulardan biridir. Acil tıp yeni, dinamik, hızla değişen bir branştır ve yönetimi de kadro üyelerinin katılımını gerektirir. Tüm ekip üyelerinin bölüm amaçlarını anlaması önemlidir, çünkü amaçların karşılıklı onaylanması sonucunda başarıya ulaşılacaktır. Amaçların belirlenmesine yalnız tıbbi yönetici ile hemşire yönetici katılabileceği gibi, acil ünite yönetim komitesinde yer alan tüm yönetim kadrosu üyeleri tarafından da belirlenebilir.

Amaç belirleme sürecinde ilk adım, bölüm için stratejik amaçların tanımlanmasıdır. İki tür stratejik amaçtan söz edilebilir: Bunların ilki,

⁴⁴ Ibid., s.303.

bölümün tüm felsefesini oluşturmaktır. Örneğin, "Optimal acil bakım sağlanması", "tüm hasta gruplarının gereksinimlerinin karşılanması" ve mesleki gelişmeler için fırsatlar sağlanması" gibi. Bu felsefi amaçlar, temel olarak bölümün var oluş nedenini yansıtmaktadır.⁴⁵

Stratejik amaçların ikinci türü yıllık olarak belirlenir. Her yıl yazılı olarak yıllık amaçlar belirlenmelidir. Yıllık amaçların her biri felsefi amaçlarla ilgili olmalıdır. Örneğin, hastanın tedavi süresinin en aza indirilmesi yıllık bir amaçtır ve tüm hasta gruplarına bakım sağlanması amacı ile ilgilidir. yıllık amaçlar, nerede olmak istendiğini belirtmektedir. Bunun önemini Laurence Peter'in şu sözü çok iyi vurgulamaktadır. "Nereye gittiğinizi bilmiyorsanız, herhangi bir yerde kalırsınız." yıllık amaçların belirlenmesi üç öge gerektirmektedir: katılım, uzlaşma ve genel birlik. Bölüm ne kadar kötü bir durumda ise amaçların belirlenmesi o kadar kolaydır. Bu durumda temel eksiklikler daha açık olarak ortaya çıkmaktadır. Bölümün gelişmesi için ayrıcalıklı konuların belirlenmesinde genel birlik olmalıdır. Bölüm içinde CPR sertifikalı kişiler yoksa "renal patofizyoloji hakkında detaylı bilgi "amacı gerçek dışı bir amaç olabilir. Temel amaçlar karşılanmamışsa daha yüksek amaçların belirlenmesi de anlamsızdır. Bir yıl içinde yalnız iki veya üç temel amaç belirlenmelidir. Tüm eksikliklerin bir yıl içinde tamamlanması imkansız ve gerçek dışıdır.⁴⁶

Sorunlar tanımlandıktan sonra sorunların çözümü daha kolaydır. Eğer arabanız durduysa bunun en zor kısmı nedenini bulmaktır. Bunun düzeltilmesi pahalı ve geç olabilir ancak imkansız değildir. Acil bölümlerin yönetiminde pek çok fırsatlar vardır. Sorunlar çoktur ve bu sorunların çözümü için çok fazla çaba harcanmaktadır. Her sorun yetenek ve yaratıcılığın kullanılması için bir "fırsattır." sistemden kaynaklanan problemlerin yanında bir de insanlardan kaynaklanan problemler söz konusudur. Yöneticinin çalıştırdığı kişilerin zeki ve iyi eğitilmiş oldukları düşünülürse bu durumda problemlerin % 90'ı sistemden kaynaklanmaktadır. Problemlerin sistemden mi yoksa insanlardan mı kaynaklandığını ayırt etmek için basit

⁴⁵ Budassi ve Baber, op.cit., s.52.

⁴⁶ Ibid., s.53.

bir mekanizmadan söz edilebilir. Amaçların gerçekleşmesinde engel olarak görülen tüm yargılardan sonra "Çünkü" kelimesi kullanılmalıdır.

- Moral düşüktür, Çünkü.....
- Kayıt kartları yetersizdir, Çünkü....

"Çünkü" kelimesinin kullanılması gerçek sorunun tanımlanması için düşünme sürecini başlatacaktır. Sorunlar tanımlandıktan sonra çözüm kararlarının verilmesi gerekir. Çözüm için kullanılacak olan yöntem belirlenir ve harekete geçilir. Böylece sistematik olarak yaşanan problemler çözümlenir.⁴⁷

Bölüm gereksinimlerini karşılayan yönetim yapısının bulunması bölüm yöneticilerinin en büyük sorunudur. İdari yapı kişiler ve fonksiyonların sorumluluklarının belirlenmesidir. Ancak her ortam için geçerli olan bir yapı yoktur. En uygun yönetim modelinin bulunması için çeşitli denemeler gerekebilir. Ancak insanlar tarafından geliştirilen en iyi sistemler insan yönetiminin nasıl olacağı bilinmediği sürece geçersizdir. Sistemi insanlar oluşturur. Doğru kişiler, sistemin daha iyi çalışmasını sağlar. İyi bir sistemde doğru insanların seçilmesi ve insanların iyi yönetimi, bölümün varlığını sürdürmesini sağlar. İnsanlar karmaşıktır ve insanları motive eden faktörler farklıdır. Bu nedenle insanlardan oluşan bir gruptan sorumlu olmak bazen gerilim ve strese neden olabilir. Ancak yönetim görevinin en önemli yanlarından biri de budur. Bir yöneticinin düşünmesi gereken ilk konu, kendisinin insanlar hakkındaki felsefesidir. İnsanlar farklıdır, liderlik tipleri farklıdır ve insanların yönetimi için özel tekniklerin geliştirilmesi yöneticinin sorumluluğudur.⁴⁸

b) Acil Bakım Hemşiresi

1970 yılında ABD'de kurulan Acil Departman Hemşireleri Birliği (EDNA) acil hemşirelerinin rol ve sorumluluklarına yenilikler getirmiş-

⁴⁷ Ibid., s.56.

⁴⁸ Ibid., s.62.

tir. Pek çok yerde eğitimlerle acil hemşireleri yetiştirilerek yetkileri sertifikalarla belgelendirilmiştir.⁴⁹

Acil hemşirelik bakımı, karmaşık, birincil ve akut tabiatlı; kapsamı geniş bilgi ve beceriye gereksinimi bulunan, hastalığın teşhisine yardımcı ve sağlıklı destekleyici özelliklere sahiptir.⁵⁰

Özel eğitimden geçmiş, acil alanında uzman olan hemşirelerin temel sorumluluğu esas değerlendirmeyi ve etkin hasta sınıflandırmasını (triaj) yapmaktır. Bunlar aynı zamanda; hızlı hasta devrini sağlamaya, hızlı gereksinimlere yanıt vermeye, bakım vermeye, hava yolu açmaya, yeterli sirkülasyonu ve perfüzyonu sağlamaya ve gereken öteki destek faaliyetlere katılırlar. Bazı durumlarda gerekiyorsa hemşirelik, EKG, röntgen gibi bazı laboratuvar testlerinin istenmesini de kapsar.⁵¹

Acil ünite hemşiresinin CPR (ilaçların uygulanması, doz belirleme, defibrilasyon dahil) ve hava yolu açma tekniklerini (endotrakeal entübasyon) standartlara uygun bir şekilde yapabilmesi istenir. Acilde çalışan her hemşirede; travma, nörolojik hasar, kardiopulmoner sıkıntı ve aritmi-lerden kaynaklanan, yaşamı tehdit eden durumları tanıma yeteneği geliştirilmelidir, çünkü hekim hastayı görmeden önce acil birim hemşiresinin ilk kararı vermesi beklenir. Zamanın çok değerli olduğu durumlarda hastanın geleceği açısından hemşirenin tanısı kritik önem taşır. Bu tür becerilerin kolay kazanılmadığı düşünülürse, acil birim hemşirelerinin uzman hemşireler olduğu kabul edilmeli ve sürekli orada görevlendirilmeleri sağlanmalıdır.⁵²

c) Acil bakım hekimi

Genelde, acil bakım hekimi, bölüme kabul edilen her tür hasta/yaralının tıbbi bakım ve tedavisinden sorumlu olan ve acil bakım ekibinde

⁴⁹ "Management and Practice in Emermgency Nursing", op.cit., s.10.

⁵⁰ Sevgi Hakantürk, "Acil Hemşireliği", Türk Hemşireler Dergisi, C.41, No.4 (Ekim-Aralık 1991), s.10.

⁵¹ Oktay, Aksoy ve Yürüen, op.cit., s.19.

⁵² Gerri A.Wittrock, Emergency Word Nursing, y.y., [t.y.], s.724.

lider rolünü üstlenen ekip üyesidir. ABD'de acilde 24 saat boyunca, 2 yıl acil deneyimli ve acil sertifikalı hekimlerin bulunması istenmektedir. Acil hekiminin, acil karar verebilmesi, uygulamalarda pratik olabilmesi ve her tür hastaya ilk müdahaleyi gerçekleştirebilecek kapasitede olması gerekir. Bütün bunlar ise özel bir eğitim ve bilgi birikimi gerektirir.⁵³

Gelişmiş pek çok ülkede acil hekimliği özel bir ihtisas alanı iken ülkemizde henüz çok az üniversitede acil bölüm uzmanlık eğitimi vermektedir. İstenen tıbbi bakımın verilmesi için en kısa zamanda acil konusunda uzman hekimlerin sayısının arttırılması; acil gibi oldukça kritik karar vermeyi gerektiren bir bölümde yetersiz hizmet veren asistan (uzmanlık öğrencisi) lara olan ihtiyacı azaltacaktır. Her ne kadar gündüz saatlerinde acil ünitelerde, uzman veya uzmanlık üstü eğitimi olan hekimler varsa da 24 saat aynı kalitede hizmet vermesi gereken bu üniteler için; tıbbi bakımın yeterli düzeyde olmasını sağlayamamaktadır.

1995 yılında kurulan Acil Tıp Derneği'nin amacı, Acil Tıp hizmetlerini iyileştirmek, bu konuda görev yapan hekimlere eğitim desteği sağlamak ve Acil Tıp konusunda standartları belirleyerek, İlk ve Acil yardım Anabilim dallarının açılmasını destekleyip bu konudaki uzmanlık eğitimi yaygınlaştırmak olarak belirtilmiştir. Böylece ülkemizde standartlara uygun, gelişmiş bir acil hizmetin verilmesi sağlanabilecektir.⁵⁴

d) Acil Birim Teknisyeni

Acil hastalara özgün, güvenli ve kapsamlı bakım verecek olan hemşireler ve tıp personeline yardım etmek üzere becerili Acil Birim Teknisyenlerine ihtiyaç vardır. Bu kişilere verilecek sorumluluklara uyacak şekilde ve ölçüde minimum 15 saatlik temel müfredatı olan veya daha kapsamlı bir eğitim programı uygulanır.⁵⁵

⁵³ James E.Pointer, "The Advanced Life Support Base Hospital Audit for Medical Control in an Emergency Medical Services System", Annals of Emergency Medicine, Vol.16, No.5. (May.1987), s.558.

⁵⁴ Fawler, loc.cit.

⁵⁵ Oktay, Aksoy ve Yürügen, op.cit., s.30.

Acil birim teknisyenliği kadrosu için kişilerden istenen temel nitelikler; zeka, insanlararası iyi ilişki, acil girişimde soğukkanlı ve makul yargılama kapasitesi ve acil hizmete yatkınlıktır.⁵⁶

Adaylar lise mezunu olmalı ayrıca; acil üniteye iki yıllık ön deneyime sahip olmalı veya sağlık alanında yetiştirilmek için planlanmış asgari eğitime veya yeterliliği kabul edilmiş bir hastane tarafından verilen, yoğun iş başında eğitim programına katılmış olmalıdır. Bu eğitimden sonra istenen temel beceriler şunlardır:⁵⁷

- Havayolu yönetimi
- Oksijen verme
- Aspirasyon teknikleri
- Oksijen maskelerini kullanabilme
- Kardiyopulmoner canlandırma (CPR) sertifikası
- Hayati bulguları alıp kaydetme
- Kaba nörolojik muayene (Pupilla çapı, eşitliği, ışığa reaksiyon ve akomodasyon)
- 90 saniyede travma değerlendirmesi
- Dökümantasyon
- Yaranın cerrahi girişime hazırlanması, steril teknik, bazı ortopedik yöntemler, göğüs tüpleri, lomber ponksiyon, minör onarımlar, laserasyon için cerrahi dikiş ve agraft koymaya yardım
- Örnek toplama
- Acil birimin mevzuatı ve görevinin sınırları

Acil Birim Teknisyeninin temel görevleri de şöyle sıralanabilir:⁵⁸

Ameliyathane, hasta odaları, alçı odası, servis odası vb. acil odalarındaki malzeme veya yatak takımlarının kontrolü ve bulundurulmasından, girişimlerden sonraki temizlikten, cerrahi aletlerin ve malzemelerin

56 Nancy L. Caroline, Emergency Medical Treatment A Text for EMT – As and EMT Intermediates, 3rd ed., London: Litte, Brown and Company, 1991, s.6.

57 Oktay, Aksoy, Yürügen, op.cit., s.31.

58 İbid.

kullanımı ve yerleştirilmesinden, her nöbet sonunda ve sırasında çöplerin toplanıp atılması ve çarşafların götürülmesinden, her zaman temiz tekniğe istenen belirlenmiş önlemlere, izolasyon ve asepti tekniğine uygun çalışmaktan sorumludur.

Acil Birim Teknisyeninin acil girişimlerdeki rolü ise; havayolu takmak, lüzum halinde O₂ maskesi ile O₂ vermek, CPR'ı başlatmak ve sürdürmek, kardiak monitörün elektrodlarını hastaya yerleştirip skoba bağlamak, gerek olduğunda aspirasyon yapmak, arterial basınç noktalarını kullanarak veya doğrudan basınç uygulayarak kanamayı durdurmak olarak sıralanabilir.

Acil birim teknisyenliği acil ünite için vazgeçilmez bir kadrodur. Ancak rol ve sorumluluklarından da anlaşılacağı gibi bu işi yapacak olan kişilerin ciddi bir eğitimden geçerek yeterliliklerinin onaylanması gerekir. Aksi taktirde eğitimsiz ve bilgisiz kişilere bu görevler verilirse oldukça kötü sonuçlar doğabilir.

2- Acil Ünite Ekibi ve Ekip Çalışmasının Önemi

Sağlığın temel gereklerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesi, sağlık politikalarının iyileştirilmesi ve risklerin azaltılmasının tek yolu iyi bir işbirliğidir. Bu işbirliğinin en güzel örneği ise acil ekibidir. Ekipler, bir amacı gerçekleştirmek için toplanan iki ya da daha fazla kişiden oluşan gruplardır. Bir yönetim ekibi oluşturulurken, dikkat edilmesi gereken, ekibin ünvan sahibi minimum sayıdaki kişilerden oluşmasıdır. Ekibin boyutları ne olursa olsun üç temel içerik sözkonusudur. İnsan yetenekleri, klinik yetenekler ve kurumsal yetenekler.⁵⁹

İnsan yetenekleri, bakım konusunda etkileşimi, yüzleşmeyi, danışmanlığı ve iyi niteliklerin görünmesini içerir. Klinik yetenekler; klinik uzmanlığı, eğitim coşkusunu, öğrenme ve öğretime katılımı içermekte-

⁵⁹ Buddası ve Baber, op.cit. s.83.

dir. Kurumsal yetenekler; etkinliğin arttırılması, eksiklerin tanımlanması, mantıklı düşünce ve proje organizasyonu sistemlerinin tanımlanması yeteneğidir. İdeal olarak tüm bu yetenekleri dengeleyebilen bir lider bulunabilir. Ancak bu yeteneklerin tümüne sahip olan kişiler çok azdır. Bu nedenle acil üniteler için yönetim ekibi oluşturulabilir. Ancak yaygın olarak böyle bir yöntemle başvurulmadığından yönetim ekibinden çok acil ünitelerde gereklilik olan ekip çalışması bazında konu ele alınmıştır.

Acil birim ekibi; hekim hemşire gibi değişik disiplinlerden meslek üyelerinin ve hastane yönetiminin birlikte belirledikleri, acil bakım standartları ile ilgili ortak amaçlar doğrultusunda sunulan acil tedavi ve bakım hizmetlerini belirli görev, yetki ve sorumluluklar çerçevesinde, uyumlu bir şekilde sunan profesyonel ve profesyonel olmayan kişilerden oluşur. Acil bakım hizmeti veren bu kişiler arasında sürekli bir iletişim, disiplinlerarası işbirliğinin varlığı verilen bakımın etkinliğini ve niteliğini yükselttiği gibi; ortamın ve ekibin huzur ve düzen içinde olmasına ve hasta akışının hızlanmasına da neden olur. Tersî düşünülduğünde bu disiplinler arasında işbirliğinin koptuğu durumlarda ise verilen hizmet olumsuz yönde etkilenecektir.⁶⁰

Acil birimlerde çalışanların duyguları da diğer kliniklerde çalışanlardan farklıdır, çünkü bu kişilerin duyguları, acil problemlerin önceden bilinmemesinden kaynaklanan tecrübelerle doludur. Ani gelişen olaylar karşısında kişilerin tepkileri de ani gelişebilir. Sinirlilik ve acele hasta bakımına yansiyabilir. Bunu en az düzeye indirmenin yolu ise teknik, klinik ve kadro olarak ortaya çıkabilecek problemlere hazırlanmak; ekibin her üyesinin yaptığı işin bilincinde ve sakin olabilmesidir. Eğer ekip üyeleri heyecanlanır, kendilerini kaybederlerse hastanın hayatı kaybedilir.⁶¹

Acil bakım ekip çalışması alanında çeşitli fırsatlar sunmaktadır. 24 saat boyunca, sağlık bakımı alanında hemşirelerin, hekimlerin, teknisyen ve diğer görevlilerin birlikte çalıştığı tek bölüm, acil ünitelerdir. Aynı

⁶⁰ Oktay, Aksoy ve Yürügen, op.cit., s.8.

⁶¹ Hakantürk, op.cit., s.11.

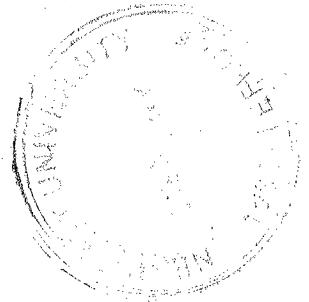
zamanda stresli bir alandır ve ekip üyeleri çok kısa bir sürede çeşitli amaçları başarmak zorundadır. Böyle bir ortamda beklenen, ekip üyelerinin her zaman soğukkanlı, sakin ve mantıklı hareket etmesi ve birbirlerinin eksik yönlerini tamamlamalarıdır. Bölüm içinde profesyonellik ortamı ve karşılıklı saygı oluşturulduğunda, iş arkadaşları arasında oluşan çatışmalar ve sorunlar en aza indirgenir.

Bu ortamın kurulması ve geliştirilmesi çaba gerektirmektedir. Acil ünite de çalışan kişilerin yüksek düzeyli olması gerekir. Herkesin belli bir fikri vardır ve genellikle bu fikirler paylaşılır. Bireysellik, iddialı olma şeklinde kendini gösterir ve bireyler arasındaki sürtüşmeyi önler. Ancak bu nitelikler, uygun bir şekilde ortaya çıkmadığı zaman, ekip çalışmasını engelleyebilir.

Ekip çalışması için, tıbbi direktörler ve diğer direktörler rol modelleri oluşturmalıdır. En üst düzey liderler birlikteliği sağladığı zaman, doğal olarak ekip üyeleri arasında da birliktelik sağlanacaktır. Şüphesiz bazı durumlarda liderler arasında anlaşmazlık görülecektir ancak, bu anlaşmazlık bölümde genel bir tartışma ortamı yaratmamalıdır. Lider kadrosu bölüm hakkında şikayet etmeyecek, diğerlerine iftira atarak, yalnız kendi tarafları için bağlılık istemeyecek kadar olgun olmalıdır. Amaç her zaman karşılıklı onaylanan bir operasyon yöntemine ulaşmak olmalıdır. Bu kişiler, birbirleriyle anlaşamıyorsa biri -belki de ikisi- görevden ayrılmalıdır.⁶²

Ekip içerisinde çatışmaların yaşanmasını önlemek için, olgun ve profesyonel kadro üyeleri seçilmesine dikkat edilmelidir. İşe yeni üyeler alındığında adaptasyon programının bir parçası olarak sorunların ve şikayetlerin nasıl çözümleneceği onlara açıklanmalıdır. Gerçek amacın, sorunların büyütülmesi değil çözümlenmesi olduğu öğretilmelidir. Sorunların büyütülmesi ve diğer insanlara yansıtılması hoş karşılanmamalıdır.

⁶² Buddası ve Baber, op.cit., s.84.



Lider kadrosu, hiç bir işin diğer alanından daha düşük olmadığını açıklarsa hiyerarşi sorunlarını en aza indirger. Hekimler diğer görevlilerden daha üstün olduklarına inanırlarsa acil bölüm uygun şekilde fonksiyonlarını yerine getiremez. Aynı şekilde hemşire ve teknisyenler için de bu geçerlidir. Hiç bir hizmet grubu işbirliği olmadan fonksiyonlarını yerine getiremez. Acil bölümün işlevlerini yerine getirmesini sağlayan faktör, ekip çalışmasıdır. Etkinlik için sorumluluklar belirlenmelidir. Ancak görev dağıtımından 5 dakika sonra bir üyenin bu benim işim değil demesi uygun bir davranış değildir.⁶³

Bir işbirliği ortamının kurulması, temel olarak lider kadrosunun, ikinci olarak da tüm kadro üyelerinin sorumluluğu altındadır. Karşılıklı destekleyici ve anlayışlı bir ortamın oluşturulması sevecenlik, çatışmaların belirlenmesi ve çözümünü gerektirir. Zaman zaman motivasyonu arttırıcı, ekip üyelerinin iletişimini kuvvetlendirici toplantıların yapılması, ekibin işlerliğini ve verimini arttıracaktır.⁶⁴

Bir işbirliği ortamının kurulması ve korunması kolay değildir. Çaba ve amaçlara katılım gerektirir, ancak yararları açık olarak ortadadır. Bir ekip sorunu varsa yüzleşme yöntemiyle sorunun en kısa zamanda çözümü önerilmektedir. Çünkü ekip içindeki çatışmalar hizmetin kalitesini ve verimini olumsuz yönde etkileyecektir.⁶⁵

Organizasyonun amacı, hedeflere en az masraf ve enerji ile ulaşılması için, gerekli olan düzenin yaratılması, organizasyon üyelerinin birleşmesi ve tam bir uyum halinde işbirliği yapmasıdır. Bir organizasyonun yaşaması için onu oluşturan grubun organizasyonun amaçlarını destekleyecek şekilde uyumlaşması ve bu amaçları gerçekleştirmek için yeterli sayıda araç, gereç, malzeme ve elemana sahip olması gerekir. Bu bakımdan acil ünitelerde etkin ve verimli bir hizmetin verilebilmesi için, hizmet verilen nüfusa göre uygun yatak kapasitesine, elemana ve malzemeye sahip olmalıdır. Yapılan araştırmalar, 30 bin nüfus için 1 acil yatak ve her acil yatağa

⁶³ Ibid., s.85.

⁶⁴ Ibid., s.86.

⁶⁵ Ibid., s.88.

ideal olarak iki hemşire ile acil birimde 24 saat boyunca 1 uzman hekim ve 1 acil birim teknisyeninin bulunması gerektiği yolundadır. Ancak yatak sayısı her zaman iş yoğunluğunu göstermediğinden, personel sayısının iş yoğunluğuna göre belirlenmesi daha uygun olacaktır.

Çok çeşitli hizmetlerin bir arada ve iç içe yürütüldüğü acil birimlerde, iyi bir organizasyon, işbölümü ve etkili bir ekip çalışmasının hizmetin kalitesini arttıracak ve birimin varlığını daha iyi şartlarda sürdürmesini sağlayacağı söylenebilir.

C. YÜRÜTME İŞLEVİ

Yürütme işlevi, planlanan şeyleri uygulamaya geçirme sürecidir. Yönetici, bölümü dolduran ve psikososyal yapıları ayrı olan çeşitli insanları yönetmek durumundadır. Planlama ve organizasyon evrelerinde eşya, faaliyet ve olaylarla ilgilenen yönetici, yürütme evresinde gerçek anlamda insanla buluşur. Çünkü, bölümde bir iş görmek üzere sürekli olarak çalışan kişiler, psikolojik ve toplumsal niteliklerini bu evrede yavaş yavaş ortaya koyarlar ve böylece her gün çözümlenmesi gereken sorunlar ortaya çıkar. Bu nedenle yürütme işlevi oldukça dinamik bir faaliyettir.

Yürütme işlevi, yönetimin çekirdeğidir. Amaç, kurumda yer alan kişilere, görevlerini etkin ve verimli bir biçimde yaptırmaktır. Kurumun işleyişi süresince oluşan olayları hemen dikkate alıp, ona göre düzenlemeler yapmayı da kapsayan yürütme işlevi dinamik olduğu gibi sürekli bir niteliğe de sahiptir. Komuta yetkisine sahip olan yöneticilerin; bilgi vermek, yol göstermek, inandırmak gibi olumlu ve demokratik araçlarla astlarını yönetmeleri ve böylece bölümü amaçlarına doğru yürütmeleri gerekir.⁶⁶

Acil gibi kritik hasta bakımı veren birimlerde yürütme işlevi daha da dikkat edilmesi gereken bir konudur. Bu aşamada yapılacak en ufak bir hata hastanın hayatına mal olabilir. Bu nedenle bu aşamada prob-

⁶⁶ Tosun, op.cit., s.243.

lemleri en az düzeye indirmek ve kurulan sistemin düzenli bir şekilde işlemesini sağlamak önemlidir. Bu da bir takım faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesi ile mümkündür.

1- Hasta Kabulü ve Triaaj Sistemi

Hayatı tehlikede olan bir hasta veya yaralının hastaneye kabulü şarttır. Şüpheli durumda olanların da hastaneye kabul edilip yatırılması gerekir. Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği 57.maddesi acil vakalara gereken tedavi ve yardımın derhal yapılmasını gerektirir. Gelen hasta kabul edilmeyip gönderilirse ve o kişi bu travma ya da olay sonucu ölürse yatırmayan hekim sorumludur. Böyle bir durumda hekim "yerim yok gönderdim" dese bile sorumludur. Özel hastaneler de olanaklar el verdiğince acil vakaları kabule mecburdurlar. Özel hastanenin yakınında resmi bir hastane varsa ve resmi hastaneye kadar hastanın naklinde sakınca yoksa, hasta gereken ilk yardımı takiben doktor veya uzman hemşire gözetiminde resmi hastaneye sevk edilir.⁶⁷

Kendiliğinden gelen veya başka hastanelerden gerekli önlemler alınmadan resmi veya gayriresmi gönderilen acil vakalar kabul edilmeli ve yatırılmalıdır. Tedavi sonrası hastayı gönderen hastane yetkilileri ayrıca ikaz edilmelidir. Acil hastalar boş yatak bulunmadığı gerekçesiyle geri çevrilmemelidir.

Acil üniteye alınan hasta derhal değerlendirilir, hasta kabul ve poliklinik kartları düzenlenir. Hastanın kendisinden veya getirenlerden kimliği sorulur. Mümkünse kimlik belirleme yapılır. Cinsiyeti, yaşı, genel durumu ve muayene bulguları yazılır.⁶⁸

Acil hastaların kabulü sırasında, karışıklık yaşanmaması, hayati tehlikesi olan hastaların öncelikle değerlendirilebilmesi ve zaman kaybının önlenmesi için bir sıralama işlemine ihtiyaç var ki bu sıralamayı sağlayan

⁶⁷ Hamit Hancı, Hekimin Yasal Sorumlulukları, İzmir: Egem Tıbbi yayıncılık, 1995, s.87.

⁶⁸ Kerim Güler [haz.], Acil Dahiliye, 4.b., İstanbul: [y.y.], 1995, s.2.

sisteme triaj sistemi denir.

Triaj, hasta/yaralıların durumlarının aciliyetine ve tipine göre sınıflandırma ve sıralama sürecidir. İlk defa Birinci Dünya Savaşı sırasında kurtulma şansı olan yaralıları ayırmak amacıyla bu sistemden yararlanılmış, 1950'den sonra kaza ve travmaların artmasıyla önem kazanmıştır.⁶⁹

Acil üniteye uygulanan triaj sisteminin amaçları şöyle sıralanabilir:⁷⁰

- Derhal, hastalardan hangisinin kesin ve acil bakıma ihtiyacı olduğuna karar vermek,
- Hasta için en uygun tedavi sahasının neresi olacağını tayin etmek (örn. dahiliye veya cerrahi bölümlerine göndermek),
- Hastaların acil departmana ulaşımını, akıcı bir şekilde kolaylaştırmak, gereksiz izdiham ve tıkanmalara meydan vermemek,
- Hasta tedavi edilmek üzere beklerken durumunun devamlı olarak değerlendirilmesini ve tanımlanmasını sağlamak,
- Hasta ve yakınlarına gerekli bilgilerin verilmesini temin etmek, nereye ve kime danışabileceklerini söylemek,
- Hasta ve yakınlarının endişe ve korkularını azaltmak, böylece hastanenin acil servisinin sunduğu hizmetlere toplumun destek ve katkılarını arttırmaya çalışmak.

Hastaların ayrılıp, sınıflandırılmaları yaralanmalarının veya hastalıklarının ciddiyetine bağlıdır. Aciliyetin derecesi aşağıda belirtilen hususlara göre olur:

- Hastanın başlıca problem veya şikayetinin tehlike taşıması,

⁶⁹ Robert Wiabe ve Linda M. Rosen, "Triage in the Emergency Department," Emergency Medicine Clinics of North America, Vol.9, No.3 (August 1991), s.491.

⁷⁰ Jean Steward, "Triage Orientation Manual", (Teksir Ben Taub General Hastanesi, 1993), s.5.

- Kısa vadeli komplikasyon riskinin olması,
- Bakım verecek ve tedavi edecek kişilerin temin edilmesi.

Dört çeşit sınıflandırma yapılabilir; iki akut kategorili sınıflandırma, üç akut kategorili sınıflandırma, dört akut kategorili sınıflandırma ve beş akut kategorili sınıflandırma. İki akut kategorili sınıflandırmada hastalar; çok acil ve çok acil olmayan şeklinde sınıflandırılır. Bu sınıflandırmada hemşire yoktur, protokol, standart ve kayıt yoktur. Subjektif bir sınıflandırmadır. Üç akut kategorili sınıflandırmada; hastalar üç gruba ayrılır. Ani olarak uzuv ve yaşam kaybetme tehlikesi olan hastalar, acil hastalar ve acil olmayan hastalar. Bu sınıflandırmada hastaları eğitilmiş hemşire değerlendirir, değerlendirme ve işlemde standartlar kullanılır, kayıtlar sistemli tutulur, geriye dönük değerlendirme yapılır. İşbirliği olan bir sistemdir. Yapılacak işler ve verilecek kararlar için beklenmez. Dört akut kategorili sınıflama aşağıda Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1
Dört akut kategorili triaj sınıflaması

<i>Acillik Kategorisi</i>	<i>Öncelik ve Kesinlik Kategorisi</i>	<i>Yeniden Tanılama</i>	<i>Örnekler</i>
Sınıf I	Derhal müdahale gerek, hayati tehlike var	Sürekli	Kalp durması, aktif nöbet hali (konvülsion), büyük travmalar, solunum bozuklukları, büyük yanıklar
Sınıf II	Acil	Her 15 dakikada	Göğüs ağrısı, açık kırıklar, şiddetli ağrılar, küçük yanıklar, akut batın
Sınıf III	Stabilize	Her 30-60 dakikada	Kapalı kırıklar, kanamayan yaralar, kardiyak olmayan göğüs ağrıları, ezikler
Sınıf IV	Acil değil	Her 1-2 saatte	Ciltte oluşan kırmızı lekeler, kaşıntı, konstipasyon, cilt enfeksiyonu, tahrişler

Bu sınıflandırmada triaj hemşiresi hastayı karşılar, görür, solunumunu ve dolaşımını kontrol eder, aciliyet derecesine karar verir, kaydını tutar ve ilgili bölüme gönderir. Öncelikleri hızla belirlemede, vakaların atlanmamasını sağlamada ve yardımlaşmada fayda sağlayan bir sistemdir. Triaj derecesini belirlemek için renkler veya rakamlar kullanılabilir.

Triaj sisteminin iyi işleyebilmesi uygulayan kişinin bir takım vasıflara sahip olmasına bağlıdır. Bazı yerlerde hekim tarafından yürütülürken, çoğu yerde hemşireler tarafından yapılmaktadır. ABD'de triaj yapacak hemşirenin;

- Ulusal sınavda başarılı olması,
- Acil sertifikasının olması,
- Triaj kursu almış olması,
- 6 ay triaj deneyiminin bulunması,
- Kişilerarası ilişkileri iyi, iletişimi iyi, başarılı olması,
- Hemşirelik sürecini kullanabilmesi,
- Model olabilmesi,
- Çabuk karar verebilmesi istenmektedir.

Triaj sahasında 24 saat lisanslı hemşire görevlendirilir. Bütün triaj hemşireleri, triaj oryantasyon programına alınmalı ve yapılan değerlendirmelerde %90 oranında başarılı olmalıdır. Triaj kararı vermede zorluk çeken hemşireler yeniden eğitime tabi tutulur.⁷¹

Acile gelen bir hastanın başlangıçta yapılan triaj değerlendirmesinden sonra vital bulguları takip edilmeli, solunum hızı ve vücut ısı not edilmeli ve hastada tedavi önceliğine göre gerekli girişimlerde bulunulmalıdır. Tedavi öncelikleri ise şöyle sıralanabilir:⁷²

- Oksijen
- İntravenöz sıvı ve kan örneği alma
- Kardiak monitör
- Teşhis çalışmaları, röntgen, EKG vs.

⁷¹ Steward, İbid., s.9.

⁷² Hakantürk, op.cit., s.12.

- Nazogastrik tüp
- Foley kateter
- Tekrar değerlendirme (stabil olmayan hastalar için 5 dakika-
da bir)
- Parçalı kırıklara buz paketi uygulaması ve ekstremitte elevasyonu
- Yara pansumanı
- Tetanoz profilaksisi
- Hastanın rahat ettirilmesi

Triajda öncelik endikasyonları ise; bilinç seviyesinde değişikliklerin olması, solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı, yaşlı ya da çok genç hastalar, kuvvetli keskin ciddi ağrılar, vücut ısısındaki değişimler (35°C 'den düşük ya da 40°C 'den yüksek), hareketle kötüleşebilecek yaralanmalar, şok, doğrudan basınçla kontrol edilemeyen kanamalar, başkalarını rahatsız eden davranışlar, kimyasal yanıklar, hayati belirtilerdeki önemli değişimler, kaygıya neden olan belirsiz semptomlar olarak sıralanabilir.

Bu rehber adımlar, problemlerin tabiatına bağlı olarak değişiklik gösterebilirler. Bu nedenle ilk değerlendirme kesin değildir ve bazı yanlışlıklar yapılabilir.

Hastaların büyük risk altında oluşlarını tanımlamak, tedaviyi başlatmak ve zaman kaybını önlemek için triaj sistemi gereklidir. Ancak bu konuda eğitilmiş kişiler tarafından yapılmalıdır. Aksi taktirde fayda yerine zarar sağlayacaktır.

2- Hasta Nakli (Transport)

Acil hastanın bir yerden başka bir yere taşınması işlemine hasta nakli denir. Acil vasıtalar genellikle itfaiye, polis, sağlık kurumu ve özel kuruluşlardan temin edilir. Ancak bu vasıtaların personel eğitimi hastanelerin sorumluluğundadır.⁷³

⁷³ Council of Europa, Comperative Study of the Organization and Functioning of Emergency Medical Assistance Services, Strasbourg, [y.y.], 1990, s.62.

Birincil transport, hastanın herhangi bir yerden alınarak bir sağlık kurumuna getirilmesidir. İkincil transport hastanın herhangi bir sağlık kurumundan alınıp, bir başka sağlık kurumuna nakledilmesidir. Acil tıbbi taşıma ise; ilkyardım ve ilk tedaviyi içerir. Genel anlamda bir tedaviyi içermez. Hasta tedavi edileceği yere sağlık personeli veya hekim tarafından götürülür.

Bir hasta nakli ekibi genelde; ambulans şoförü, bir hekim, bir hemşire ve yardımcı personelden oluşmaktadır. Bazı yerlerde ambulans hekim bulunmaz. Acil tıbbi taşımada hekim ilkyardımın yöneticisi ve uygulayıcısıdır. Hastanın bir sağlık kuruluşuna taşınmasına karar verir.

Acil hastayı taşıyan ambulanslarda radyo, telefon, diğer tıbbi teçhizat ve aletler bulunmalıdır. Daha gelişmiş ambulanslar ise resüstasyon ve reanimasyon içerirler. Bu ambulanslarda tıbbi bakım, drenaj, entübasyon ve defibrilasyon yapılabilir. Radyo ve telefon bağlantıları vardır. Polis ve itfaiye ile telsiz haberleşmesi vardır.

Acil üniteye başvuran hastalar değerlendirilip ilk müdahaleleri yapıldıktan sonra gerekirse başka bir bölüme veya hastaneye sevk edilebilir. Hastane içinde de ileri tetkikler için, hastanın durumu uygunsa, tıbbi önlemler alındıktan sonra hekim veya hemşire gözetiminde nakledilmelidir.⁷⁴

Acil hasta başka bir bölüme ya da hastaneye sevk edilmeden önce; ilgili yerle konuşulup yerinin ayarlanması, karşı tarafın kabul ettiğini belirtmesi gerekir. Ayrıca naklinde herhangi bir sakınca varsa nakledilmemelidir. Hasta nakledilirken hastayla birlikte, tıbbi kayıtlar ve yapılan işlemlerle uygulanan tedaviyi içeren bir rapor gönderilmelidir. Acil hastanın nakli mutlaka ambulansla ve hekim veya hemşire gözetiminde yapılmalıdır.

⁷⁴ Güler, İbid.

3- İletişim Sistemi

Kaza ve acil bölümlerinde hastaların çoğu kısa sürede yaşamlarını yitirmektedir. Bu kısa süre içinde, hastayı, ilgili kişi ve kurumları ilgilendiren çeşitli kararlar verilmektedir. Bunlar hastanedeki diğer bölüm çalışanlarını, genel pratisyenleri, sosyal görevlileri, hastane dışındaki can kurtaran servislerini ve halk sağlığını koruma kurumlarını içermektedir. Acil ekibi, bölüm içindeki rollerini ve bölümün işlevlerini değerlendirebilmek için, bölümlerinde ne olup bittiğini bilmelidir. Bu da iyi bir iletişim ağı ile mümkündür.

a) Bölüm İçindeki İletişim

Hasta ile ilgili temel olarak, iyi bir iletişim kurulmalıdır. Hasta iletişim kurmada zorlansa bile, iyi bir iletişimin temeli dinlemeye zaman ayırmaktır. Hasta yakınlarının duygu ve kaygıları da aynı derecede önemlidir ve bunlar da dinlenmelidir. Çalışanlar neden orada olduklarını unutmamalıdır. Hastalar acil bölüme pek çok sorunla birlikte gelir, hastaların uygunsuz davranışlarında bile, acil ekibi görevlerini yerine getirmelidir. Bir prosedür veya sonuç, tıp terimleri kullanılmadan açık olarak hastaya anlatılmalıdır. Hastaların tıbbi terimleri çok az anladıkları unutulmamalıdır.⁷⁵

Bazı durumlarda hekim veya hemşire hastanın dilini konuşamayabilir veya anlamakta zorlanabilir. Acil kadrosunda, birden fazla dili konuşabilen elemanlar bulunmalıdır ve bu kişilerin yardımı alınmalıdır. Kaza ve acil durumlarla ilgili standart soru ve yanıtların yer aldığı, bir çok dilde hazırlanmış broşürler bu gibi durumlarda yararlıdır. Sağır hastalarla iletişim konusunda sorunlar çıkabilir. İşitme cihazı veya akrabaların yardımı bu gibi durumlarda yardımcı olabilir. Sağır ve dilsizler için geliştirilen işaret dili, iletişim aracı olarak kullanılabilir.

⁷⁵ Rutherford, Illingworth ve Marsden, op.cit., s.17.

Bölüm içindeki idari iletişim çok önemlidir, ancak zordur. Çünkü kadro üyeleri, hafta sonları ve tatiller de dahil olmak üzere, 24 saat nöbet çizelgesine bağlı olarak çalıştıklarından, hepsinin bölümde olması zordur. Ancak tüm üyeler, bölüm talimatları ve politikasında yapılan değişiklikleri bilmelidir. İdari danışmanlık ve iletişim; hademeler, sekreterler, tüm derecelerdeki hemşireler, radyologlar, sosyal görevliler, yöneticiler ve hekimler de dahil olmak üzere tüm kadro üyeleri açısından önemlidir.

Bunun için resmi iletişim yapıları kurulabilir. Sorunların belirtilmesinde, fikir alış verişinde ve bilgi aktarılmasında, toplantılar yararlı olmaktadır. Resmi yapının olmadığı kurumlarda, kadro arası iletişim, resmi olmadan sağlanabilir.

b) Hastane İçindeki İletişim

Hastaların acil bölümlerinden diğer bölümlere ve koğuşlara aktarılmasında acil hekimi, hastanın hekimiyle yüz yüze veya telefonla mutlaka görüşmelidir.⁷⁶

Acil bölümlerinde sağlık ekibinin hasta ile ilişkileri genellikle geçicidir. Başvurulan doktor, hasta hakkında yeterince bilgi sahibi ise, hastanın gerekli bölüme aktarılması daha kolay olur. Örneğin, vakanın nöroloji uzmanı ile tartışılmasından önce, hastanın nörolojik durumunun kaydedilmesi ve bunun bir rapor halinde uzman doktora iletilmesi gerekmektedir. Hastanın durumunun açıklanmasında şöyle bir yöntem geliştirilebilir. Hastanın teslim edileceği hekim, hasta hakkındaki kişisel detayları bilmek ve hastanın şikayetlerini öğrenmek isteyecektir. İlgili klinik bulguların bir taslağı hazırlanmalıdır. Tamamlanmış notlar ve test sonuçları belirlenir. Daha fazla detay istendiğinde, bunlar hasta ve yakınlarına sorulmalıdır. Bu durumda sorulacak sorular önceden hazırlanmalıdır. Hastalarla telefon görüşmesinde bir teşhis belirtmekten kaçınılmalıdır. Bu gibi durumlarda hekim çağrılmalı ve hasta notlarına hekim tarafından bilgiler kaydedilmeli-

⁷⁶ Ibid, s.18.

dir. Öneriler hakkında, hemşirenin çelişkileri olduğu zaman konu acil bölüm uzmanları ile tartışılmalıdır. Aynı şekilde, acil hekimleri ve hemşireleri görev değişimlerinde görevi devralacak ekip üyelerine hasta hakkında bilgi vermelidir.

Hastane içindeki diğer bölümlerle iletişim geliştirilmeli ve klinik eğitim toplantılarına, acil bölüm üyeleri de katılmalıdır. Bunun tersi olarak diğer bölüm üyeleri de, acil bölümdeki eğitim toplantılarına katılmalıdır. Bu iletişim, hastalar hakkındaki bölümler arası tartışmaları kolaylaştırır.

Acil bölümleri, samimi bir ortama sahiptir. Bu bölümde görevler paylaşılır ve uzmanlık alanları eşit değerdedir. Hastaların en iyi bakıma ulaşabilmesi için, bölümler arası sınırlar kaldırılmalı ve kadro üyeleri arasında bağımsız iletişim sağlanmalıdır. Örneğin deneyimli bir acil bakım hemşiresi, göreve yeni başlamış bir hekimden daha bilgilidir. Kişilerin mesleki rollerine bakılmadan, deneyimler paylaşılmalıdır.

Acil bölümlerin hem hemşirelik hem de tıbbi kadrosu, hastane yönetim yapısında temsil edilmelidir, aksi taktirde bölümün önemi azalacaktır. Acil bölümlerdeki hasta sayısı, hastalarla ve halkla kurulan ilişkinin önemi ve hastanedeki diğer bölümlerle kurulan yakın ilişkiler, bu temsilin önemini haklı çıkarmaktadır.

c) Hastane Dışındaki İletişim

Genel pratisyenlerle iletişim iki düzeyde kurulabilir. Genel pratisyenin hasta hakkında daha fazla bir şey yapamayacağı durumlarda, hasta hakkında kısa detaylar bölüme posta ile gönderilebilir. Acil bölüm kadrosu ve genel pratisyenler arasında yapılan telefon görüşmeleri de, gereksiz başvuruları önleyerek hastaların acil bölümlerinden taburcu olmalarını kolaylaştırabilir. İkinci olarak, durumu ciddi olan hastalar hakkında daha doğrudan iletişim gereklidir. Bu hastalar doğrudan genel pratisyene başvurabilir ve hastaneye habersiz gelebilirler. Bu hastalar, genel pratisyen tarafından

eve gönderilecekse ve bakıma ihtiyaçları varsa, hastalara konan teşhis, hastalık geçmişi, fiziksel değerlendirme, araştırmalar ve tedavi yöntemlerini içeren bir belge verilmelidir. Hastanın tedavisi hakkında öneriler ve tekrar hastaneye gelme durumunda yapılacak hazırlıklar da, belgeye eklenmelidir. Vakaların çoğunda, genel pratisyenle telefon görüşmeleri gereklidir. Bunun nedeni bir hastalık hakkında bilgi almak, kaza sonrası uygulanacak ilaç tedavisi yöntemlerini danışmak veya ani bir hastalığın bildirilmesi olabilir.⁷⁷

Ambulans personeli acil bölüm kadro üyelerinden farklı bir uzmanlık alanına sahiptir. Acil bölüm hekimleri, gerekli zamanlarda ambulans ekibine önerilerde bulunabilir. Bu nedenle ambulansla acil bölüm arasında telsiz bağlantısının olması gerekir. Ancak bir hastane teşkilatının ve cankurtaran ekibinin ambulansa taşındığını düşünmek yanlıştır. Ambulans servisleri ile çalışmak bazı durumlarda yetersiz kalabilmektedir.

Polis görevlileri ve acil hekimlerinin görevleri bazen kesişmektedir. Bazı durumlarda, ender de olsa, iki grup arasında çatışmalar çıkabilir. Yakın işbirliği ve karşılıklı anlayış hasta için gereklidir ve toplum yararındır.

Sosyal görevliler, bağımsız mesleki statü konumunda yer alır ve bazen hasta hakkındaki değerlendirmelerinin ihmal edilmesi nedeniyle mağdur durumda kalmaktadırlar. Üstelik sosyal sorunların çoğu karmaşık bir yapıya sahiptir ve birden ortaya çıkmaz. Risk grubunda yer alan hastaların yönetiminde ileri görüş, sosyal bir sorunu önleyecektir. Risk grubunda olan hastalar, hastalıkları ilerlemeden sosyal servisler tarafından belirlenebilir.

Acil ünitenin iletişimde genel olarak şunlar dikkate alınmalıdır:

Acil kadrosunun deneyimli üyelerinden biri, genel pratisyenler ile idari iletişimde bulunmalıdır.

⁷⁷ Ibid., s.19.

Benzer olarak, bölüm, tam olarak birleşik cankurtaran servisleri komitesinde temsil edilmelidir. Bu toplantılar seyrek olarak düzenlenir, ancak polis, itfaiye, ambulans servisi, yerel otorite ve hastane arasındaki sınırların ve çatışmaların kaldırılmasına yardımcı olur. Aynı zamanda, ilk yardım eğitimi, kaza önleme, sağlık eğitimi ve temel kaza organizasyonu gibi konularda önceden hazırlanan planlar da geliştirilmelidir.

Düzenli bir iletişim günlük olaylarda ve kriz anlarında etkili bir işbirliği sağlayacaktır. Bu iletişimin yokluğunda ise facialar ve kargaşa yaşanacaktır.

4- Kayıtlar

Hastane vb. kurumlarda kayıt ve dokümanlar, kalıcı nitelikte mesleki yasal değeri ve etkisi olan yazılı belgelerdir. Bir kişi ya da bölüm ile iletişimde, sözlü iletişim her zaman gereklidir, ancak yazılı iletişimin üstünlüğü, kalıcı olmasıdır. Ancak yazılı kayıtların başarılı olması için okunaklı olması gerekir. Bugün tıbbi kayıtlarda bilgisayar kullanılması, bir devrim niteliği taşımaktadır. İletişimde kayıtların önemi her zaman vurgulanmıştır, ancak kayıtlara aşağıdaki nedenlerle gerek duyulmaktadır:⁷⁸

- Hasta bakımı; bir hastanın bakımında pek çok kişi görev alır. Bir şikayetin doğru anlaşılması ve tedavi uygulamasında işbirliği, ancak hasta hakkında bilinenlerin ve hastaya uygulananların kaydedilmesi ile mümkündür.

- Haksız şikayetlere karşı bir savunma olarak. Acil bölüm genellikle kararların baskı altında olduğu bir bölümdür. Aynı anda pek çok karar vermek gerekebilir. Bazı durumlarda hata yapmak kaçınılmaz olabilir. Şikayetlerin çoğu gereğinden fazla abartılmaktadır. Dikkatli ve okunaklı bir kayıt, bu gibi durumlarda bir savunma ifadesi olarak kullanılmaktadır.

⁷⁸ Ibid., s.20.

- Acil kayıtları, hasta hakkındaki tek kayıt olabilir. Bu özellikle hasta acil bölümde hayatını kaybettiği veya acil olarak ameliyathaneye götürüldüğü zaman önem taşır.

- Kayıtlar, tıbbi-yasal (medikolegal) amaçlarla gerekli olabilir. Herhangi bir mahkeme durumunda, rapor halinde kanıt olarak sunulabilir. Özellikle kaza ve yara bölgesinin resmi önemlidir.

- Araştırma amacıyla tutulan kayıtların önemi daha sonra ortaya çıkmaktadır. Yarım kalmış geçersiz ve okunaksız bir kayıt, araştırmayı yanlış yönlere sürükleyebilir veya kalitesini azaltabilir. Aynı zamanda salgın hastalık araştırmaları açısından kayıtlar çok önemlidir ve bir önlem politikası belirlemede kullanılabilir.

Hasta kayıtları iki önemli yönden değerlendirilebilir. Kayıtların klinik ve istatistik fonksiyonu vardır. Bunların ilki daha önemlidir, ikincisi ise genellikle ihmal edilmektedir. Kayıt formatı, kayıtların kağıt üzerine kalemle tutulmasına veya bilgisayarla tutulmasına göre değişir.

a) El Yazması Kayıtlar

Her iki yöntemde de temel bilgiler kaydedilmelidir. Hastanın ilk kabul edilmesinde, bunlar hastanın adını, yaşını, cinsiyetini, adresini, kayıt tarihini ve saatini, genel pratisyenin adını ve adresini, hastalık/kaza nedenini ve hastanın şikayetini içerir.⁷⁹

Hastayla ilgili genel bilgiler kaydedildikten sonra bu kayıtlar triaj hemşiresine iletilir. Bu hemşire temel fiziksel belirtileri ve sosyal detayları kaydeder. Hastayı kontrol eden hekim belli bir yapıdaki klinik kaydı hazırlamalıdır. Bu kayıta sırayla; hastanın geçmişi, fiziksel inceleme, laboratuvar araştırmaları, tedavi ve son olarak taburcu edilme ile ilgili bilgiler yer almalıdır. Bu hekim aynı zamanda kaydı imzalamalı ve hasta ile ilgilediği zamanı da belirtmelidir. Acil hekimi tarafından hasta ambulans kayı-

79 Joint Commission on Accreditation of Hospitals, op.cit., s.43.

ların doldurulması, çok gerekme de, hasta tıbbi kaydının bir bölümü olarak doldurulması tavsiye edilir. Tüm hastalarla ilgili kayıtlar acil bölümde mevcut olmalıdır ve hastanın her müracaatında hasta tıbbi kayıt formuna gerekli bilgi yazılmalıdır. Acil bölüme acil olarak getirilenlerin kayıtları da tutulmalıdır.⁸⁰

Kayıt ve rapor etmeden önemli olan bir diğer konu da hastayı ilgilendiren kişisel ve özel bilgilerin ve sırların diğer ekip üyelerine açıklanmasının ilişkilerdeki güvenilirliği zedelemesidir. Ayrıca bu tür bilgileri açıklama tıp ve hemşirelik mesleklerinin etik ilkelerine uygun değildir. Bu kural ancak cinayet gibi ayrıcalıklı durumlarda bozulmalıdır. Acil bölüme ait kayıt ve yazılı dökümanlar olarak yaralanma, saldırı, hırpalanmış çocuk ve bulaşıcı hastalıklar rapor edilir.⁸¹

b) Bilgisayar Kayıtları

Son on yıl içinde, bilgisayar kayıt sistemleri üzerindeki ilk çalışmalarda iki yol izlenmiştir. İlk yöntemde sistemin temel fonksiyonu, bölüm kaynaklarının etkili bir biçimde kullanılması, hastanın bölüme yerleştirilmesi, bölüme giriş-çıkışların kaydedilmesi ve kolaylaştırılması olarak değerlendirilmiştir. İkinci yöntemde ise; bölüm yönetimi için bilgi sağlama, tıbbi etkinlik denetimi, akut hastalık ve kazaların epidemiyolojik araştırmaları ve kaza önleme çalışmaları için veri toplama gibi nedenlerle istatistik veri analizleri vurgulanmaktadır. Bu iki yöntem de, acil üniteler açısından yararlıdır ve iki sistemin de güçlü yanlarından yararlanılmaktadır. Bu ayrılıklara rağmen, iki sistemin de, el yazması sistemine göre üstünlükleri vardır. Hastalarla ilgili bilgilerin kalıcı olarak kaydedilmesi, merkezi araştırma sistemi (on-line), günlük kayıt olanağı, hastalarla ilgili özel tanımlar dosyaları bu sistemin üstünlükleridir. El yazısı veya bilgisayarla tutulmasına bakılmaksızın, kayıt kartı hiç bir zaman acil bölümden dışarı çıkarılmamalıdır. Hastanenin diğer bölümlerine gönderilen hastalara, bu

⁸⁰ Rutherford, Illingworth ve Marsden, op.cit., s.20.

⁸¹ Oktay, Aksoy ve Yürügen, op.cit., s.15.

kartın fotokopisi verilmelidir.⁸²

Hastanelerin her yıl acil bölümleri hakkında rapor hazırlamaları ve bu raporda, toplam hasta sayısı ve kaçının ilk başvurusu olduğunun belirtilmesi istenmektedir. 1980 yılında, sağlık hizmetlerindeki bilgilerin tüm yönlerini incelemek ve geliştirmek amacı ile, Edith Korner başkanlığında Sağlık Hizmeti Bilgi Yönetim Grubu toplanmıştır. Bilgisayar sistemi kullanılan bölümler için öneriler geliştirilmiştir. Günümüzde, acil bölümlerinde çeşitli bilgisayar sistemleri kullanılmaktadır ve bunların tümü korner raporuna uymak zorundadır. İngiltere'de yaygın olarak kullanılan kaza ve acil kayıtlarında bilgisayar kullanımı sistemi üç teşhis ve kesin teşhis kaydı yapabilmektedir. İdeal olarak hastalıkların sınıflandırılması, Uluslararası Hastalık Sınıflandırma (ICD) modeline göre yapılabilir.

Korner raporunda belirtildiği üzere acil bölümlerde kaydedilen bilgisayar verilerinin sınıflandırmasında her hasta için toplanacak veri modelleri aşağıda özetlenmiştir:⁸³

- Kaza ve acil bölüm numarası
- Yeni veya izlenen hasta
- Başvuru tarihi ve saati
- Hastanın demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitimi, işi vs.)
- Hastalık grubu ve vaka türü (kaza, yaralanma, intihar, saldırı, ölüm vs.)
- Hastanın başvuru şekli (kendi başvurusu, başkası tarafından vs.)
- Hastanın varış anındaki durumu (yürüyerek, ambulansla, özel araç vs.)
- Taburcu edilme yöntemleri (tedavi edilmeden taburcu, hastanın tedaviyi reddetmesine bağlı taburcu, hastanenin başka bir bölümüne sevk, bölümde ölüm vs.)

⁸² Rutherford, Illingworth ve Marsden, op.cit., s.21.

⁸³ Ibid., s.22.

- İç yönetim için gerekli bilgiler (hastaya bakan hekim, hastanın bakıldığı zaman, taburcu edilme zamanı, hasta için istenen tetkikler, uygulanan prosedürler).

Acil bölümlerdeki bilgisayarların gelişmesi ile bir çok servis arasındaki iletişim de bilgisayar ağı ile yapılabilecektir. Örneğin zehir danışma merkezlerinden toksik maddeler ile ilgili bilgi istenebilir, toplum sağlık servisleri ile işbirliği yapılabilir vb. Acil bölüm kayıtlarındaki bu gelişmeler giderek hızlanmakta ve acil bakımı olumlu yönde etkilemektedir.

c) Adli Vakaların Kaydı

Adli bir durum sözkonusuysa tedaviyi yürüten hekim durumu yazılı olarak yöneticisine bildirir. Yönetici ise polise veya doğrudan Cumhuriyet Savcısına durumu bildirmekle yükümlüdür. Bu esnada; kişinin hayatı tehlike açısından değerlendirilir, kişinin vücudunda meydana gelen tüm lezyonlar saptanıp kaydedilir. Ateşli silah yarası ise giriş-çıkış delikleri tespit edilerek yazılır, gerekirse fotoğrafla belgelenir. Ekimoz ve sıyrıkların şekillerine göre olayda kullanılması muhtemel alet tanımlanır, yaranın vücut boşluklarına girip girmediği araştırılır.⁸⁴

Hastayla ilgili tüm bulgular, yorumlar ve adli rapor evrak defterine, varsa adli rapor defterine ayrıntılı bir şekilde kaydedilmelidir. Kişiye tedavi amacıyla verilen ilaçların isimleri dozlarıyla birlikte açıkça yazılır, alkol tetkiki ve sonucu kaydedilir, deliller muhafaza edilerek adli mercilere teslim edilir.

5- Enfeksiyon Kontrolü

Uzun yıllar önce Hipokrat "Önce zarar vermeme" ilkesini tıp mensuplarına aşılamaaya çalışmıştır. Bugün bu prensibin hatırlanması gereken en önemli yerler hastaneler ve özellikle hastanelerin acil üniteleridir.

⁸⁴ Hancı, op.cit., s.88.

Tanısı konmamış, enfeksiyon riskinin olup olmadığının bilinmediği, akut vakalar sözkonusudur. Çoğu zaman hastanın aciliyeti ön planda tutulduğundan acil ünitelerde enfeksiyon kontrolü gözardı edilmektedir. Dünyada binlerce hastanede milyonlarca personel çalışmakta ve hepsi çeşitli tehlikeler ile karşı karşıya bulunmaktadır. Bu kişiler enfekte hastalardan veya hastane dışından enfeksiyon alabilirler. Kendileri enfekte olduğu zaman da bunu hastalara, diğer hastane personeline, kendi ev halkına ya da toplumda temas ettikleri diğer kişilere bulaştırabilirler. Acil ünite yönetiminin çalışan tüm personeli, buradan bulaşması muhtemel enfeksiyon hastalıkları-na karşı koruması hem kanuni hem de ahlaki bir görevdir.⁸⁵

Hasta ile doğrudan teması olan hemşireler, hasta bakıcılar, doktorlar, paramedikal personel, tıp ve hemşirelik öğrencileri en çok risk altında olanlardır. Hastane personelinin enfeksiyonlardan korunması için;

- Sağlık personeline uygun sağlık hizmeti verilmesi,
- Enfeksiyon kontrolü konusunda devamlı ve etkili eğitim yapıl-

ması

- İşe başlama öncesinde tarama ve aşıların yapılması
- İşe başladıktan sonra tarama ve aşıların yapılması
- Personelde görülebilen hastalıklar hakkında plan yapılması,
- Özel risk taşıyan çalışanlar için plan yapılması gerekmektedir.

Hastaların hastane enfeksiyonlarından korunması için ise;

- Tüm personelin enfeksiyon kontrolü konusunda eğitimi birinci derecede önemlidir. ABD'deki hastanelerde yapılan geniş çaplı bir çalışma ile hastanelerde çalışanların enfeksiyon kontrolü hakkındaki temel bilgi düzeyleri araştırıldığında büyük eksiklikler ortaya çıkmıştır. Mesela hemşirelerin % 22'si parmağında sivilce olsa çalışmaya devam edeceklerini söylemişlerdir. Bunun hastalar açısından çok büyük tehlikesi olduğu açıktır.⁸⁶

⁸⁵ Katherine H. West, Infection Control in the Emergency Department, Virginia, by Aspen Publishers, 1988, s.28.

⁸⁶ J.O.Klein, "Management of Infections in Hospital Employees", Am.J.Medicine, Vol.70, No.20 (March 1981), s.920.

- Hastanelerde enfeksiyon kontrol komitesinin kurularak faaliyet göstermesi,
- Malzeme ve yer temizliğinde kullanılan dezenfektanların doğru kullanımı,
- Hastane temizliğinin doğru yapılması (standartlara uygun),
- Gereken hastalar için uygun izolasyonun sağlanması,
- Hastaların enfeksiyon kontrolü konusunda eğitimi gereklidir.

Acil ünitenin işleyişi sırasında, kurulacak bir hasta kabul ve triaj sistemi ile hastaların tedavi ve bakımları daha çabuk olacağı gibi harcanan enerji de daha az olacaktır. Ayrıca düzenli bir iletişim sistemi ile anlaşmazlıklar en az düzeye indirilerek, çeşitli birimlerle işbirliği içinde çalışan acil ünitelerde birimlerarası ve birim içi işbirliği sağlanacaktır. Düzenli tutulan kayıtlar ise; işleyişin kontrolü, geri bildirimlerin sağlanması ve adil durumlarda kanıt olması nedeniyle gereklidir. Çalışanlar ve hastaların sağlıklarının korunması ve maliyeti oldukça yüksek olan hastane enfeksiyonlarının önlenmesi bireyler ve toplumlar için büyük bir kazançtır. Kısaca, hasta kabulü, hasta nakli, iletişim sistemi, kayıt tutma ve enfeksiyon kontrol sisteminin sistemli bir şekilde yürütülmesi hizmet akışını kolaylaştıracağı gibi hem çalışanlar, hem de hastalar için olumlu bir ortam yaratarak, hizmetin kalitesini yükseltecektir.

D. KONTROL İŞLEVİ

Acil ünitelerde yürütülen faaliyetlerin ne kadar başarılı olduğunu planlanan hedeflere ne derece ulaşıldığını saptamak ve hedeflere ulaşılmamışsa, başarısızlığın nedenlerinin bulunması ve verimli bir hizmetin sunulması için her üniteye mutlaka kontrol mekanizmaları kurulmalı ve sonuçlar değerlendirilerek hizmetin kalitesinin nasıl arttırılacağı elde edilen verilerle planlanmalıdır.

1- Kalite Sağlama

Kalite sahip olunan bir şeyin mükemmellik derecesi olarak tanımlanır. O halde sağlık hizmetleri sistemi içinde acil ünite bakım kalitesinde belirli bir düzeyi sağlayacak etkin düzenekleri sağlamada hastane yöneticilerine ve özellikle acil ünite yöneticilerine büyük görevler düşmektedir. Bunun için ise öncelikle içinde bulunulan durumun tesbit edilmesi gerekir. Amaç kaliteyi arttırmaksa bugünkü kalite düzeyi saptanmalı ve gelecekle ilgili hedefler belirlenmelidir. Niteliği arttırmak niceliği de arttırmayı gerektirebilir. Örneğin hemşire-hekim oranlamasına bakıldığında, Türkiye'de 1 hekime 1.3 hemşire düşmekte iken, Fransa'da bu oran 2.3 hemşire, İngiltere'de ise 6.2 hemşiredir. İdeal olarak düşünülen rakam ise, 1 hekime 8 hemşiredir. Ayrıca kaliteyi arttırmada örgüt içerisinde kaliteyi etkileyen tüm faaliyetlerin tanımlanması gerekmektedir.⁸⁷

Sağlık ve Sosyal Hizmetler Departmanı tarafından 1987-88 yıllarında tanıtılan "kaynakların yönetimi" fikrinin temel prensibi şudur: "Daha iyi bilgilendirme uygun kaynakların daha iyi kullanımına olanak tanır". Bu da kalitenin denetiminde kayıtların iyi tutulmasının önemini göstermektedir. Ancak çoğu zaman hastaların tıbbi kayıtlarındaki uygun bilgilerin kolayca elde edilebilir şekilde düzenlenmeyişi; veri toplanmasıyla ilgili mevcut metodların kullanımını engellemektedir. Faaliyetlerin önemini değerlendirmek, verilerden elde edilen bilgilerden uygun geribildirim olmayışı klinisyenlerin veri toplamasına yaklaşımlarındaki yetersiz motivasyondan kaynaklanmaktadır. Pekçok hastanede, tıbbi kayıt departmanında problemler yaşanmaktadır, çünkü burada çalışan ve hiçbir tıbbi eğitimi olmayan kayıt memurları bu konuda yetersiz kalmaktadır. Bazı hastanelerde bu bölümdeki personelin performansı öyle düşüktür ki, pek çok taburcu bile kaydedilmemektedir.⁸⁸

⁸⁷ Çaylan Fektek'in "Hemşirelik Bakımının Kalite Güvenliğinin Sağlanması," Hemşirelik Bülteni, Cilt 5, No.19 (1991), s.16.

⁸⁸ Brian Ellis, Richard C.Rivett ve Hugh A.F.Dudly, "Extending the Use of Clinical Audit Data: A Resource Planning Model," BMJ, Vol.301, No.21 (July 1990), s.159.

Klinik bölüm tarafından verilen bilgiler, klinik performansın etkinliğini ve verimini değerlendirmek için kullanılır. Ancak bu amaçla kaynakların en iyi şekilde kullanımı için temel veriler çok düzenli kaydedilmelidir. Hastane yöneticileri kendilerinin ve diğer personelin güven duyabileceği etkin bir kayıt sistemine ihtiyaç duymaktadır. Ancak böylelikle geriye dönük kontroller daha sağlıklı yapılabilir.⁸⁹

2- Tıbbi Denetim

Hastanelerdeki tüm branş uygulamalarında tıbbi denetim hızla önem kazanmakta ve yerleşmektedir. Denetim, tedavi edilen tüm hastalar, raporların kontrolü için olduğu gibi aynı zamanda kalite kontrolü içinde bir temel sağlamaktadır. Denetim sistemi, tüm hastaların sayısı ve özellikleri ile, bölümün doğal koşullarını dikkate almalıdır. Royal Preston Hastanesinde bu amaçlara uygun olarak bir denetim yöntemi geliştirilmiştir. Bu yöntem model teşkil etmesi açısından aşağıda açıklanmaktadır.⁹⁰

Her yıl hastanenin acil bölümüne ortalama 58 bin yeni hasta başvurmaktadır. Her hastaya yapılan uygulama ve tedaviyi ayrıntılı olarak incelemek pratik değildir. Bu nedenle denetimde her ellinci yetişkin ile ellinci çocuk incelenmektedir. Bu ise her ay ortalama 97 hasta kaydı olduğunu göstermektedir. Acil notları; hastanın bekleme süresini, hastaneye gelme sebebini, hastaların taburcu edilmelerini içeren bir formdan oluşmaktadır. Ayrıntılı yorumlar gerektiğinde ise, bu yorumlar ayrı bir sayfa üzerine kaydedilmektedir. Bu yorum sayfaları düzenli denetim toplantılarının temelini oluşturmaktadır. Bölüm içindeki ölümler de yorum sayfaları üzerinde değerlendirilmektedir. Bu yönetimin eleştirel olarak değerlendirilmesini ve gelecekte karşılaşılabilecek sorunların tanımlanmasını sağlamaktadır. Gelecekte karşılaştırma yapabilmek için, aylık olayların bir yerde derlenmesi yararlıdır. Denetim aynı uzman üyeler tarafından birkaç ayda bir tekrarlanmalıdır.

⁸⁹ Ibid., s.162.

⁹⁰ Pointer, op.cit., s.559.

Bu denetim sisteminin getirdiği düzenli geribildirimlerin halka verilen hizmet kalitesini geliştirdiğini görmek mümkün olacaktır. Aynı zamanda tıbbi denetim yönetiminin sağlık ekibi çalışanlarına getirdiği hassas yaklaşım her personelin gelecekteki performansını geliştirecektir.

Denetim sadece acil ünite içinde sürdürölmemelidir. Acil ünite hizmetini etkileyen acil tıbbi hizmet sisteminin denetimi de önemlidir.

Temel hastane standartları; hastanenin tıbbi yönetim komitesinde acil ünitenin temsili, çeşitli dillerde hazırlanmış hasta talimat işaretleri ve bakım sonrası broşürleri, başvuru merkezleri ile yazılı transfer sözleşmeleri, devlet yasaları, idari modeller, EMS politikası, hekim ve hemşire standartlarını kapsar.⁹¹

Acil tıbbi servi sisteminin denetiminde yukarıdaki politika ve standartların doğrultusunda şu temel noktalara dikkat çekilir:⁹²

- Temel hastane sözleşmesinin Acil Tıp Hizmet Bölgesi (EMS) ile uygunluk göstermesi,
- Eyalet ileri yaşam politika ve prosedürleri ile uygunluk,
- Tüm tıbbi kontrollerin değerlendirilmesi ve dökümantasyon,
- Temel hastane kayıtları organizasyonunun değerlendirilmesi,
- Hastane yönetimi ile çatışmalarda uygun girişimlerin izlenmesi,
- Temel hastane fonksiyonlarının on-line gözlemi,
- Sistemin gelişmesi için fikir ve öneri toplanması, grup toplantısı,
- İletişim becerilerinin değerlendirilmesi,
- Zaman boşlukları ve gecikmelerin tesbiti,
- Yazılı dökümantasyonun incelenmesi,
- Tedavi planı ve talimatların incelenerek uygun değil, olabilir ve mükemmel olarak değerlendirilmesi yapılabilir.

⁹¹ Brian Ellis, Rivett ve Dudly, loc.cit.

⁹² İbid., s.560.

3- Finansal Performansın Değerlemesi

Tüm işletmelerde olduğu gibi, bir hizmet işletmesi olan hastanelerin de amaçlarından bir tanesi verdiği hizmet karşılığında kâr sağlamaktır.

Acil ünitenin hastane için bir gelir mi yoksa gider kaynağı mı olduğu konusunda çok farklı görüşler olmasına rağmen, çoğu görüş gelir kaynağı olduğu yolundadır. Acil ünitenin kabullerin % 30'undan fazlasını oluşturduğu ve geniş kapsamlı yardımcı hizmetler grubunun kullandığı (Lab. radyoloji vs) düşünüldüğünde gelir kaynağı olduğu söylenebilir. Ancak acil üniteler uygun şekilde yönetilmezlerse gelirin düşeceği de bir gerçektir.

Gerçek finansal tablo birçok değişken ögeye bağlıdır. Acil ünite-deki hasta birikme hızı ne kadar yüksek ise, ünite kendi çapında o kadar kazançlı çıkabilir. Ancak diğer bir açıdan bakılırsa, bir acil ünite sadece fakir hastalara hizmet veriyorsa, finansal özellikleri nasıl hesaplanırsa hesaplanırsa hiçbir zaman kârlı görünmeyecektir.

Bir ünitenin gelir ve giderlerini tanımlamak için birkaç yöntem vardır. Gelir hastanenin hasta fatura bölümünde oluşturulur. Bunda ücreti yeterince yüksek tutmak önemlidir. Ayrıca hastalardan, kullanılan araç, gereç ve malzemenin ücreti alınır.

Hizmet ve araç-gereçlerin uygun fiyatlandırılmaları yöneticilerin yeni öğrenmeye başladığı bir olaydır. Eğer bir yönetici bu konuda yeterli ve uygun şekilde davranmazsa, yöneticinin acil ünitenin kayıpları, hesap açıkları ve zararları açısından şikayetçi olmaya hakkı yoktur.

Hasta masrafları birkaç yolla meydana gelebilir. Bir sistem ihtiyaç duyulan bakım hizmetlerini; diğer bir sistem ise, zaman çalışmaları sonucunda kurulacak zaman skalasını dikkate alır. Böyle bir sistemi benimsemek için kişi ya başkasının skalasını kullanmalı veya kendi skalasını geliştirmelidir. Bu skala uzmanların hasta bakımına ayırdıkları zamana

dayanır. Her zaman birimi için bir para miktarı uygun görülmüştür ve masrafların hesaplanmasında bu, temel olarak ele alınmıştır. Bu sistemde koşulların bir seviyede toplanmasını sağlamak için yeterli sayıda seviye oluşturulması tavsiye edilir. Bu seviyeler aşağıdaki gibi oluşturulabilir:⁹³

0. Seviye; Tedavi yok, hastalar hastaneye yatmadan taburcu olurlar ama kaydolmuşlardır.

1. Seviye; Çok kısa süreli bakım almışlardır. Örneğin 0-6 dakika personel ilgilenmiştir (yara bakımı, dikiş alma, pansumanı değiştirme vb).

2. Seviye; Kısa vadeli bakım yapılmıştır. Örneğin 6-15 dakika psikolojik problemi olan ve değerlendirilmeden danışmanlık yapılan hastalar.

3. Seviye; Orta derecede ilgilenilmiş (15-30 dakika) hastalar. Örneğin, IV tedavi gerektirmeyen astım, ateş tedavisi gerektirmeyen üst solunum yolu enfeksiyonu, parmak çıkığı, hafif burun kanaması vs. Bir saat-ten az tutulacak ve sadece müşahade uygulanacak hastalar.

4. Seviye; 30-45 dakika doğrudan hemşirelik bakımı yapılan hastalar. Bu hastalar genellikle birtakım uygulamalar sonrası tedavi edilir ve gönderilir. Örneğin, akut bronşit, bakıma ihtiyacı olan allerjik reaksiyon, böbrek taşı, vaginal kanama, karın ağrısı, asemptomatik zehirlenmeler, ciddi burun kanaması, flebit, hypoglisemi vb.

5. Seviye; bu hastaların 45-75 dakika doğrudan hemşirelik bakımına ihtiyacı olduğundan, tutmak ve uzun süreli tedavi etmek, monitorize etmek gerekir. Örneğin, kardiyak problemler, (miyokard enfarktüsü) merkezi sinir sistemi problemleri, astma bronşiale, girişime ihtiyaç duyulan gastroentestinal problemler, akut apendisit barsak obstrüksiyonu vb.

6. Seviye; Yoğun bakıma ve iyi bir müşahadeye ihtiyacı olan hastalar. Bunlarda hemşire hasta oranı 1:1'dir. Örneğin, şok, akciğer ödemi, cid-

⁹³ John H. Van de Leuv, "Economics of The Emergency Department", s.261.

di aritmiler, hipertansiyon krizi, diabetik ketoasidoz, doğumlar hayatı tehdit eden travmalar, büyük yanıklar kafa travmaları.

7. *Seviye*; İleri derecede kritik problemleri olan hastalar. Hasta hemşire oranı 1:1'dir. Resüstasyon gerektirebilirler. Örneğin, hayati tehlikesi olan travma veya multipl sistem yaralanmaları, kalp durması, solunum durması, kardiojenik şok, ciddi yanıklar, hayatı tehlikeye sokan ilaç zehirlenmeleri.

Bu sistemin üstünlüğü ve avantajları, personel takviyesi gereken bölümleri ortaya koyabilir. Söz konusu olan ünite hesap yapılırken unutulmamalıdır ki, amaç bir tutarı toplamaktır. Ancak bu tutar yeterli ise işlem veya operasyon uygundur. Hesaplamalar her seviye için ayrı ayrı olmalıdır. Eğer tüm seviyeler için gelir hesaplanıp şematik olarak gösterilirse bir gelir eğrisi oluşur. Böylece istenen amaca ne oranda ulaşıldığı görülebilir.

Acil ünitenin toplam giderleri, dolaysız giderler dolaylı giderlere eklenerek bulunur. Dolaysız giderler; maaşlar, küçük alet ve edevatlar, araç-gereçler, hizmet için satın alınan şeyler ve aşınma payıdır. Dolaylı giderler ise; gelir sağlanmayan bölümlerdeki hizmet için harcanan miktarıdır. Bunlar yönetim maaşları, kiralama bedeli ve mühendislik giderleridir.

1980'de Acil Tıp Hizmetleri komitesi acil ünitelerin gelir ve masraflarını belirlemeye çalışmış ve çeşitli masraf gruplarıyla karşılaşmıştır.⁹⁴

- Acil ünite tedavisi olmasına rağmen yatırılmayan ücretler.
- Acilden diğer ünitelere alınan hastaların acil ünite masrafları,
- Acilin yataklarına, acil polikliniğine girmeden yatırılan hastaların masrafları
- Acilden yataklı üniteye alınan hastaların masrafları (acil yataklarına)

⁹⁴ İbid., s.262.

Yukarıdaki masraflar toplanıp tüm hastane masrafına bölünürse acil ünite tarafından oluşturulan masrafların oranı hesaplanabilir ki bu oran ortalama % 20'dir. Doğru bir sonuç elde etmek için kayıtların doğru ve düzenli tutulması gerekir. Bilgisayar yardımıyla bu hiç de zor bir olay değildir.

Acil üniteler hastane için iyi bir gelir kaynağı olabilir. Ancak bu kayıtların iyi tutulması, tedavi ve bakımı yapılan tüm hastaların ücrete tabi tutulması ve ücretin iyi belirlenmesi ile mümkündür. Ayrıca acil üniteye tedavi oldukları halde ücret ödemediği hastaların sayısını en az düzeye indirmek için fatura düzenleyen bölümün hassas çalışması ve iyi düzenlenmesi gerekmektedir. Ücretlendirmede değişik yöntemler kullanılabilir. Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın verilen hizmetin, kullanılan araç ve gereçlerin ücretlendirilmesi iyi olursa kâr sağlanacaktır.

4- Personelin Performans Değerlemesi

İşletmelerde bireysel başarıyı, kişinin kendisi için tanımlanan, özellik ve yeteneklerine uygun olan işi, kabul edilebilir sınırlar içerisinde gerçekleştirmesi olarak tanımlamak mümkündür. O halde bir işletmede işgörenin başarısından söz etmesi için önce kişinin tanımlanmış bir işle karşı karşıya kalması, bu işi gerçekleştirme derecesinin göstergesi olan bir standardın bulunması gerekir. Bu standarda ulaşma kişinin başarısı olarak düşünülürken, standardın altında kalma da başarısızlığı olacaktır.

Değerleme yöneticinin işinin gerekli bir parçasıdır. Bu onun bireyin bir işi yapabilmedeki yeteneğinin değeri hakkındaki yargısıdır. Eğer dayandığı bilgiler uygun, kesin ve yeterli ise çok kıymetli bir işlemdir. Yöneticinin değerlendirdiği kişilere karşı kendi eylemleri için temel bir kılavuz görevi görür.⁹⁵

⁹⁵ İlhan Erdoğan, İşletmelerde Personel Seçimi ve Başarı Değerleme Teknikleri, İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayını, 1991, s.154.

Performans değerlemenin pekçok tanımı olmasına rağmen bugün en çok benimsenen tanım; işgörenin yönetsel amaçlara ilişkin tutum, davranış ve performansının belirlenmesi sonucu elde edilen bilgilerin bireysel ve örgütsel gelişim amacıyla kullanımını sağlayan sistematik faaliyetlerin tümü şeklindedir. Tanımdan da anlaşıldığı gibi performans değerlendirme hem kişiye hem de örgüte yöneliktir.⁹⁶

Performans değerlendirme yöneticinin terfi, işten atma, ücret arttırma, ödüllendirme, yükseltme, bir işten diğer bir işe aktarmada ve doğru karar vermesini sağlayan önemli bir ölçektir. Örgütün amaçları ile çalışanların amaçları arasında bir köprü vazifesi yapar. Performans değerlendirme sisteminin geliştirilmesi uygulanması ve değerlendirilmesinde dikkate alınan temel hususlar şöyledir:⁹⁷

- Örgütsel hedeflerin bireysel hedeflere dönüştürülmesi,
- Herhangi bir pozisyon için sözkonusu olan hedeflerin gerçekleştirilmesinde gerekli olan performans kriterlerinin belirlenmesi,
- Önceden belirlenen ölçüm kriterlerine göre çalışanların adil, eşit ve zamanında değerlendirilmesi,
- Kişinin kendisinden beklenen performans sonuçları ile fiili başarı durumunu, karşılaştırabilmesi için ast ile üst arasında etkin bir iletişim sürecinin gerçekleştirilmesi,
- Performansın geliştirilmesi için organizasyon, yönetici, üst ve astların işbirliği içinde olması,
- Çalışanların başarılarının tanınması ve ödüllendirilmesi,
- Organizasyonun güçlü ve güçsüz yönlerinin tanımlanması,
- Geri besleme yoluyla çalışanların motive edilmesi,
- Kariyer planlama ve eğitim konularında yönetime gerekli bilgilerin sağlanması,

⁹⁶ Nuri Erkiç, "Hastanelerde Performans Değerleme ve Özel Hastanelerde Performans Değerleme Çalışmalarına Yönelik Bir Araştırma", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü.İşletme Fakültesi 1995), s.2.

⁹⁷ Cavide Uyargil, İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi, İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayını, 1991, s.2.

Performans değerleme sistemi doğru amaçlar için kullanıldığında değerlendiren, değerlendirilen ve organizasyon için çeşitli yararlar sağlar. Ancak bu yararların sağlanabilmesi sistemin etkin bir biçimde işlemesine bağlıdır. Her ne kadar performans değerleme bazı yöneticiler için, ek iş ve zaman kaybı olarak algılanırsa da, iyi işleyen bir performans değerleme sisteminden en fazla yararlanacak olan kişiler gene de yöneticiler olacaktır. Sistemin yöneticiler açısından yararları şöyle sıralanabilir.⁹⁸

- Planlama ve kontrol işlevlerinde daha etkili olur.
- Astları ile aralarındaki iletişim ve ilişkiler daha olumlu hale dönüşür.
- Astların güçlü ve gelişmesi gereken yönlerini daha kolay belirler ve bu doğrultuda onlara yardımcı olurlar.
- Astlarını daha yakından tanıdıkça, yetki devri kolaylaşır.
- Yönetsel becerilerini geliştirirler veya bu becerileri rahatlıkla uygulayabilecekleri koşulları elde ederler.

Sistemin astlar için yararları da şöyle özetlenebilir.⁹⁹

- Astlar üstlerinin kendilerinden neler beklediğini ve performanslarını nasıl değerlendirdiklerini öğrenir,
- Güçlü ve geliştirilmesi gereken yönlerini tanırlar,
- Bölüm içinde üstlendikleri rol ve sorumluluklarını daha iyi anlarlar,
- Performanslarına ilişkin elde ettikleri olumlu geri besleme yolu ile iş tatmini ve kendine güven duygularını geliştirirler.

Sistemin organizasyon için yararlarından bazıları ise şöyle özetlenebilir:

- Organizasyon etkinliği ve kararlılığı artar,
- Hizmet ve üretimin kalitesi gelişir,
- Eğitim ihtiyaı ve eğitim bütçesi daha kolay ve doğru biçimde belirlenir.

⁹⁸ İbid., s.9.

⁹⁹ İbid., s.10.

- Personelin planlaması için gerekli bilgiler daha güvenilir bir biçimde elde edilir,

- Bireylerin gelişme potansiyeli daha doğru belirlenir.

Performans değerlendirme sistemlerinin kurulmasında ilk ve en önemli aşama performans kriterlerinin belirlenmesidir. Kriterlerin doğru seçimi, daha sonra performans değerlendirme sistemi ile elde edilecek verilerin güvenilirliği ve geçerliliğinde de etkili olacaktır. Seçilecek performans kriterleri öncelikle işin yapılışında gerekli ve önemli olmalıdır. Kriterlerin sağlanmasında iş analizleri genellikle sistem kurucuya gerekli bilgileri verecektir.¹⁰⁰

Performans değerlendirme sistemlerinde kullanılan kriterler kapsadıkları bilgiler açısından üç grupta ele alınabilir:¹⁰¹

- Kişilik özellikleri ile ilgili kriterler: Kişinin işi yapmasında gerekli olacak kişilik özellikleri, yaratıcılık, çabuk karar verme vb. özellikleri kapsar.
- Performans özellikleri ile ilgili kriterler: İşin kalitesi, işin gerektirdiği bilgi, beceri düzeyi vb. faktörleri içerir.
- Hedeflere ulaşma ile ilgili kriterler (sonuçlarla ilgili kriterler)

Son yıllarda değerlendirme kriterlerinin seçiminde genel eğilim sonuçlarla ilgilidir.

Bir değerlendirme uygulanırken, kadro üyesi ve değerlemeci (üst) daha önceki değerlendirmenin amaçlarını ve yöntemlerini incelemeli ve şu soruları sormalıdır:

- Amaçlar karşılanmış mıdır? Değilse neden?
- Yöntemler başarılı mıdır, yoksa değiştirilmeli midir?

¹⁰⁰ Ibid., s.25.

¹⁰¹ Buddası ve Baber, op.cit., s.74.

Performans değerleme resmi olmayan yöntemlerle de yapılabilir. Bu değerlendirme rastgele ve habersiz olarak fonksiyonların incelenmesidir. Tek bir olay anında ve geçici olarak kullanılır. Bireyin klinik performansında, tavırlarında ve davranışlarında bir sorun varsa, sorunlar olay anında veya olaydan hemen sonra tartışılmalıdır. Hiç kimse 6 ay sonra, neden yemeğe erken gittiğini hatırlayamaz.¹⁰²

Performans değerleme sistemi oluşturulmadan önce bir kadro performans amaçları sayfası hazırlanmalıdır. Daha önce hiç profesyonel amaçlar belirlenmemiş ise sorular hakkında astlarla tartışılmalıdır. Tartışma konuları şunlar olabilir:

- Hangi konularda iyi olduğu,
- Geliştirilmesi gereken yönleri,
- Acil bölümün sevilen yönleri,
- Yönetim hakkında istenen değişiklikler,

Acil ünitelerde çalışan kadro üyelerine aşağıdaki gibi bir format verilerek performans amaçları, hedefleri ve katkıları öğrenilebilir.¹⁰³

Acil Bölüm		
İsim: _____ Tarih: _____		
Kadro üyesinin performans amaçları		
Lütfen ilk sütunda altı ay veya 1 yıl içindeki, mesleki gelişme için hedeflediğiniz amaçlarınızı belirtin. İkinci bölümde bu amaçları gerçekleştirmek için kullanacağınız yöntemleri, üçüncü sütunda ise başarı için tasarladığınız son tarihi belirtin. Eğer amaçlarınız bölüm amaçları ile ortaksa; lütfen bu amaçların gerçekleşmesi için bireysel katkılarınızın ne olacağını belirtin.		
Amaçlar	Yöntemler	Son Tarih

¹⁰² İbid., s.76.

¹⁰³ İbid., s.77.

Değerlendirme formatları genellikle işin kalitesi, niceliği, iş bilgisi ve bir yorum formatı şeklinde hazırlanır. Ancak hastane geneli için hazırlanan format her zaman acil üniteye hizmet etmeyebilir. Böyle bir durumda özel ek ilave edilmelidir. En iyi değerlendirme formları, ortamda önemli olan konuları tartışmak üzere gözlemci ve kadro üyesi tarafından özel olarak hazırlanan formlardır. Bölümün özel gereksinimlerine ve felsefesine uygun bir form hazırlanmalıdır.¹⁰⁴

Performans değerlendirme temelinde kişilerin performanslarının karşılaştırılabileceği standartların varolmasını gerektirir. Bu karşılaştırmalar yolu ile kişinin başarı derecesini belirlemek mümkün olur. Performans standartları ne kadar açık-seçik ve doğru olarak belirlenmişse, değerlendirmeler de o denli objektif olacaktır.¹⁰⁵

Performans değerlendirme sisteminde değerlendirmenin kimler tarafından yapılacağı organizasyonun yönetim ve personel politikasına bağlı olarak seçilecek değerlendirme tekniğine göre belirlenir. Ancak buradaki en önemli nokta değerlendirmeleri yapacak kişi veya kişilerin işgörenleri yeterli bir süre gözlemlene imkanı ve performansına ilişkin gerekli kanaati elde edebilmiş olmalarıdır. Kişinin işini nasıl yaptığını, başarılı ya da başarısız olduğu noktaları, kendini hangi konularda nasıl geliştirmesi gerektiğini en iyi bilen o kişinin ilk amiridir. Aynı zamanda değerlendirme; kişinin kendi kendini değerlendirmesi, iş arkadaşları tarafından değerlendirilmesi, astlar tarafından değerlendirilmesi, müşteriler tarafından değerlendirilmesi şeklinde de olabilir.¹⁰⁶

Performans değerlendirme sonuçlarına göre kadro üyelerinin ihtiyacına yönelik eğitim programları geliştirilebilir. Ancak eğitim programlarının kesinlikle bir ceza veya eğitim gören kişinin de kendisini tedavi gören bir hasta olarak algılamaması gerekir. Ayrıca, yönetici ve astı, eğitim programı öncesi hangi programın kişinin hangi ihtiyacına cevap vereceği ve yararlı olacağı konusunda fikir birliğine varmalıdırlar.¹⁰⁷

¹⁰⁴ İbid., s.78.

¹⁰⁵ Uyargil, op.cit., s.29.

¹⁰⁶ İbid., s.31.

¹⁰⁷ İbid., s.104.

Performans değerleme çalışmaları iřęörenin bir işten başka bir işe aktarılması veya terfi ettirilmesi, işten çıkarma, ücret arttırma ödüllendirme gibi amaçlarla kullanılabilir. Bu aşamada alınan kararların, yapılan uygulamaların bir sonraki dönemin performansını olumlu yönde etkilemeye dönük olduğu kesindir.¹⁰⁸

Performans değerlendirmede pek çok yöntem vardır. Bunlardan bazıları şöyledir:¹⁰⁹

- Grafik değerleme yöntemi: Ölçek birimine göre oluşturulan 5 seçim noktasından oluşur (ok yetersiz, yetersiz, normal, ortalama, yeterli, çok iyi)
- Derecelendirme yöntemi,
- İş boyutu yöntemi; iş gören doğrudan içine göre değerlendirilmek isteniyorsa bu yöntem kullanılır.
- Davranış değerleme yöntemi, davranışla ilişkilendirilmiş değerlendirme skalalarıdır.
- Kontrol listesi yöntemi; değerleyici çalışanın performansını değerlendirmez. Sadece rapor eder. Değerlendirme personel departmanı tarafından yapılır.

Performans değerleme çalışmalarının; geçerlilik, güvenilirlik ve pratiklik özelliklerini taşıması gerekir.

Kalite, sahip olunan bir şeyin mükemmellik derecesidir. Bu mükemmellik derecesine en az enerji ve harcamayla ulaşılmasında acil ünite yöneticilerine büyük görevler düşmektedir. Bunun için önce mevcut durum tesbit edilerek değerlendirilmeli ve bu değerlemelerden elde edilen verilerle geleceğe yönelik hedefler belirlenmelidir. Bu aşamada ise; tıbbi demetim, ünitenin gelir ve giderlerinin kontrolü, personelin performans değerlemesinin yapılması, sonuçların uygun bir şekilde kullanılması ve varılan sonuçlara göre gerekli değişikliklerin yapılması acil ünitelerde, etkin ve werimli bir hizmetin sunulmasında oldukça etkili olacaktır.

¹⁰⁸ Erkalı, op.cit., s.26.

¹⁰⁹ Ibid., s.53.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İSTANBUL'DAKİ ÜNİVERSİTE HASTANELERİ ACİL ÜNİTELERİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

A- ARAŞTIRMANIN AMACI, KAPSAMI VE YÖNTEMİ

1- Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın genel amacı, üniversite hastanelerindeki acil birimlerin mevcut durumu, yönetsel sorunları ve yöneticilerin mevcut durumdan kaynaklanan sorunların çözümüne ilişkin görüşlerini tesbit ederek daha etkili bir yöntemin gerçekleştirilmesi için öneriler geliştirmektir.

Hastanelerin acil birimlerinin hastanenin vitrini olduğu, ayrıca bu ünitelerde verilen hizmetin özelliği gereği çok iyi bir işleyişe ihtiyaç gösterdiği ve bu işleyişi sağlayan sistemin yöneticiler tarafından kurulduğu düşünülürse, acil birimlerin etkin yönetimin önemi daha iyi anlaşılabacaktır. Batılı gelişmiş ülkelerde acil ünitelerin yönetim ve işleyişine yönelik pek çok iyileştirme yapılmasına rağmen, ülkemizde bu konuya gerekli önemin verilmediği söylenebilir. Bu tez çalışmasının literatür çalışmasında daha önce bu konuda yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ayrıca konuyla ilgili Türkçe kaynak yok denecek kadar azdır. Bu nedenle bu konuda yapılacak bir araştırmanın hastane yöneticileri ve özellikle acil birim yöneticilerinin ilgisini çekeceği ve konunun öneminin anlaşılacak ilgi ve duyarlılıklarını arttıracacağı düşünülmektedir.

Bu düşünceden ve araştırmacının mesleki gözlemlerinden hareketle acil ünite yönetimine gerekli önemin verilmediği yolundaki genel yargıları irdelemek amacıyla girişilen bu çalışmada İstanbul ilindeki üniversite hastanelerinin acil ünitelerinin yöneticileriyle yüz yüze görüşme yoluyla onların bu konuda bakış açılarının bir ölçüde genişletilmesi planlanmıştır.

Bu amaçlardan hareketle yürütülecek olan tanımlayıcı araştırmanın başlıca hedefleri şunlar olmuştur:

- İstanbul ilindeki üniversite hastanelerindeki acil ünitelerin, tıp, hemşirelik, acil birim teknisyeni ve hizmetli personelini sayı ve nitelik açısından değerlendirmek,
- Bina, hasta yatağı, tıbbi malzeme ve cihaz gibi fiziksel kaynaklarını değerlendirmek,
- Ek hizmet birimlerini sayı ve kapasite yönünden değerlendirmek,
- Hasta kabulü, öncelikleri belirleme, tedavi ve bakımı ücretlendirme, kayıt tutma, iletişim sistemi, malzeme temini, eğitim gibi faaliyetlerini değerlendirmek,
- Personelin çalışma şekli ve saatlerini değerlendirmek,
- Performans değerlendirme sistemini değerlendirmek,
- Yöneticilerin yönetim fonksiyonlarına hazırlıklarını değerlendirmek,
- Yöneticilerinin yönetsel kararlarla ilgili uygulama ve görüşlerini değerlendirmek,
- Hastanedeki fiziksel konumunu değerlendirmek; ayrıca
- Acil olmayan hastalarla ilgili uygulamalarını;
- Kriz durumlarıyla ilgili uygulamalarını;
- Yöneticilerin üniteye yaşanan çatışmalarla ilgili düşüncelerini;
- Yöneticilerin ünitenin sorunlarına ve sorunların çözümüne ilişkin görüşlerini tesbit etmektir.

Bu amaçlara yönelik olarak hazırlanan soru formu ile toplanan veriler yorumlanarak acil üniteler için daha etkili ve sağlıklı bir yönetim şeklinin ana hatlarını belirleyecek öneriler geliştirilecektir.

2- Araştırmanın Kapsamı

Araştırmanın kapsamı araştırmacının maddi kısıtlamaları ve zaman yetersizliği nedeniyle İstanbul ilindeki üniversite hastaneleri ile sınırlı tutulmuştur. İstanbul'da kamu ve özel 120 civarında hastane bulunmaktadır. Ancak ana kütlenin tamamına ulaşmak araştırmacının imkanlarını aştığı için; ana kütle içinden hem çağdaş gelişmelere nispeten daha açık oldukları hem de diğer hastanelere model olabilecekleri düşüncesiyle üniversite hastaneleri tercih edilmiştir. Bu hastanelerin acil birimlerinde görevli tüm tıbbi yöneticiler ve hemşirelik hizmetleri yöneticileri araştırma kapsamına alınmıştır. Birimin yönetim, organizasyon ve işleyişle ilgili sorunlarını ve çeşitli faktörlerin hizmete etkisini yakından tanıma durumundaki bu yöneticiler araştırmanın hedeflediği veriler için en geçerli bilgi kaynağı olarak görülmüştür.

3- Araştırmanın Yöntemi

a) Ön hazırlık: Literatür taraması yapılarak konuyla ilgili yabancı ve Türkçe kaynaklar incelenmiştir. Toplanan bilgiler ve araştırmacının 3 yıllık acil ünite hemşirelik hizmetleri yöneticiliği süresince edindiği deneyimlerden yararlanılarak yönetici hekim ve hemşirelere yönelik iki farklı soru formu oluşturulmuştur. Hazırlanan soru formu araştırma kapsamına alınmayan bir hastanedeki acil birim yöneticilerine uygulanarak soruların anlaşılabilirliği test edilmiş, gerekli düzeltmeler yapılarak soru formlarına son şekli verilmiştir.

b) Veri Toplama Yöntemi ve Aracı: Araştırmamızda veri toplama aracı olarak Ek I'de görülen anket formları kullanılmıştır. Anket formları İstanbul ilindeki üniversite hastanelerinde toplam sekiz acil üniteye uygulanmıştır. Bir acil ünitenin yönetici hekimin soru formunu

yanıtlamayı reddetmesi nedeniyle 7 hekim yönetici ve 8 hemşire yönetici olmak üzere toplam 15 kişiye hazırlanan soru formları yüzyüze görüşme yoluyla uygulanmıştır.

Araştırmada I nolu anket formu acil birim hemşire yöneticilerine, II nolu anket formu ise acil birim hekim yöneticilerine uygulanmıştır. I nolu formda 22, II nolu formda 23 olmak üzere toplam 45 soruya yer verilmiştir. Her iki formda da gerek görüldüğü şekilde yer yer açık, yer yer kapalı uçlu sorulara yer verilmiştir.

I nolu formda; çalışan personelin sayısı, eğitim durumları, çalışma şekilleri ve çalışma saatleri, ünitenin mevcut işleyişi, ek hizmet birimleri, üniteadaki eğitim, kayıt, ücretlendirme faaliyetleri ve hemşirelik hizmetleri yürütülürken karşılaşılan sorunlarla ilgili sorulara yer verilmiştir.

II nolu formda ise; ünite de çalışan personelin nitelikleri, yönetici konumunun değerlendirilmesi ve yönetsel faaliyetler, hasta kabulü, risk durumları, performans değerlendirme sistemi, ünite de işleyişle ilgili yöneticinin görüşleri içeren sorulara yer verilmiştir.

Her iki formda da bu soruların yanısıra yanıtlayanların demografik özelliklerini irdeleyen sorular mevcuttur. Anket sorularının gerçekleri yansıtmaması amaçlandığından, yanıtlayıcıların isimleri sorulmamış ve kişilerin başkaları tarafından etkilenmelerini önlemek ve açık uçlu sorularda yanıtlayıcıların vermek istediği bilgileri doğru alabilmek için yöneticilere araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme sırasında araştırmacının amacı anlatılmıştır.

Araştırmanın tanımlayıcı niteliği nedeniyle toplanan veriler tanımlayıcı istatistiklerle özetlenmiş ve tablolar halinde sunulmuş yorumlanmıştır.

B- ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUMU

1- Ünitelerle İlgili Bilgiler:

a) Acil Ünitelerde görevli personel

Anket formunda üniteye görevli çeşitli personel gruplarının sayılarını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların, ünitelere göre dağılımı aşağıda Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1
Acil ünitelerde, görevli personelin sayısal dağılımı

Acil Ünite	Personel Grupları	Hekim Sayı	Hemşire Sayı	Hemşire Hekim Oranı	ATT Sayı	Hizmetli Sayı
İ.Ü.Cerrahpaşa Erişkin Acil		12	33	2.7	–	31
İ.Ü.Cerrahpaşa Çocuk Acil		6	8	1.3	–	7
İ.Ü.İst.Tıp Cerrahi Acil		12	27	2.2	–	40
İ.Ü.İst.Tıp Dahiliye Acil		8	7	0.8	–	8
İ.Ü.İst.Tıp Çocuk Acil		6	14	2.3	–	5
İ.Ü.İst.Tıp Ortopedi Acil		3	4	1.3	–	6
İ.Ü.İst.Tıp Nöroloji Acil		3	1	0.3	–	3
Marmara Üni. Acil		7	11	1.5	–	7
Toplam		57	105	1.8	–	107

En fazla hemşire ve hizmetli personel olan üniteler; 33 hemşire, 31 hizmetli ile İ.Ü.Cerrahpaşa Erişkin Acil ve 27 hemşire, 40 hizmetli ile İ.Ü.İstanbul Tıp Acil Cerrahi Ünitesidir. Cerrahpaşa Erişkin Acil'in tüm bilim dallarına ait erişkin hastalara baktığı gözönüne alınırsa İ.Ü.İstanbul Tıp Acil Cerrahiye oranla personel sayısının kısıtlı olduğu düşünülebilir.

En az hemşire ve hizmetliye sahip ünite ise, İ.Ü.İstanbul Tıp Nöroloji Acil'dir. Acil ünitelerin 24 saat hizmet verdikleri düşünüldüğünde bu ünitelerin hemşire ve hizmetli sayısının çok yetersiz olduğu görülmektedir.

Hiçbir acil ünite Acil Tıbbi Teknisyen grubunun olmaması da dikkat çekici bir noktadır. Gelişmiş ülkelerin pek çoğunda ve ABD'de hizmetli personel grubu yerine, acil hasta ve acil hizmet konusunda eğitim almış Acil Tıbbi Teknisyenler bu hizmeti yürütmektedir. Hekim dağılımının hemşire sayısı ve yatak kapasiteleri ile orantılı olduğu görülmekle beraber, hekim ve hemşire sayılarına bakıldığında bu birimlerin tümünde toplam 57 hekim ve 105 hemşirenin görev aldığı görülmektedir ki bu da hekim başına 1.8 hemşirenin düştüğünü göstermektedir. Ancak bu oranın yetersiz olduğu ve acil ünitelerde hemşirelik hizmetlerinin tıbbi hizmetlere oranla daha az sayıda personelle yürütüldüğü söylenebilir. İkinci anket formunda 18. soruda acil ünitelerdeki kaynakların yöneticiler tarafından ne ölçüde yeterli bulunduğu sorulduğunda alınan yanıtlar da hemşire ve hizmetli sayısının hekim sayısına oranla yetersiz olduğu şeklindedir. Bu da bulgularımızı desteklemektedir.

b) Acil ünitelerde görevli personelin eğitim durumları

Anket formunda ünitelerde görevli çeşitli personel gruplarının eğitim durumlarını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların hizmet gruplarına göre dağılımı aşağıda Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2
Acil ünitelerde görevli hemşire ve hizmetli grubun eğitim durumlarına göre dağılımı

	Hemşire sayısı	%	Hizmetli sayısı	%
Yüksek lisans	1	0.9	—	—
Lisans	12	11.5	—	—
Ön lisans	33	31.5	—	—
Lise	59	56.1	17	16.2
Ortaokul	—	—	8	7.6
İlkokul	—	—	80	76.2
Toplam	105	100	105	100

Acil ünitelerde çalışan hemşirelerin çoğunlukla lise seviyesinde eğitim almış olmaları bilgi, beceri ve çabuk karar verme yeteneği gerektiren bu hizmetin öneminin yeterince anlaşılmadığı şeklinde yorumlanabilir. ABD'deki acil ünitelerde çalışacak hemşireler en az ön lisans seviyesinde eğitim almalarının yanısıra, pekçok üniversite hastanesinde buna ilaveten 3 ya da 6 aylık kurslarla acil konusunda eğitildikten sonra bu ünitelerde çalıştırılmaktadır. Aynı zamanda bu konudaki yeterlilikleri her yıl girdikleri sınavlarla belirlenmekte ve yetersiz bulunan hemşireler acil ünitelerde hizmet verememektedirler.

Hizmetli grubunun büyük bir çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Acil ünitelerde iletişim ve kişilerarası ilişkilerin önemi düşünüldüğünde bu hizmetin çok yetersiz kişiler tarafından verildiği söylenebilir. Gelişmiş ülkelerde hizmetli personel grubu diye bir grup yoktur. Bunların yerine acil hasta konusunda özel eğitim almış acil birim teknisyenleri mevcuttur.

Hekim grubunun eğitim durumları sorulmakla beraber, hepsi lisans seviyesinde eğitim aldıklarından değerlendirmeye alınmamıştır. Ancak çalışma kapsamındaki hastanelerin üniversite hastaneleri olmaları nedeniyle acil ünitelerde hizmet veren hekimlerin çoğunluğunu uzmanlık öğrencileri (asistanlar) oluşturmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü üç üniversite hastanesinde de acil konusunda uzmanlık eğitimi verilmediğinden, burada çalışan asistanlar diğer bilim dallarından rotasyonla gelen kişilerdir. Bir acil ünite hariç tüm acillerde 24 saat uzman hekim bulunmaktadır. Ayrıca çalışma kapsamına giren acillerin çoğunda gündüz saatlerinde uzman hekimlerin yanısıra doçent ve profesörlerin de hizmet verdikleri görülmüştür. Her ne kadar tıbbi hizmetler hemşirelik hizmetlerine oranla daha kalifiye kişiler tarafından veriliyor görünse de bu birimlerde çalışan hekimler kariyerlerini (uzm., doç., prof.) başka bilim dallarında yaptıklarından, acil hasta konusunda istenen düzeyde bir eğitimleri yoktur. Ayrıca doçent, profesör düzeyindeki hekimlerin çoğu yönetici konumundadır. Daha iyi bir acil hizmet için acilin ana bilim dalı olması ve uzmanlık eğitimi vermesi gerekmektedir. Gelişmiş pekçok ülkede acil tıp artık bir uzmanlık dalıdır. Ülkemizde de bununla ilgili çalışmalar başlatılmış, ancak henüz yaygınlaşmamıştır.

c) Acil ünitelerin yatak kapasiteleri

Anket formunda ünitelerin yatak kapasitelerini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların ünitelere göre dağılımı aşağıda Tablo 3'de görülmektedir.

Tablo 3
Acil ünitelerin yatak kapasitelerinin dağılımı

Üniteler	Yatak sayısı	%
Cerrahpaşa Erişkin Acil	30	22.3
Cerrahpaşa Çocuk acil	-	-
İstanbul Tıp Cerrahi Acil	47	34.9
İstanbul Tıp Dahiliye Acil	12	8.9
İstanbul Tıp Çocuk Acil	17	12.5
İstanbul Tıp Ortopedi Acil	7	5.1
İstanbul Tıp Nöroloji Acil	-	-
Marmara Üniversitesi Acil	22	16.3
Toplam	135	100

Yatak kapasitesi en geniş olan ünite 47 yatağa sahip İstanbul Tıp Cerrahi Acil'dir. Bu ünitenin sadece cerrahi acillere baktığı düşünüldüğünde, oldukça geniş yatak kapasitesinin olduğu söylenebilir. Bunun yanında hiç yatağı bulunmayan, sadece kısa süreli müşahade yapan iki acil ünite de mevcuttur. Bu ünitelerde hastaların acil tedavi ve bakımlarının muayene masalarında yapıldığı belirtilmiştir. Hastaların durumlarına bağlı olarak geniş ekip çalışması ve yoğun uygulamalara ihtiyaç duyulan bu ünitelerde hastaların kısa süreli de olsa bir takım uygulamaların rahatlıkla yapılabilceği uygun ortamlarda gözlemlenmesi gereği, muayene masalarının gözlem için uygun olmadığı sonucunu doğurmaktadır.

Tablo 1'deki hemşire sayıları ile yatak kapasiteleri kıyaslandığında, en fazla yatağa sahip ünitelerin aynı zamanda en fazla hemşireye de sahip olduğu görülmektedir. Ancak İ.Ü. Tıp Fakültesi Cerrahi Acil'de 47 yatağa 27 hemşire ve 40 hizmetli personel hizmet verirken; İ.Ü.Cerrahpaşa Erişkin Acil'de 30 yatağa 33 hemşire ve 31 hizmetli hizmet vermektedir. Bu da acil ünitelerde hemşire ve hizmetli personelin sayısal dağılımının

yatak kapasitesi ile tam bir uyum içerisinde olmadığını göstermektedir. Ayrıca yatağı bulunmayan iki acil üniteden birinde sadece 1 hemşire ve 3 hizmetli görev yaparken, değerinde 8 hemşire ve 7 hizmetli görev yapmaktadır.

Acil ünitelerde takip edilen vakaların ağırlığına göre, 1 yatağa 1 hemşire ve hatta 1 yatağa 2 hemşire bakmalıdır. Ortalama 2 yatağa 1 hemşire olması gerektiği düşünüldüğünde çalışma kapsamındaki acil ünitelerde yatak kapasitesine oranla hemşire sayısının çok yetersiz olduğu görülmektedir.

d) Acil ünitelerin ek hizmet birimleri

Anket formunda mevcut ek hizmet birimlerini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 4'te görülmektedir.

Tablo 4
Ünitelerde bulunan ek hizmet birimleri

	<i>Frekans</i>	<i>%(*)</i>
Radyoloji	4	50.0
Yoğun bakım ünitesi	5	62.5
Laboratuvar	6	75.0
Ameliyathane	5	62.5
EKG laboratuvarı	4	50.0
Anestezi	1	12.5
Ultrason	3	37.5
BT	1	12.5
EKO	2	25.0
Güvenlik Bölümü	3	37.5

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 8 üzerinden hesaplanmıştır.

Acil ünitelerin hiçbirinde olabilecek ek hizmet birimlerinin hepsi birden yoktur. En çok bulunan ek hizmet birimi laboratuvar, en az bulunan ise BT ve anestezi bölümüdür. Bu ek hizmet birimlerinin oluşturulmasında maliyet önemli yer tutmaktadır. Dar kapsamlı laboratuvar tesisinin ucuz olması ve fazlaca ihtiyaç duyulması nedeniyle çoğu acil ünite (6 üni-

te) mevcuttur. Ancak güvenlik gibi maliyeti çok fazla olmayan ve acil ünite için vazgeçilmez olan bir birimin sadece üç ünite de olması dikkat çekicidir. BT ve anestezi bölümlerinin birim içinde olmaması, hastanenin diğer bölümlerinde oldukları ve acil ünitenin de bunlardan faydalandığı şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca araştırma kapsamına giren bir üniversite hastanesinde her bölümün kendi içinde acil ünitesinin olması; her acil ünite için bu ek hizmet birimlerinin herbirinin mevcudiyetini -hastane genelinde düşünüldüğünde- getirdiği yüklü maliyet nedeniyle zorlaştırmaktadır.

e) Acil ünitelerde görevli personelin çalışma şekilleri

Anket formunda ünite de görevli personelin çalışma şeklini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların hepsi aynı olduğundan tablo olarak düzenlenmemiştir.

Çalışma kapsamındaki tüm acil ünitelerde personelin çalışma şeklinin aynı olduğu saptanmıştır. Hekim grubu full-time ve rotasyonla çalışırken hemşire grubu ve hizmetli grubu full-time; vardiya veya nöbet usulü çalışmaktadır. Nöbet usulü çalışıldığında 12 veya 16 saat boyunca aynı kişilerin görev yaptığı ve bu nedenle zaman zaman hizmetin kalitesinin buna bağlı olarak düştüğü ilgili kişilerle görüşmeler sırasında belirtilmiştir. Acil gibi yoğun ve dikkat gerektiren bir ortamda çalışan personelin, özellikle hemşirelerin günde 6 saat çalışması önerilmektedir. Birçok gelişmiş ülkede diğer servislerden farklı olarak acil hemşirelerinin haftalık çalışma saati daha düşük tutulmaktadır. Bu aynı zamanda böyle yoğun bir ortamda çalışan personelin motivasyonunun sağlanmasında da etkili olacaktır.

Rotasyonla gelen hekimlerin diğer kliniklerden gelmesi, rotasyonlarının kısa süreli olması, acil ünitenin mevcut işleyişini bilmemeleri ve acil üniteyi benimsememeleri nedeniyle hizmetin ve işleyişin zaman zaman yeterince yürütülemediği de yöneticiler tarafından ifade edilmiştir.

f) Acil ünitelerin bağlı olduğu üst yönetim birimleri

Anket formunda acil ünitenin bağlı olduğu üst yönetim birimini belirlemeye yönelik açık uçlu soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 5
Acil ünitelerin bağlı olduğu üst yönetim birimleri

Ünite	Bağlı bulunduğu üst yönetim birimi
İ.Ü.Cerrahpaşa Erişkin Acil	Genel cerrahi
İ.Ü.Cerrahpaşa Çocuk Acil	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD
İ.Ü.İst.Tıp Cerrahi Acil	Dekanlık
İ.Ü.İst.Tıp Dahiliye Acil	İç hastalıkları ABD
İ.Ü.İst.Tıp Çocuk Acil	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD
İ.Ü.İst.Tıp Ortopedi Acil	-
İ.Ü.İst.Tıp Nöroloji Acil	Akademik kurul
Marmara Üniversitesi Acil	Cerrahi Tıp Bilimleri

Organizasyon yapısı içerisinde altı acil ünite hizmet verdiği alanın ana bilim dalına bağlı iken; sadece bir acil ünitenin doğrudan dekanlığa bağlı olduğu görülmektedir. Acil hizmet birimlerinin ana bilim dalı olmaması, ana bilim dallarına bağlı üniteler olarak hizmet vermelerine neden olmaktadır. Oysa pek çok gelişmiş Avrupa ülkesinde ve ABD'de acil yönetimi doğrudan hastane yönetimine bağlıdır. Bu da hiyerarşik kademelerin azalmasını ve dolayısıyla çabuk karar alınması gereken bu ünitelerin işleyişini kolaylaştırmaktadır.

2- Ünitelerin işleyişi ile ilgili bilgiler

a) Acil ünitelerin doğrudan bağlantılı oldukları kurumlar

Anket formunda ünitelerin doğrudan bağlantılı oldukları kurumların sayılarını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 6
Ünitelerin doğrudan bağlantılı oldukları kurumların dağılımı

Kurumlar	Frekans	% (*)
Acil Yardım ve Cankurtarma Müdürlüğü	2	25.0
Kan Merkezi	7	87.5
Polis	6	75.0
İtfaiye	—	—
Zehir Danışma Merkezi	4	50.0
Taşımacılık Bölümü (Karayolları)	—	—

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 8 üzerinden hesaplanmıştır.

8 ünitenin 7 tanesinin (% 87.5) kan merkezi, 6 tanesinin (% 75) polis ile doğrudan bağlantısı bulunurken; hiçbir ünitenin itfaiye ve karayolları ile doğrudan bağlantısının olmadığı görülmektedir. Ülkemiz gibi trafik kazalarının çok yoğun yaşandığı, özellikle son yıllarda yangınların arttığı bir yerde acil ünitelerin bu kurumlarla bağlantısının olmaması bu tür kazalar sonucu zaman kaybına ve profesyonel yardımın yetersizliğine bağlı ölümlerin artmasına neden olacaktır.

b) Acil ünitelerin iletişim sağlamada kullandıkları iletişim araçları

Anket formunda hastane içi ve dışı iletişim sağlanmasında kullanılan iletişim araçlarının belirlenmesine yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 7
Acil ünitelerin iletişim sağlamada kullandıkları iletişim araçlarının dağılımı

İletişim Aracı	Frekans	% (*)
Telefon	8	100.0
Telsiz	—	—
Faks	3	37.5
Radyo-TV	—	—
Anons	2	25

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 8 üzerinden hesaplanmıştır.

Ünitelerin hepsinde hastane içi ve dışı iletişim sağlanmasında telefon kullanılmaktadır. Üç üniteye telefona ilaveten faks, iki üniteye ise anons kullanılmaktadır. Ancak hiçbir üniteye telsiz ve radyo-TV'den yararlanılamamaktadır. Özellikle acil hastanın taşınması sırasında telefonla bağlantısının sağlanması çok güç hatta imkansız olabilir. Ambulans personelinin acil ünite hekimine bilgi vermesi veya bilgi alması gerekebilir. Bu nedenle özellikle ambulanslarla acil üniteler arasında telsiz bağlantısının olmaması bu ünitelerin iletişim ağının yetersiz olduğu şeklinde yorumlanabilir.

c) Acil ünitelerde ilaç ve malzemenin temin edilme şekli

Anket formunda üniteye kullanılan ilaç ve malzemenin temin edilme şeklini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 8'de görülmektedir.

Tablo 8
Acil ünitelerde ilaç ve malzemenin temin edilme şekillerinin dağılımı

<i>Malzeme ve ilacı temin şekli</i>	<i>Frekans</i>	<i>% (*)</i>
Yıllık olarak ihtiyaç belirlenip hastane yönetiminden istenir	2	25.0
Aylık olarak ihtiyaç belirlenip hastane yönetiminden istenir	4	50.0
Her gelen hastaya kullanılacak ilaç ve malzeme yazılır	8	100.0
Her gelen hastaya ünitenin eksik malzemeleri yazılır	—	—

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 8 üzerinden hesaplanmıştır.

Tüm ünitelerde malzeme ve ilaç temini, her gelen hastaya kullanılacak ilaç ve malzeme yazılarak yapılmaktadır. Buna ilaveten 6 üniteye ihtiyaç aylık veya yıllık olarak hastane yönetiminden istenerek temin edilmektedir.

Acil üniteler ilaç ya da malzemenin fazla tüketildiği ve ihtiyacın derhal karşılanmasını gerektiren ünitelerdir. Bu nedenle her gelen hastanın ihtiyacı olan ilaç ve malzemeyi belirlemek belli bir zaman alacak veya ihtiyaç ani olarak ortaya çıkabileceğinden, önceden belirlemek mümkün

olmayacaktır. Bu da çoğu zaman müdahaleyi geciktirecektir. Bu nedenle bu temin şeklinin yetersiz olduğu söylenebilir.

İlaç ve tıbbi malzemenin maliyeti çok yüksek olduğundan ve acil ünitelerde malzeme kontrolü güç olduğundan açıklar fazla olmaktadır. İyi bir ücretlendirme politikası ve yeterli denetimle bu açıklar en az düzeye indirilerek yeterli ilaç ve malzeme depolanabilir. Böylece hastaların ihtiyacı olan ilaç ve malzemeye derhal ulaşılabilir ve iyi bir ücretlendirme politikasıyla kullanılan her malzemenin ücreti talep edilerek yerine yenisi konabilir.

d) Acil ünitelerin kayıtlarını saklama şekli

Anket formunda ünitenin kayıtlarının nasıl bir sistemle saklandığını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 9'da görülmektedir.

Tablo 9
Acil ünitelerin kayıtlarını saklama şekillerinin dağılımı

<i>Kayıtların saklanma şekli</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Birim içi dosyalama	3	37.5
Hastane genel arşivi	3	37.5
Bilgisayarda dosyalama	2	25.0
Toplam	8	100

Günümüz dünyasında bilgisayar teknolojisi her alanda olduğu gibi sağlık alanında da artık vazgeçilmezdir. Gelişmelere ve yeniliklere en açık hastanelerin üniversite hastaneleri olduğu varsayımıyla; 8 acil ünitenin sadece 2 (% 25) tanesinde kayıtların saklanması için bilgisayarın kullanılması gelişmiş Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça yetersiz olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca bilgisayar kullanmayan 3 (% 37.5) ünitenin kayıtlarını hastane genel arşivinde sakladığı tesbit edilmiştir. Bilgilere ulaşmada zorluk olmaması için acil ünitelerin arşivinin hastane arşivinden ayrı olarak birim içinde bulunmasının daha uygun olacağı söylenebilir. Çünkü acil

durumlarda hastaların daha önceki kayıtları önemli olabilir ve hastane genel arşivinden bu kayıtları edinmek zaman kaybına neden olabilir.

e) Acil ünitelerin laboratuvarında yapılan tetkikler

Tablo 10
Acil ünitelerin laboratuvarında yapılan tetkiklerin dağılımı

<i>Tetkikler</i>	<i>Frekans</i>	<i>% (*)</i>
Elektrolit tayini	5	62.5
Arterial kan gazları	2	25
Pıhtılaşma testleri	4	50.0
İdrar tetkiki	6	75.0
Mikrobiyolojik ve toksikolojik çalışmalar	1	12.5
Kan grubu tayini	2	25
Cross-match	4	50.0

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 8 üzerinden hesaplanmıştır.

Hiçbir acil ünite laboratuvarında bu tetkiklerin hepsi yapılmamaktadır. En sıklıkla yapılan tetkik 6 ünite (% 75) ile idrar tetkikidir. Maliyeti düşük, kolay ve çok istenen bir tetkik olduğundan daha sıklıkla yapılmaktadır. Cross-Match arterial kan gazları, mikrobiyolojik ve toksikolojik çalışmalar, pıhtılaşma testleri ve elektrolit tayini hastane içindeki diğer laboratuvarlarda yapıldığından her ünite kendi laboratuvarı içinde bu tetkiklere yer vermemiş olabilir. Ancak Cross-Match gibi acil ünite laboratuvarında mutlaka yapılması gereken, yapılması da oldukça kolay ve ucuz olan bu tetkikin çalışma kapsamındaki ünitelerin yarısında yapılmıyor olması oldukça dikkat çekicidir.

f) Acil ünite için hastane içindeki diğer laboratuvarlarda yapılan tetkikler

Anket formunda ünite laboratuvarında olmayıp, hastane içindeki diğer laboratuvarlarda 24 saat yapılabilen tetkikleri belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 11'de görülmektedir.

Tablo 11

Acil ünite için hastane içindeki diğer laboratuarlarda yapılan tetkiklerin dağılımı

<i>Tetkikler</i>	<i>Frekans</i>	<i>%(*)</i>
Elektrolit tayini	3	37.5
Arterial kan gazları	6	75.0
Pıhtılaşma testleri	5	62.5
Mikrobiyolojik ve toksikolojik çalışmalar	–	–
Cross-Match	3	37.5
Kan grubu tayini	1	12.5
Biokimyasal testler	1	12.5

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 8 üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 10 ile karşılaştırıldığında ünite laboratuvarında yapılmayan çoğu tetkikin hastane içindeki diğer laboratuarlarda yapıldığı görülmektedir. Ancak mikrobiyolojik ve toksikolojik çalışmaların 24 saat boyunca yapılmadığı sadece gündüz saatlerinde hastane içindeki diğer laboratuvarlarda yapılabildiği belirtilmiştir. Kan grubu tayininin ise ne acil birim laboratuvarlarında ne de hastane içindeki diğer laboratuarlarda yeterince yapıldığı görülmektedir. Bu da bu işlemin hastanelere bağlı kan merkezleri tarafından yapıldığı şeklinde yorumlanabilir.

Hastane genelinde düşünüldüğünde laboratuvar hizmetlerinin yeterli olduğu ve gelişmiş ülkelerdeki üniversite hastaneleriyle paralellik gösterdiği söylenebilir. Fakat bu tetkiklerin tamamının ünite içindeki laboratuvarlarda yapılmıyor olması zaman kaybına neden olacaktır.

g) Acil ünitelerde hastaların önceliklerini belirleme sistemi

Anket formunda ünite hastaların önceliklerini belirleme sisteminin (triaj) olup olmadığını, varsa nasıl bir gruplama yapıldığını belirlemeye yönelik sorulan sorulara verilen yanıtlar aynı olduğundan tablo oluşturulmamış ve birlikte değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışma kapsamındaki 8 acil ünitenin hiçbirinde düzenli bir triaj sistemi yoktur. Sadece bir ünite tıp fakültesi son sınıf öğrencileri hastalarla ön görüşme yapmaktadır. Bu kişiler triaj konusunda hiçbir eğitim almamış deneyimsiz ve bu konuda yetersiz kişilerdir. Öncelikleri belirlemekten çok hastaları acil veya değil şeklinde değerlendirip acil olmayan hastaları polikliniğe gönderdiklerini ifade etmişlerdir ki bu işleme triaj (öncelikleri belirleme) denemez.

ABD'de triaj sistemi pekçok üniversite hastanesinde, hatta devlet hastanelerinde sistemli olarak yürütülmekte ve bu işi yapacak olan hekim veya hemşire özel bir eğitim alıp bir süre deneyim kazandıktan sonra bu konuda sorumluluk almaktadır. Hastalar 3, 4 veya 5 gruba bölünerek aciliyet sırasına göre müdahale edilmektedir. Böylece zaman kaybının çok önemli olduğu vakalara öncelik tanınmaktadır.

h) Acil ünitelerin, acil durumlarda uzman hekime ulaşma süreleri

Acil durumlarda uzman hekime ne kadar sürede ulaşıldığını belirlemeye yönelik açık uçlu soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 12'de görülmektedir.

Tablo 12

Acil ünitelerin, acil durumlarda uzman hekime ulaşma sürelerinin dağılımı

<i>Süre/dakika</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
1-3	3	37.5
4-6	4	50.0
7-9	—	—
10 ve üzeri	1	12.5
Toplam	8	100.0

Ünitelerin 4 tanesinde (%50) acil durumlarda uzman hekime 4 ila 6 dakikada ulaştıkları; 3 tanesinde (%37.5) ise 1-3 dakikada ulaştıkları

belirtilmiştir. 1-3 dakikalık süre gelişmiş Avrupa ülkelerindeki ve ABD'deki süre ile uyum göstermektedir. Sadece bir ünite bu süre 10 dakikanın üstündedir.

Acil ünitelerin hepsinde 24 saat boyunca asistanların yanı sıra uzman hekimlerin de nöbet tutması, acil durumlarda uzman desteğinin zaman kaybı olmadan hastaya ulaşmasını sağlamaktadır.

1) Acil ünitelerde tutulan kayıtların konuları

Anket formunda ünite tutulan kayıtların hangi konularda tutulduğunu belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 13'te görülmektedir.

Tablo 13

Acil ünitelerde tutulan kayıtların konulara göre dağılımı

<i>Kayıt Edilen Bilgiler</i>	<i>Frekans</i>	<i>%(*)</i>
Hastanın demografik özellikleri	8	100.0
Hastaya uygulanan tedavi-bakım	8	100.0
Adli vakalarla ilgili bilgiler	6	75.0
Bildirimi zorunlu hastalıklar	5	62.5
Narkotik ilaçların kullanımı	1	12.5
Taşıma şekli	1	12.5
Hastane enfeksiyonları	2	25.0

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 8 üzerinden hesaplanmıştır.

Tüm ünitelerde hastaların demografik özellikleri ve hastaya uygulanan tedavi ve bakımla ilgili kayıtlar tutulmaktadır. Ünitelerin 6 tanesinde (%75) adli vakalarla ilgili, 5 tanesinde (%62.5) ise bildirimi zorunlu hastalıklarla ilgili kayıt tutulduğu belirtilmiştir. Ancak narkotik ilaçların kullanımı, taşıma şekli ve hastane enfeksiyonları ile ilgili kayıtların çok az sayıda ünite tutulduğu görülmektedir.

Bu bilgilerle ilgili kayıtlar her acil üniteye tutulması gereken kayıtlardır. Buna rağmen çalışma kapsamındaki hiçbir üniteye bu kayıtların tamamının tutulmuyor olması, acil ünitelerin kayıt sisteminin yetersiz olduğu sonucuna götürmektedir. Özellikle kullanımı kırmızı-yeşil reçete ile mümkün olan narkotik ilaçlar ile ilgili kayıtların sadece bir üniteye tutuluyor olması dikkat çekicidir.

j) Acil ünitelerin politika, standart ve prosedür durumları

Anket formunda üniteye yazılı olarak mevcut olan politika, standart ve/veya prosedürleri belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtlar aynı doğrultuda olduğundan tablo oluşturulmamıştır. Çalışma kapsamındaki acil ünitelerin hiçbirinde yazılı olarak hazırlanmış politika, standart veya prosedürlerin olmadığı tesbit edilmiştir. Ancak iki üniteye buna yönelik çalışmaların başlatıldığı belirtilmiş; bir üniteye ise hazırlanmasının planlandığı ama henüz girişimde bulunulmadığı ifade edilmiştir.

Acil ünitelerde istenilen sonuçlara ne oranda ulaşıldığını belirlemek ve oldukça kritik hastalara bakım verilen bu ünitelerde hizmet kalitesini arttırmak için standardizasyonun yapılması şarttır. Gelişmiş ülkelerde standartlarla çalışma günlük yaşamın bir parçası olmuştur. Nitekim acil ile ilgili pek çok standart, politika ve prosedür mevcuttur. Örneğin;

- Tıbbi tanı ve tedavi kalifiye bireylerce uygulanır.
- Acil ünite iyi organize edilir, doğru yönetilir, uygun şekilde personellendirilir.
- Acil ünite hastanenin diğer servisleri ile uygun şekilde entegre olmalıdır.
- Bütün personel acil bakımdaki sorumlulukları hakkında eğitilmeli ve pratik uygulamalar yaptırılmalıdır.
- Acil hasta bakımı yazılı politika ve talimatlar ile yapılmalıdır.
- Acil ünite hasta bakımını etkili hale getirecek bir şekilde donatılmalı.

- Acil hizmet verilen her hasta için tıbbi kayıt tutulur.
- Acil üniteye uygun kalite kontrol mekanizmaları kurulmalıdır.

Bu standartlara ulaşmak için gerekli olan şartlar da ayrıca belirtilmekte ve istenen sonuca ulaşmak için yapılan tüm işlemlerin prosedürleri belirlenmektedir. Bu prosedürlerin bir kaçı aşağıda verilmiştir:

- Acil ünitenin tanımlanması
- Acil ünite tıbbi komitesinin tanımlanması
- Acil ünitenin organizasyonel yapı içindeki yerinin belirlenmesi
- Ambulans gelişi, helikopter inişi
- Enfeksiyon kontrolünün sağlanması
- Rapor edilecek hastalıklar
- Triaj prosedürü
- Hasta kabulü ve taburcu edilme prosedürü
- Ziyaretçi kabulü
- Yolda gelirken ölenler için yapılacak işlemler
- Hasta nakli prosedürü vb.

Çalışma kapsamındaki hiç bir üniteye bu konuda yazılı dökümanın olmaması, yapılan uygulamaların bir plan dahilinde ve aynı doğrultuda olmadığını düşündürmektedir. Bundan da şöyle bir sonuç çıkarılabilir: Uygulamalar herkesin kendi belirlediği veya alışıldık şekilde yürütülmekte ve sonuçların ne kadar verimli olduğu tartışılmadığından standart veya politika belirlemeye ihtiyaç duyulmamaktadır.

Acil gibi çok kritik uygulamaların yapıldığı bir üniteye bazı politika/prosedür veya standartların hala oluşturulmamış olması önemli bir eksiktir.

k) Tedavi ve bakımın ücretlendirilmesinde kullanılan kriterler

Anket formunda verilen tedavi ve bakımın ücretlendirilmesinde kullanılan kriterleri belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların hepsi aynı olduğundan tablo oluşturulmamıştır.

Çalışma kapsamındaki tüm acil üniteler tedavi ve bakımın ücretlendirilmesinde kriter olarak, hastaya kullanılan araç, gereç, malzeme ve hizmeti aldıklarını belirtmişlerdir. Çalışma kapsamındaki hastanelerin hepsinin üniversite hastanesi olması ve ücretlendirme politikasında üniversitelerin bağlı bulunduğu kurumların etkili olması nedeniyle, tüm hastane genelinde belirlenen ücret politikasının acil ünitelerde de uygulanması, cevapların aynı doğrultuda olmasına neden olmuştur.

Acil hastaların ücretlendirilmesinde pek çok yöntem olmasına rağmen çoğu gelişmiş ülkede de hastaya kullanılan araç, gereç, malzeme ve hizmet kriter olarak alınmaktadır. Ancak bu ülkelerde hizmetin niteliği aşama aşama ücretlendirilmekte ve kullanılan her malzemenin ücreti hastadan talep edilmektedir. Oysa çalışma kapsamındaki hastanelerde bunun titizlikle uygulanmadığı belirtilmiştir. Bu da hastane için kayıp demektir.

1) Acil ünitelerde işe yeni başlayan personele verilen eğitim türleri

Anket formunda üniteye yeni işe başlayan personele eğitim verilip verilmediğini, veriliyorsa nasıl bir eğitim verildiğini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 14'te görülmektedir.

Tablo 14

Acil ünitelerde yeni işe başlayan personele verilen eğitim türlerinin dağılımı

<i>Eğitim Türü</i>	<i>Frekans</i>	<i>%(*)</i>
Eğitim verilmiyor	2	25.0
Hizmet içi eğitim	3	37.5
Hasta başı eğitimi	4	50.0
Adaptasyon programı	3	37.5
Özel acil kursu	2	25.0

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden, yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 8 üzerinden hesaplanmıştır.

Ünitelerin sadece iki tanesinde (%25) özel acil kursu verildiği belirtilirken; adaptasyon programı ve hizmet içi eğitim yapıldığını belirten ünitelerde ise bu eğitimin hastane genelinde yapılan programlar olduğu belirtilmiştir. Hasta başı eğitim yaptıklarını ifade eden 4 ünite (%50) ise; bu eğitimin bir program dahilinde olmadığı, usta-çırak ilişkisi şeklinde yürütüldüğü ifade edilmiştir. İki ünite (%25) ise hiç eğitim verilmemektedir.

Acil gibi bilgi, beceri ve hızlı karar vermeyi gerektiren bir ünite- de yeni işe başlayan her personele standart bir eğitimin verilmiyor olması, acil ünite yöneticileri ve hastane yönetiminin bu konuya gerekli önemi veremedikleri şeklinde yorumlanabilir. Ancak personel sayısının yetersizliği (özellikle hemşire ve hizmetli) göz önüne alınırsa çoğu zaman sadece iş bitirmenin ön plana çıkması nedeniyle eğitim ihtiyaçlarının hep geri plana itildiği de söylenebilir.

ABD'de acilde işe başlayacak her personele (hemşire, acil birim teknisyeni) adaptasyon programının yanı sıra 3 ya da 6 aylık acil kursu verilmekte ve ancak bu kursta başarılı olanlar acil ünite çalışabilmektedir. Ayrıca 2-yıllık aralarla acil konusundaki bilgi ve becerileri ölçülerek yetersiz olanlar bu ünite çalıştırılmamakta veya yeni bir eğitime tabi tutulmaktadır. Ayrıca sürekli eğitim programları ve eğitimciler tarafından

verilen hasta başı eğitimiyle bu ünitelerde çalışan kişilerin bilgi ve becerileri arttırılmaktadır.

m) Acil ünitelerde yeni işe başlayan personele verilen eğitimin içeriği

Anket formunda yeni işe başlayan personele verilen eğitimin hangi konuları içerdiğini belirlemeye yönelik yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 15'te görülmektedir.

Tablo 15
Acil ünitelerde yeni işe başlayan personele verilen eğitimin
içerdiği konuların dağılımı

Konular	Frekans	%(*)
Hastanın tanınması, belirti ve semptomların kaydı	4	50.0
Kardiopulmoner resusitasyon	3	37.5
Sıvı replasmanı, kan ve kan ürünlerinin kullanımı	5	62.5
Yara bakımı ve sebsis	4	50.0
Santral sinir sistemi ve ekstremiteler yaralanmalarında yaklaşım	4	50.0
Acil birimdeki aletlerin etkin kullanımı	4	50.0
Hasta ve ailesinin psikolojik ihtiyaçları	3	37.5
Güvenlik ve enfeksiyon kontrolü	6	75.0
Yoğun bakım bilgisi	4	50.0
Yasal sorumluluklar	4	50.0

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 8 üzerinden hesaplanmıştır.

Eğitimde en sıklıkla verilen konunun 6 ünite ile (%75) güvenlik ve enfeksiyon kontrolü olduğu görülmektedir. Tablo 14'te de belirtildiği gibi eğitim çoğunlukla hastane genelinde yapılan programlara katılım şeklindedir. Çalışma kapsamındaki hastanelerde enfeksiyon kontrol birimleri olduğundan, bu birimlerin enfeksiyon kontrolü ile ilgili hastane genelinde yaptıkları eğitim programlarına acil ünite personeli de katılmıştır şeklinde yorumlanabilir.

En sıklıkla ihmal edilen konuların ise, kardiyopulmoner resusitasyon ile hasta ve ailesinin psikolojik ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Bilim dalı ayırmaksızın tüm aciller için önem taşıyan bu iki konunun ihmal edilmesinin nedeni Tablo 14'te de görüldüğü gibi eğitimden kastedilen şeyin genellikle el becerisi geliştirmeye yönelik hastabaşı (usta-çırak) eğitimi olarak algılanması olabilir.

Acil ünitelerdeki iş sınırının çok çeşitli olmasına bağlı olarak sürekli öğrenmek, gelişmeleri takip etmek gerekir. Uygulamalarda standart getirilebilmesi, yeni işe başlayan kişilerin yetiştirilmesi ve hizmetin kalitesinin arttırılabilmesi için eğitim vazgeçilmez bir unsurdur. Ayrıca acil hizmet en fazla ön hazırlık gerektiren alanlardan biridir. Bu nedenle acil üniteye yeni işe başlayan tüm personele ilk etapta yukarıda verilen konularda eğitim verilmeli, daha sonraları hizmet içi eğitim, hasta başı eğitim, seminer ve gereğinde bire bir eğitimle kişilerin bilgi, beceri ve yeterlikleri arttırılmalıdır.

n) Acil ünitelerin sürekli eğitim programı uygulama sıklığı

Anket formunda sürekli eğitim programı yapılıp yapılmadığını ve yapılıyorsa ne sıklıkta yapıldığını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 16'da görülmektedir.

Tablo 16

Acil ünitelerin sürekli eğitim programı uygulama sıklıklarının dağılımı

Süre	Sayı	%
Sürekli eğitim yapılmıyor	1	12.5
3 ayda bir	—	—
6 ayda bir	—	—
Yılda bir	5	62.5
Farklı zamanlarda	2	25.0
Toplam	8	100.0

Sürekli eğitimin 5 ünite de (%62.5) yılda bir, 2 ünite de farklı zamanlarda yapıldığı ve bir ünite de ise yapılmadığı tesbit edilmiştir.

Uzun zaman aralıklarıyla da olsa ünitelerin 5 tanesinde (%62.5) sürekli eğitimin yapılıyor olması olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Ancak bu üç üniversite hastanesinde yılda bir defa hastane genelinde temel konularda eğitim yapıldığı gözönüne alınırsa; bu ünitelerin de acile yönelik hizmet içi eğitimden ziyade hastanelerdeki genel eğitim programlarına katıldıkları söylenebilir ki ünite yöneticileri de bunu görüşme esnasında ifade etmişlerdir.

ABD'de temel eğitim programları yılda bir defa tekrarlanır. Bununla beraber her hafta veya haftanın belli günlerinde seminerler yapılarak sürekli eğitim sürdürülür. Ayrıca acil ünitenin eğitim sorumlusu gerekli gördüğü zaman kişilere belirli konularda bire bir veya grup eğitimi yaparak eğitimin sürekliliğini sürdürür.

o) Acil ünitelerde sürekli eğitim yapan kişiler/gruplar

Anket formunda sürekli eğitim programlarının kimler tarafından yapıldığını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 17'de görülmektedir.

Tablo 17

Acil ünitelerde sürekli eğitim programlarını yapan kişilerin/grupların dağılımı

<i>Kişiler/Gruplar</i>	<i>Frekans</i>	<i>%(*)</i>
Acil birim yöneticisi	3	37.5
Dışardan uzman eğitmenler	—	—
Hastanenin eğitim departmanı	—	—
Acil ünite eğitmeni	2	25.0
Acil ünite de çalışan herkes	2	25.0

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 8 üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 16'da görüldüğü gibi sürekli eğitim programı uyguladığını ifade eden 7 ünite olmasına rağmen bu programlarda eğitimin kimler tarafından yapıldığı sorulduğunda 6 ünite yöneticisi cevaplamıştır. Bu da daha önceki soruya verilen yanıtlarla çelişmektedir.

Cevap veren altı üniteden bir tanesinde bu programı acil ünite eğitimcisinin uyguladığı, 3 ünite acil birim yöneticisinin uyguladığı iki ünite tüm acil ünite personelinin katkıda bulunduğu ve bir ünite ise acil ünite yöneticisi ile acil ünite eğitimcisinin birlikte uyguladığı belirtilmiştir. Ancak hiçbir ünite uzman eğitimcilerden veya hastanenin eğitim departmanından faydalanılmaması dikkat çekici bir noktadır. Her acil ünite bir eğitimci olmamasına rağmen, eğitim programlarını kendi içlerinde yürütmeleri, hastanelerin eğitim departmanlarından yardım almamaları, bu eğitim programlarının yeterliliği ve verimliliği hakkında şüphe uyandırmaktadır.

ö) Acil ünite acil olmayan hastalara uygulanan işlemler

Anket formunda acil üniteye acil olmayan hastaların başvurusunda nasıl bir işlem uygulandığını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 18'de görülmektedir.

Tablo 18

Acil ünite acil olmayan hastalara uygulanan işlemlerin dağılımı()*

Uygulanan İşlem	Sayı	%
Başvuran tüm hastalar kabul edilerek tetkik ve tedavileri yapılır	—	—
Acil olup olmadığına karar vermek için muayenesi yapılır, acil değilse polikliniğe gitmesi önerilir	5	71.5
Anamnezi alınır, hiçbir işlem yapılmadan polikliniğe gönderilir	2	28.5
Toplam	7	100.0

(*) Çalışma kapsamındaki 8 ünitenin bir tanesinin hekim yöneticisi anket formunu doldurmayı kabul etmediğinden, ikinci formdaki soruların değerlendirilmesinde ünite sayısı 7 olarak alınmıştır.

Ünitelerin 5 tanesinde (%71.5) hastanın muayenesi yapıldıktan sonra acil olup olmadığına karar verildiği, ancak bundan sonra polikliniğe gitmesinin önerildiği belirtilmiştir. İki ünite de ise anamnez alındıktan sonra başka hiçbir işleme gerek duyulmadan hastanın polikliniğe gönderildiği belirtilmiştir. Sadece anamnez alınarak hastanın acil olup olmadığına karar verilmesinin yanlış bir uygulama olduğu söylenebilir. Avrupa ülkelerinde ve ABD’de hastalar anamnezi alınıp muayene edildikten sonra acil olup olmadıklarına karar verilmektedir. Hatta bazı üniversite hastanelerinde sadece bununla kalınmayıp temel bir takım tetkikler de istenmekte, tetkiklerle bu fikir desteklendikten sonra hasta polikliniğe gönderilmekte veya 4.derece acil olarak kabul edilip kısa süreli müşahade altında tutulmaktadır.

p) Acil ünitelerde kriz planının mevcudiyeti

Anket formunda ünitelerin kriz planının olup olmadığını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtlar; acil ünitelerin sadece 1 tanesinde kriz planının olduğu belirlenmiştir. İstanbul gibi kozmopolit, altyapı sorunu olan ve trafik kazalarının yoğun yaşandığı bir kentteki üniversite hastaneleri acillerinin %85.8 (6 ünite)’inde kriz planı olmaması oldukça büyük bir eksikliktir.

Kısa bir süre önce açlık grevindeki mahkumların tedavisi sözkonusu olduğunda plansızlığa bağlı yaşanan panik bunun en iyi örneğidir. Çoğu zaman bu gibi durumlar için önceden planlı bir organizasyon olmadığı; harcanan zaman ve enerji daha fazla olmasına rağmen ulaşılan sonuç pek de sevindirici olmamaktadır. Nitekim yaz aylarında İstanbul’da yaşanan kolera paniği de buna güzel bir örnektir. Her yaz aynı panik yaşanmasına rağmen acil ünitelerde geçici çözümlerle bu hizmet vermeye çalışılmakta ama yaz bitince olayla ilgili bir hazırlık, plan veya organizasyon ihtiyacı duyulmamaktadır.

r) Acil ünitelerde kriz durumlarında alınan önlemler

Anket formunda ünitelerin kriz durumlarında aldıkları önlemleri belirlemeye yönelik açık uçlu soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 19'da görülmektedir.

Tablo 19

Acil ünitelerde kriz durumlarında alınan önlemlerin ünitelere göre dağılımı

Üniteler	Alınan Önlemler
Cerrahpaşa Erişkin Acil	İhtiyaçlara yönelik önlem alınıyor
Marmara Üniversitesi Acil	Şu ana kadar kriz yaşamadık
İ.Ü.İst.Tıp Fak. Dahiliye Acil	-
İ.Ü.İst.Tıp Fak. Çocuk Acil	-
İ.Ü.İst.Tıp Fak. Nöroloji Acil	-
İ.Ü.İst.Tıp Fak. Cerrahi Acil	Herkes izin yapmadan gece gündüz çalışır
Cerrahpaşa Tıp Fak. Çocuk Acil	Yangına karşı önlem tertibatımız var. Zemin katta olduğumuzdan boşaltmak kolay oluyor

Verilen cevapların hiçbirisi bir kriz planının uygulandığı izlenimi yaratmamaktadır. Bir önceki soruda da görüldüğü gibi bir ünite kriz planının olduğunu ifade etmesine rağmen, bu soruya verilen yanıtlar bunu doğrulamamaktadır. Verilen cevaplara bakıldığında kriz durumunun yanlış algılandığı görülmektedir. Her acil ünite için önceden planlanıp organize edilmiş, hatta tatbikatı yapılmış bir kriz planının ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bunun için bir kriz grubu oluşturularak işbölümü yapılmalı ve kriz anında bu kişilere ulaşılarak zaman kaybetmeden, panik yaşanmadan olaya müdahale edilebilmelidir.

s) Acil ünite yöneticilerinin çalışanlarla toplantı yapma sıklığı

Anket formunda acil ünite yöneticilerinin çalışanlarla ne sıklıkta toplantı yaptığını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 20’de görülmektedir.

Tablo 20

Acil ünite yöneticilerinin çalışanlarla toplantı yapma sıklıklarının dağılımı(*)

Toplantı Sıklığı	Sayı	%
Haftada bir	–	–
Ayda bir	5	71.5
Değişen aralıklarla	2	28.5
Toplam	7	100.0

Ünitelerin 5 tanesinde (%71.5) ayda bir toplantı yapıldığı, iki tanesinde ise değişen aralıklarla toplantı yapıldığı belirtilmiştir. Oysa acil gibi oldukça dinamik ve hata riskinin yüksek olduğu bir üniteye yöneticilerin sadece ayda bir defa toplantı yapmaları yeterli sayılmaz. Ayrıca çalışanların motivasyonunu arttırmak, üniteye yaşanan sorunları daha yakından takip etmek, çözüm önerilerini tartışmak ve ünite içi iletişimi kuvvetlendirme amacıyla en az haftada bir defa ve gerektiğinde daha sık toplantı yapılmasının daha uygun olacağı söylenebilir. Bu hem çalışanların daha rahat çalışmalarını hem de yöneticinin daha etkin olmasını sağlayacaktır.

ş) Acil ünitelerde çalışan personelin performans değerlemesi(*)

Anket formunda üniteye çalışan personelin performans değerlemesinin yapılıp yapılmadığını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 21’de görülmektedir.

(*) Çalışma kapsamındaki 8 üniteden bir tanesinin hekim yöneticisi anket formunu doldurmayı kabul etmediğinden, ikinci formdaki soruların değerlendirmesinde ünite sayısı 7 olarak alınmıştır.

Tablo 21

Acil ünitelerde çalışan personele performans değerlemesinin yapılma durumu

<i>Performans Değerleme</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Yapılıyor	6	85.7
Yapılmıyor	1	14.3
Toplam	7	100.0

Ünitelerin 6 tanesinde (%85.7) performans değerlendirme yapıldığı, sadece bir üniteye yapılmadığı belirtilmiştir. Performans değerlendirme sistemi yöneticinin işinin gerekli bir parçasıdır. Bu onun bireyin bir işi yapabilmadaki yeteneğinin değeri hakkındaki yargısıdır. Eğer dayandığı bilgiler uygun, kesin ve yeterli ise ve sonuçları doğru kullanılır ise çok değerli bir işlemdir. Ancak yanlış kullanıldığında veya sonuçlar hiç kullanılmayıp kağıt üzerinde kaldığında sadece zaman ve enerji kaybına neden olacaktır.

t) Performans değerlemeyi yapan kişi/kişiler

Anket formunda üniteye çalışan personelin performans değerlemesinin kim tarafından yapıldığını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların hepsi aynı olduğundan tablo oluşturulmamıştır.

Tüm ünitelerde performans değerlemenin herkesin ilk amiri tarafından yapıldığı tesbit edilmiştir. Çalışan personeli daha yakından izlediği ve daha iyi tanıdığı için en doğru değerlemeyi kişinin ilk amiri yapabilir. Bu nedenle çalışma kapsamındaki tüm acillerden de bu doğrultuda cevap alınmış olması performans değerlemelerin bu ünitelerde doğru kişiler tarafından yapıldığı şeklinde yorumlanabilir. Ancak değerlemeyi yapacak olan yöneticinin ünitenin -kurumun- amaçlarına bağlı olması, ölçümün önyargısız olması gerekir. Aksi takdirde çalışanlardan tepki alarak ilişkilerin bozulmasına neden olur ki bu da çalışanların motivasyonunu olumsuz yönde etkiler.

u) Performans değerleme yapılan acil ünitelerde değerlemede kullanılan kriterler

Anket formunda performans değerleme sisteminde çalışanların hangi özelliklerinin değerlendirildiğini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 22'de görölmektedir.

Tablo 22

Performans değerleme yapılan acil ünitelerde değerlemede kullanılan kriterlerin dağılımı()*

<i>Performans Değerleme Kriterleri</i>	<i>Frekans</i>	<i>%(**)</i>
İşe devam, çalışkanlık, dürüstlük gibi kişisel özellikler	5	83.3
Bilgi, beceri, iş miktarı, işin kalitesi gibi iş performansı	5	83.3
Çalışanlarla ilişkiler, geçimlilik gibi davranışsal özellikler	3	50.0

(**) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden ve performans değerleme 6 ünite yapıldığından, yüzde dağılımları 6 ünite üzerinden hesaplanmıştır.

Performans değerleme sisteminde çoğunlukla kişisel özellikler ve iş performansının birlikte değerlendirildiği görölmektedir. Hatta üç ünite bu üç kriterin de değerlemede kullanıldığı, bir ünite sadece iş performansının değerlemede kullanıldığı, diğer bir ünite ise sadece kişisel özelliklerin değerlendirildiği belirtilmiştir.

Her iş kolunda olmasa da sağlık sektöründe ve özellikle kritik hastaya hizmet verilen acil ünitelerde bu üç kriterin de önemli olması nedeniyle çalışanların değerlendirilmesinde çoğunlukla bir ya da iki kriterin kullanılıyor olması yetersiz bir performans değerleme olarak yorumlanabilir.

(*) Çalışma kapsamındaki 8 üniteden 1 tanesinin hekim yöneticisi anket formunu doldurmayı kabul etmediğinden, ikinci formdaki soruların değerlendirmesinde ünite sayısı 7 olarak alınmıştır.

ü) Acil ünitelerin performans değerlendirme sonuçlarını kullanma amaçları

Anket formunda performans değerlendirme sonuçlarının hangi amaçla kullanıldığını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 23'te görülmektedir.

Tablo 23

Acil ünitelerin performans değerlendirme sonuçlarını kullanma amaçlarına göre dağılımı

Amaç	Frekans	%(*)
Ücret belirleme	-	-
Personelin eksik yönlerini düzeltme	1	14.2
Çalışanların başarısı hakkında bilgi toplamak	2	28.5
Terfi kararlarında	1	14.2
İş ve yer değişikliği kararlarında	2	28.5
İşten çıkarma kararlarında	-	-
Herhangi bir amaçla kullanılmıyor	2	28.5

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 7 üzerinden hesaplanmıştır.

Performans değerlemenin kullanılış amaçları olarak ünitelerin ikisinde (%28.5) çalışanların başarısı hakkında bilgi toplamak, ikisinde (%28.5) iş ve yer değişikliği kararları, birinde (%14.2) personelin eksik yönlerini düzeltmek, birinde (%14.2) terfi kararları belirtilmiştir. İki ünite de ise bu sonuçların herhangi bir amaçla kullanılmadığının ifade edildiği görülmektedir.

Performans değerlendirme sisteminin sonuçlarının ücret belirleme ve işten çıkarma amacıyla hiçbir ünite de kullanılmıyor olması 657 sayılı devlet memurları yasasının bu konuda bağlayıcı olmasından kaynaklanmaktadır. Ödül ve ceza sistemi üzerinde kurum yöneticilerinin çok kısıtlı yetkilerinin olması sağlıklı bir performans değerlendirme yapılmasını engelleyici niteliktedir.

3- Ünite Yöneticilerinin Yönetim ve İşleyişe İlişkin Görüşlerine Ait Bilgiler

a) Acil ünitelerde çalışacak personelin sahip olması gereken nitelikler

Anket formunda acil ünite çalışacak personelin sahip olması gereken niteliklerin, acil ünite yöneticisi tarafından ne ölçüde önemli olarak görüldüğünü belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 24'te görülmektedir.

Tablo 24

Acil ünitelerde çalışacak personelin sahip olması gereken niteliklerin önem derecesi dağılımı

Nitelikler	Çok önemli frekans %(*)	Önemli frekans %(*)	Yasat frekans %(*)	Önemsiz frekans %(*)	Çok önemsiz frekans %(*)
Acil konusunda özel eğitim almış olması	6 (85.7)	1 (14.2)	—	—	—
Çabuk karar verme yeteneğine sahip olması	4 (57.2)	3 (42.8)	—	—	—
Uygulamalarda pratik olması	3 (42.8)	4 (57.2)	—	—	—
Kişilerarası ilişkilerinin iyi olması	5 (71.4)	1 (14.2)	1 (14.2)	—	—
Soğukkanlı olması	3 (42.8)	4 (57.2)	—	—	—
Ekip çalışmasına yatkın olması	3 (42.8)	3 (42.8)	1 (14.2)	—	—

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 7 üzerinden hesaplanmıştır.

Birinci sırada acil konusunda özel eğitim almış olmasının çok önemli olduğu (%85.7) belirtilirken bunu takiben çok önemli olarak belirtilen nitelikler; kişilerarası ilişkilerinin iyi olması (%71.4) ve çabuk karar verme yeteneğine sahip olması (%57.1) dır. Uygulamalarda pratik olması,

soğuk kanlı olması ve ekip çalışmasına yatkın olması ise yöneticilerin %42.8'i tarafından çok önemli bulunmuştur.

Hiçbir yöneticinin bu nitelikleri önemsiz veya çok önemsiz olarak değerlendirmemesi, bu özelliklerin hepsinin acil üniteye çalışacak personelde istenen özellikler olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ancak acil ünitelerde mevcut çalışan personelin durumuyla kıyaslandığında hiç de istenen özelliklere sahip olmadıkları söylenebilir. Bunun nedeni ise personel seçimi konusunda acil ünite yöneticilerinin yeterince söz sahibi olamamaları ve yetersiz personel nedeniyle personelde istenen kriterlerin göz ardı edilmesidir. Bu da acil ünitelerde verilen hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkileyecektir.

b) Acil ünite yöneticilerinin yöneticilik için en önemli buldukları nitelikler

Anket formunda acil ünite yöneticilerinin yöneticilerde bulunması gereken en önemli özelliğin ne olduğuna dair fikirlerini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 25'te görülmektedir.

Tablo 25

Acil ünite yöneticilerinin, yöneticilik için en önemli buldukları niteliklerin dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Hekim olması yeterlidir	-	-
Hastane yönetimi ile ilgili eğitim almış hekim olmak	-	-
Acil yönetimi ile ilgili özel eğitim almış olmak	4	57.2
Yöneticilik özellikleri olan bir hekim olmak	3	42.8
Toplam	7	100.0

Yöneticilerin 4 tanesi (%57.2) acil ünite yöneticiliği için en önemli özellik olarak acil yönetimi ile ilgili özel eğitim almış olmayı görürken; diğer 3 yönetici ise yöneticilik özellikleri olan hekim olmanın en

önemli özellik olduğunu belirtmişlerdir.

Her kurum ve her yönetim alanında olduğu gibi acil ünite yönetiminin de liderlik özelliği olan yöneticilere ihtiyacı vardır. Ancak bu tek başına yeterli olmayacaktır. Acil ünite hastaları gereği, çok özel bir hizmet vermektedir. Buna bağlı olarak acil ünite yöneticisinin de bu hizmeti tüm yönleriyle bilmesi, bizzat bu hizmeti sunabilecek yeterlilikte olması ve kritik hasta bakımı verilen böyle bir ünitenin yönetiminde ne gibi sorunlarla karşılaşacağını, çözüm yollarını ve daha iyi bir hizmet için ihtiyaç duyulan değişiklikleri görebilmesi ve uygulayabilmesi için kısa süreli de olsa bir eğitimden geçmesi gerekmektedir. Kaldı ki İstanbul'da acil ünitelerde henüz uzmanlık eğitimi verilmediğinden bu ünitelerde yöneticilik yapan kişilerin çoğu diğer bilim dallarından gelmektedir. Bu da acil üniteyi yönetmekte daha da zorlanmalarına neden olabilir.

Ayrıca değişik hizmet gruplarının bir arada hizmet verdikleri bu ünitelerde, acil ünite bir kişi yerine bir yönetim komitesi tarafından da yönetilebilir. Böylece kritik bakımda yer alan pek çok sağlık ekibi üyesinden daha fazla verim alınabilir. Bu komitede, hizmet gruplarının her birinin yöneticisi yer alır. Bu kişiler ünite ile ilgili yönetsel kararları birlikte alırlar. Genellikle bir tıbbi yönetici, bir hemşirelik hizmetleri yöneticisi ve bir teknik hizmetler yöneticisinden oluşur. Yönetim komitesinde görev alan kişilerin sayısı çok olmamalıdır. Aksi takdirde kararların alınması zorlaşabilir.

- c) Acil ünitelerdeki yönetsel kararlara kimlerin katılması gerektiği konusunda acil ünite yöneticilerinin görüşleri

Anket formunda acil üniteadaki yönetsel kararlara kimlerin katılması gerektiği konusunda acil ünite yöneticilerinin düşüncelerini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 26'da görülmektedir.

Tablo 26
*Yönetmel kararlara kimlerin katılması gerektiği konusunda
yöneticilerin görüşlerinin dağılımı*

<i>Kişiler/Gruplar</i>	<i>Frekans</i>	<i>%(*)</i>
Bölüm başkanı	5	71.4
Bölüm başhemşiresi	4	57.2
Acil ünite yönetim komitesi	3	42.8
Ünitede çalışan kişilerin çoğunluğu	1	14.2

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 7 üzerinden hesaplanmıştır.

Çoğu yönetici bölüm başkanı ve bölüm başhemşiresinin yönetmel kararlara katılması gerektiğini düşünmektedir. Bununla beraber %42.8 oranında da acil ünite yönetim komitesinin yönetmel kararlara katılması gerektiği düşünülmüştür. Bundan da şu sonucu çıkarabiliriz. Tablo 25'te de belirttiğimiz gibi acil ünitenin yönetiminden bir kişi yerine içinde bölüm başkanı, bölüm başhemşiresi ve teknik hizmetler sorumlusunun bulunduğu bir komite sorumlu olmalıdır. Verilen cevapların bir bölümü bunu desteklemektedir.

d) Acil ünitelerde yönetmel kararlara katılan
kişiler/gruplar

Anket formunda acil ünitelerde alınan yönetmel kararlara kimlerin katıldığını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 27'de görölmektedir.

Tablo 27
Acil ünitelerde yönetmel kararlara katılan kişiler/grupların dağılımı

<i>Kişiler/Gruplar</i>	<i>Frekans</i>	<i>%(*)</i>
Bölüm başkanı	5	71.4
Bölüm başhemşiresi	3	42.8
Acil ünite yönetim komitesi	1	14.2
Akademik kurul	1	14.2
Duruma göre değişir	1	14.2

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 7 üzerinden hesaplanmıştır.

Yönetmel kararların çoğunlukla (%71.4) bölüm başkanının inisiyatifine dayalı alındığı, ünitelerin yarıya yakın bölümünde başhemşiresinin de kararlara katıldığı görölmektedir. Sadece 1 ünite (%14.2) acil ünite yönetim komitesinin olduğı ve kararlarn bu komite tarafından alındığı belirtilmiştir. Bir ünite de ise kararlara katılan kişilerin duruma göre değıştiğı ifade edilmiştir. Yönetmel kararlar almak büyük sorumluluk gerektirdiğinden, duruma göre kararlara katılan kişilerin değışmesinin hiç de uygun olmadığı söylenebilir. Ancak çoğunlukla bölüm başkanı ve bölüm başhemşiresinin yönetmel kararları aldıkları dikkate alınır ve çalışma kapsamında ki üniversite hastanelerinde her acilin kendine ait teknik servisinin olmadığı da bilindiğinden çoğunlukla teknik servis sorumlusunun yer almadığı bir komite modelinin olduğu söylenebilir ki, bu da ABD'deki ve Avrupa'daki acil ünite yönetim modelleriyle benzerlik göstermektedir.

e) Acil ünitelerin hastane içindeki yerlerinin uygunluğu

Anket formunda ünitenin hastane içindeki yerinin acil ünite yöneticileri tarafından uygun görülüp görülmediğini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 28'de görölmektedir.

Tablo 28

Acil ünitelerin hastane içindeki yerlerinin yöneticilerce uygun görülüp görülmediğinin dağılımı

<i>Acil Ünitenin Hastane İçindeki Yeri</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Uygun	3	42.8
Uygun değil	4	57.2
Toplam	7	100.0

Ünitenin hastane içindeki yeri 4 acil ünite yöneticisi tarafından uygun görülmezken, 3 yönetici tarafından uygun görölmüştür. Acil ünite hastanenin vazgeçilmez bir parçasıdır. Hastane kompleksinin merkezine yerleştirilmeli ve diğer klinik bölümlere ulaşımı kolay olmalıdır. Aynı

zamanda gece ve gündüz bağlantılı olduğu tüm bölümlere yakın olması, ambulansın kolay ulaşabilmesi için caddeye bakan bir kapısı ve arabaların girişleri engellememesi için uygun bir otoparkının olması gerekmektedir.

Çalışmamızı yürütürken gözlemlerimizle edindiğimiz izlenim hiç bir acil üniteye bu şartların tamamının sağlanmamış olduğu yolundadır. Ünite yerinin uygun olduğu belirtilen acillerin ise ancak bu şartlardan 1-2 tanesini sağlayabildikleri, hiç birinde park yeri, ambulans giriş kapısının olmadığı ve diğer birimlere uzak olduğu görülmüştür. Bu üç acilin caddeye yakın olması yerinin uygun olduğu şeklinde yorumlanamaz.

f) Acil ünitelerdeki çeşitli kaynakların yeterliliği

Anket formunda acil ünitelerdeki değişik kaynakların acil ünite yöneticisi tarafından ne ölçüde yeterli bulunduğunu belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 29'da görülmektedir.

Tablo 29
Acil ünitelerdeki çeşitli kaynakların acil ünite yöneticisi tarafından ne ölçüde yeterli bulunduğunun dağılımı

Kaynaklar	Çok yeterli frekans % (*)	Yeterli frekans % (*)	Vasat frekans % (*)	Yetersiz frekans % (*)	Çok yetersiz frekans % (*)
Ana bina	—	3 (42.8)	3 (42.8)	1 (14.2)	—
Hasta yatağı	—	4 (57.2)	2 (28.5)	1 (14.2)	—
Tıbbi cihaz	—	1 (14.2)	4 (57.2)	2 (28.5)	—
Malzeme	—	2 (28.5)	4 (57.2)	1 (14.2)	—
Ek hizmet birimleri	—	4 (57.2)	3 (42.8)	2 (28.5)	—
Hemşire sayısı	1 (14.2)	2 (28.5)	—	4 (57.2)	1 (14.2)
Hekim sayısı	—	3 (42.8)	2 (28.5)	1 (14.2)	—
Hizmetli sayısı	—	2 (28.5)	—	3 (42.8)	2 (28.5)

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 7 üzerinden hesaplanmıştır.

Ana bina, hasta yatağı, ek hizmet birimleri ve hekim sayısının genellikle yeterli ve vasat bulunduğu; hemşire sayısı, hizmetli sayısı ve tıbbi cihazların ise genellikle vasat ve yetersiz bulunduğu görülmektedir. Mevcut kaynakların hemen hemen hepsinin çok yeterli veya çok yetersiz görülmemesi bu ünitelerin kaynaklar açısından birbirine yakın standartlara sahip olduğu ve kaynakların orta derecede yeterli olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 1 ve Tablo 3'te işaret edildiği gibi hemşire ve hizmetli sayısı; yatak sayısı ve hekim sayısı ile kıyaslandığında yetersizdir. Buradaki cevaplar da bu saptamayı desteklemektedir. Üniversite hastanelerinde yeni kadro temini güçlüğü nedeniyle bu sayıyı arttırmak pek kolay değildir. Hekimlerin sayısının yeterli olması ise; eğitim hastaneleri olmalarından ve uzmanlık öğrencilerinin hizmet veriyor olmasından kaynaklanmaktadır.

g) Acil ünitelerde yürütülen hizmetlerin yeterliliği

Anket formunda üniteye yürütülen hizmetlerin, ünite yöneticisi tarafından ne ölçüde yeterli bulunduğunu belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 30'da görülmektedir.

Yöneticiler tarafından en yüksek oranda yetersiz bulunan hizmetler acil tıbbi teknisyenlik hizmetleri ve temizlik hizmetleri iken; en yüksek oranda yeterli bulunan hizmetler ise tıbbi hizmetler ve hemşirelik hizmetleridir. Hemşire sayısı yetersiz bulunmasına rağmen hemşirelik hizmetlerinin yeterli bulunması dikkat çekicidir. Hiçbir acil üniteye acil tıbbi teknisyenler olmadığı halde bu hizmetin değerlendirilmesi, bazı yöneticiler tarafından acil tıbbi teknisyenlerle, teknik personelin aynı anlamda kullanıldığı veya adı acil tıbbi teknisyen olmasa da bu işi yapan hastabakıcı grubunun değerlendirildiği şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 30

*Acil ünitelerde yürütülen hizmetlerin ünite yöneticileri tarafından
ne ölçüde yeterli bulunduğu dağılımı*

Kaynaklar	Çok yeterli frekans % (*)	Yeterli frekans % (*)	Vasat frekans % (*)	Yetersiz frekans % (*)	Çok yetersiz frekans % (*)
Tıbbi hizmetler	-	6 (%85.7)	1 (%14.2)	-	-
Hemşirelik hizmetleri	-	5 (%71.4)	1 (%14.2)	1 (%14.2)	-
İdari ve teknik hizmetler	-	3 (%42.8)	3 (%42.8)	1 (%14.2)	-
Acil tıbbi teknisyenlik hizmetleri	-	1 (%14.2)	2 (%28.5)	3 (%42.8)	1 (%14.2)
Temizlik hizmetleri	-	2 (%28.5)	2 (%28.5)	2 (%28.5)	1 (%14.2)

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 7 üzerinden hesaplanmıştır.

İdari ve teknik hizmetlerin hemen hemen tüm ünitelerde yeterli ve vasat olarak değerlendirilmesi ise acil ünitelerin idari ve teknik yönden istenen düzeyde olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Acil üniteler hastanelerin vitrini niteliğindedir. Bu nedenle idari, teknik, temizlik ve yönetsel açıdan diğer bölümlere oranla daha fazla desteklenmelidir.

h) Acil ünitelerde değişik faktörlerin hizmet üretimini etkileme derecesi

Anket formunda değişik faktörlerin ünite içindeki hizmet üretimini ne ölçüde etkilediğini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 31'de görülmektedir.

Tablo 31

Acil ünitelerde değişik faktörlerin hizmet üretimini etkileme derecelerinin dağılımı

<i>Hizmet üretimini etkileyen faktörler</i>	<i>Çok az frekans %(*)</i>	<i>Az frekans %(*)</i>	<i>Orta frekans %(*)</i>	<i>Fazla frekans %(*)</i>	<i>Çok fazla frekans %(*)</i>
Çalışma alanı yetersizliği	1 (14.2)	3 (42.8)	3 (42.8)	–	–
İnsan gücünün nitelik yetersizliği	1 (14.2)	1 (14.2)	1 (14.2)	3 (42.8)	1 (14.2)
İnsan gücünün sayısal yetersizliği	1 (14.2)	1 (14.2)	1 (14.2)	3 (42.8)	1 (14.2)
Araç ve gereç yetersizliği	–	1 (14.2)	3 (42.87)	2 (28.5)	1 (14.2)
Malzeme temini zorlukları	–	–	3 (42.8)	3 (42.8)	1 (14.2)
Ek hizmet birimlerinin yetersizliği	–	3 (42.8)	2 (28.5)	2 (28.5)	–
İletişim eksikliği	–	1 (14.2)	3 (42.8)	3 (42.8)	–

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 7 üzerinden hesaplanmıştır.

Hizmet üretimini en fazla etkileyen faktörler olarak; insan gücünün nitelik yetersizliği, insan gücünün sayısal yetersizliği ve ek hizmet birimlerinin yetersizliği olarak belirtilmiştir ki bu sonuçlar daha önceki sonuçlarla uyum göstermektedir. İnsan gücü yetersizliği ve malzeme temini zorluklarının yaşanması acil ünitelerin mali problemlerine işaret etmektedir. Çalışma kapsamındaki hastanelerdeki acil ünite yöneticileri bunun nedeninin ana bilim dalı olmamaları, kendi ihtiyaçları için bağlı bulundukları ana bilim dallarından malzeme istemek zorunda kalmaları olduğunu görüşme sırasında ifade etmişlerdir.

Acil ünite hastaneye başvuran hastaların yaklaşık %30'unu kabul

ettiğine göre hastane için iyi bir gelir kaynağıdır denebilir. O halde hizmetin kalitesinin arttırılması hastanenin de yararına olacaktır. Bu nedenle acil ünitelerdeki harcamalar için ünite içinde küçük bir bütçenin oluşturulması küçük harcamalar için zaman kaybını önleyecektir. Ayrıca verilen hizmet gereği nitelikli elemana ihtiyacı olan bu ünitelerde çalışacak personelin de dikkatli bir şekilde seçilmesi önemlidir.

1) Acil ünite yöneticilerinin muhtelif kararlarda yetkilerinin yeterliliği

Anket formunda acil ünite yöneticilerinin karar alma açısından yöneticilik konumlarının yetkisini ne ölçüde yeterli bulduklarını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 32’de görülmektedir.

Tablo 32

Acil ünite yöneticilerinin muhtelif kararlarda yetkilerini ne ölçüde yeterli bulduklarının dağılımı

<i>Acil ünite yöneticisinin yetkisi</i>	<i>Çok yeterli frekans %(*)</i>	<i>Yeterli frekans %(*)</i>	<i>Vasat frekans %(*)</i>	<i>Yetersiz frekans %(*)</i>	<i>Çok yetersiz frekans %(*)</i>
Personel alımı kararları	–	1 (14.2)	1 (14.2)	1 (14.2)	4 (57.1)
Cihaz alımı kararları	–	1 (14.2)	4 (57.1)	–	2 (28.5)
Malzeme alımı kararları	–	2 (28.5)	4 (57.1)	–	1 (14.2)
Personeli ödüllendirme/cezalandırma kararları	–	1 (14.2)	1 (14.2)	2 (28.5)	3 (42.8)
Eğitimle ilgili kararlar	3 (42.8)	2 (28.5)	2 (28.5)	–	–

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 7 üzerinden hesaplanmıştır.

Acil ünite yöneticilerinin karar alma açısından yetkilerini en yetersiz buldukları alan, personel alımı kararlarıdır. Bu da acil ünitelerin çoğunda personelin sayısal yetersizliğini açıklamaktadır. Personeli ödüllendirme, cezalandırma kararlarında da 3 (%42.8) yönetici yetkisini yetersiz bulduğunu ifade etmiştir. Yöneticilerin yetkilerini en yeterli buldukları alan ise; eğitimle ilgili kararlardır. Çalışma kapsamındaki hastanelerin üniversite hastanesi olması bu sonucu etkilemiş olabilir. Yöneticiler cihaz ve malzeme alımı kararlarında da yetkilerini vasat olarak nitelendirmişlerdir. Birçok acilde yaptığımız gözlemler cihaz ve malzeme sıkıntısının yaşandığını, acil ünite yöneticilerinin bunun farkında olduğunu buna rağmen malzemenin alınamadığını göstermiştir. Bu ve buna benzer durumlardan yola çıkılarak yöneticilerin etkin bir yönetim için gerekli yetkilerle donatılmamış olduğu söylenebilir.

i) Acil ünite de yeni düzenleme ihtiyacı

Anket formunda yöneticilerin üniteleri için yeni bir düzenlemeye gerek duyup duymadıklarını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların hepsi aynı olduğundan tablo oluşturulmamıştır.

Acil ünite yöneticilerinin hepsi ünitelerinde yeni bir düzenlemeye ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir. Bu da yöneticilerin üniteadaki düzenlemenin uygun olmadığının farkında oldukları şeklinde yorumlanabilir.

j) Acil ünite yöneticilerinin yönetim modeli ile ilgili görüşleri

Anket formunda yöneticiler tarafından yapılacak yeni düzenlemeyle ünitenin yönetiminin nasıl olması gerektiğini belirlemeye yönelik açık uçlu soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 33'te görülmektedir.

Tablo 33

Acil ünite yöneticilerinin yönetim modeli ile ilgili görüşleri

Ünite	Önerilen yönetim modeli
İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak.Erişkin Acil	Daimi hekim kadrosu oluşturulmalı
Marmara Üni.Acil	-
İ.Ü.İst.Tıp Fak. Dahiliye Acil	Hemşire ve yardımcı personel temini daha hassas yapılmalı
İ.Ü.İst.Tıp Fak. Çocuk Acil	İstikrarlı bir şekilde yöneticiye yetki ve sorumluluk verilmeli
İ.Ü.İst.Tıp Fak. Nöroloji Acil	Acil ünite sorumlu ekibi oluşturulmalı
İ.Ü.İst.Tıp Fak. Cerrahi Acil	Hemşire ve hizmetli sayısı arttırılmalı; malzeme ve cihaz sayısı arttırılmalı
İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak.Çocuk Acil	-

Verilen cevapların çoğu yönetim açısından yeni bir model önermekten çok ünitenin problemlerini giderme önerisi şeklindedir. Yalnız bir yönetici istikrarlı bir şekilde yöneticiye yetki ve sorumluluk verilmeli şeklinde bir ifade kullanarak çoğu problemin bunun sonucunda çözümleneceğine işaret etmiştir. Bir diğer yönetici ise yönetim ekibi oluşturulmalı şeklinde bir öneride bulunarak yönetimin ekip tarafından üstlenilmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Ancak acil ünite yönetimi ile ilgili açık bir model belirtilmemiştir. Bu da acil ünite yönetiminin yöneticiler tarafından çok iyi bilinmediği, eksiklikler yaşandığını kabul etmelerine rağmen bunu değiştirmek için yapılacak girişimlerin neler olabileceğinin tartışılmadığı şeklinde yorumlanabilir.

4- Ünitelerde Yaşanan Sorunlarla İlgili Bilgiler

a) Acil ünitelerde hemşirelik hizmetleri yürütülürken karşılaşılan sorunlar

Anket formunda ünitelerde hemşirelik hizmetleri yürütülürken karşılaşılan sorunları belirlemeye yönelik açık uçlu soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 34'te görülmektedir.

Tablo 34
Acil ünitelerde hemşirelik hizmetleri yürütülürken karşılaşılan sorunların dağılımı

Sorunlar	Frekans	%(*)
Hekim hariç çalışan personelin sayısal yetersizliği	8	100.0
Görev yetki ve sorumlulukların belirli olmamasına bağlı meslekler arası çatışma	6	75.0
Hemşirenin görevi dışındaki işlerle ilgilenmek zorunda kalması	6	75.0
Malzeme temininde zorluk	5	62.5
Finans problemi, malzeme alımını geciktiriyor	5	62.5

(*) Soruya birden fazla yanıt verildiğinden yüzde dağılımları toplam ünite sayısı olan 8 üzerinden hesaplanmıştır.

Acil ünitelerde hemşirelik hizmetleri yürütülürken en çok karşılaşılan sorunun (%100) hekim grubu hariç, personelin sayısal yetersizliği olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise üniversite hastanelerine gelen kadroların yetersiz olmasıdır. Daha önceki dönemlerde bu açık vakıftan sözleşmeli personel alınarak kapatılmaya çalışılmış, ancak vakıfların kapatılmasıyla bu olanak da ortadan kalkmıştır. Bir diğer neden ise yoğun iş temposu gerektiren bu ünitelerde hiçbir güdüleyici faktörün olmaması nedeniyle hemşirelerin burada çalışmak istememeleridir. Oysa pekçok Avrupa ülkesinde ve ABD'de iş yükü fazla olan, acil ve yoğun bakım gibi ünitelerde çalışan personeli motive etmek için ya haftalık çalışma saati azaltılır veya ücret olarak diğer bölümlerde çalışan kişilerden daha fazla ücret verilir. Hatta Türkiye'de de bazı hastanelerde bu tür uygulamalar mevcuttur.

En çok sorun olarak görülen bir diğer faktör, görev, yetki ve sorumlulukların belirli olmamasına bağlı meslekler arası çatışma yaşanması (%75) ve hemşirenin görevi dışındaki işlerle ilgilenmek zorunda kalması

(%75) olarak belirtilmiştir. Bu iki sorun birbiriyle ilgilidir. Görev, yetki ve sorumluluklar açıkça belirlenmiş olsa, iş tanımları ve iş analizleri yapılmış olsa çatışma ve de görevi dışındaki işlerle ilgilenmek zorunda kalma sorunları en aza indirilebilir. Gerçekten de görev, yetki ve sorumlulukları belirleyen yasalar oldukça yetersiz (Hemşirelik yasası, Sağlık yasası vb.) kalmaktadır. Hemşirelik yasasında değişiklikler yapmak üzere çalışmalar başlatılmış ancak henüz sonuçlanmamıştır. Değişik seviyelerde eğitim gören hemşirelerin (Lise, Ön Lisans, Lisans, Yüksek Lisans, Doktora gibi) hepsinin pratikte aynı işi yapıyor olmaları, yetkilerinin ve sorumluluklarının aynı olması oldukça yanlış bir uygulamadır.

Malzeme temininde zorluk yaşadığını belirten 5 ünite de bunu finans yetersizliğine bağlamıştır. Bunun muhtemel nedeni ise acil ünitelerin ana bilim dalı olmaması nedeniyle malzeme temininde bağlı bulundukları ana bilim dallarına başvurmaları ve ana bilim dallarının bu ihtiyaçlara yeterince cevap vermemeleridir.

b) Acil ünitelerin hastane içindeki yerinin uygun olmamasına bağlı yaşanan sorunlar

Anket formunda ünitenin hastane içindeki yerinin uygun olmamasına bağlı yaşanan sorunların dağılımı aşağıda Tablo 35'te görülmektedir.

Tablo 35
Acil ünitelerin hastane içindeki yerinin uygun olmamasına bağlı yaşanan sorunların dağılımı

<i>Sorunlar</i>	<i>Frekans</i>	<i>%(*)</i>
Ambulans kolay ulaşamıyor	3	75.0
Işık ve işaretlerin yetersizliği nedeniyle hastaların bulması zor oluyor	1	25.0
Park yeri sıkıntısı var	3	75.0
Ek hizmet birimlerine uzak olduğundan zaman kaybı oluyor	2	50.0
Bütün acil birimler aynı binada olmadığından tedavi ve bakım gecikiyor	3	75.0

(*) Birden fazla yanıt verilen bu soruda yüzde dağılımları, acil ünitenin yerinin uygun olmadığını belirten 4 ünite üzerinden hesaplanmıştır.

Tabloya bakıldığında ışık ve işaretleri yetersiz bulan sadece bir ünite yöneticisinin olduğu, ek hizmet birimlerinin uzaklığının ise sadece iki ünite için sorun teşkil ettiği görülmektedir. Büyük acillerde ek hizmet birimlerinin çoğu ünite içinde olduğundan sorun oluşturmamaktadır.

Daha yoğun yaşanan sorunlar ise; ambulansın kolay ulaşmaması, park yeri sıkıntısı ve tüm acil ünitelerin aynı binada olmamasına bağlı tedavi ve bakımda gecikme olarak ifade edilmiştir. Bu sorunların üçü de acil hasta kabul eden bir ünite için oldukça önemli sorunlardır, çünkü acil hasta park yeri arayarak, bina bina dolaşarak, ambulansa bekleyerek zaman kaybedecek şansa sahip değildir. Bazen bir dakika bile çok önemli olabilmektedir. Bu nedenle acil ünitenin yeri, tüm acillerin aynı binada olması çok büyük önem taşımaktadır. Bu konuda değişik görüşler bulunmasına rağmen, en çok savunulan görüş acil ünitelerin birbiriyle bağlantılı, tek binada ve zemin katta olması yolundadır.

c) Hizmet grupları arasındaki çatışma

Anket formunda üniteadaki hizmet grupları arasında çatışma yaşanıp yaşanmadığını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 36'da görülmektedir.

Tablo 36

Acil ünitelerdeki hizmet grupları arasında çatışma yaşanma durumu

<i>Çatışma</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Yaşanıyor	5	71.4
Yaşanmıyor	2	28.6
Toplam	7	100

Çalışma kapsamındaki ünitelerin 5 tanesinde (%71.4) hizmet grupları arasında çatışma yaşandığı ifade edilmiştir. Hemşire yöneticiler de üniteadaki sorunları ifade ederken hizmet grupları arasındaki çatışmayı belirtmişlerdir (Tablo 34).

Daha önce de belirttiğimiz gibi bu çatışmanın temel nedeni, görev, yetki ve sorumlulukların açıkça belirlenmemiş olması, çalışma kapsamındaki hiçbir üniteye iş tanımları ve iş analizlerinin yapılmamış olmasıdır. Ayrıca hekim grubunun çoğunluğunun rotasyonla diğer birimlerden gelmesi, acil ünitenin işleyişi ve düzeni hakkında bilgi sahibi olmamaları, standartların ve politikaların belirlenmemiş olması da diğer önemli nedenler olarak gösterilebilir.

5- Yöneticilerin Demografik Özelliklerine Ait Bilgiler

a) Ünite yöneticilerinin yaş grupları

Anket formunda yöneticilerin yaş gruplarını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 37'de görülmektedir.

Tablo 37

Acil ünite yöneticilerinin yaş grubu dağılımları

Yaş Grubu	Hekim		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
25 ve ↓	–	–	1	12.5
26-30	–	–	2	25.0
31-35	1	14.3	3	37.5
36-40	3	42.9	1	12.5
41-45	2	28.5	1	12.5
46 ve ↑	1	14.3	–	–
Toplam	7	100.0	8	–

Hekim yöneticilerin daha çok 36-40 yaş grubunda olduğu, hemşire yöneticilerin ise daha çok 31-35 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Hemşire yöneticilerin hekim yöneticilere göre daha genç yaşta olmaları, çalışan hemşirelerin yaş ortalaması ile doğru orantılıdır.

Acil ünitedeki yöneticilerin çoğunlukla genç kişiler olması dinamizm gerektiren bu ünite için olumludur.

b) Ünite yöneticilerinin cinsiyetleri

Anket formunda yöneticilerin cinsiyetlerini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 38'de görülmektedir.

Tablo 38

Acil ünite yöneticilerinin cinsiyetlerine göre dağılımı

Cinsiyet	Hekim		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	1	14.3	8	100.0
Erkek	6	85.7	-	-
Toplam	7	100.0	8	100.0

Hemşirelik ülkemizde henüz kadın mesleği olduğundan doğal olarak hemşire yöneticilerin hepsi kadındır. Hekim yöneticilerin büyük çoğunluğunun (%85.7) erkek olması ise, meslekteki erkek sayısının fazla olması ve acil ünitelerde erkek yöneticinin daha etkili olacağı fikrinin yaygın olmasına bağlı olabilir.

c) Ünite yöneticilerinin ünvanları

Anket formunda yöneticilerin ünvanlarını belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 39'da görülmektedir.

Tablo 39

Acil ünite yöneticilerinin ünvanlarına göre dağılımı

Ünvan	Hekim		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	2	28.5	-	-
Doçent	3	42.9	-	-
Yard.Doç.	1	14.3	-	-
Uzman	1	14.3	1	12.5
Y.Okul mez.	-	-	4	50.0
Lise mez.	-	-	3	37.5
Toplam	7	100.0	8	100.0

Hekim yöneticilerin çoğu doçent iken, hemşire yöneticilerin çoğunluğu yüksekokul mezunu kişilerdir. Bunun nedeni ise kariyer yapan hemşirelerin az sayıda olması ve genellikle klinik alan yerine hemşirelik okullarında öğretim üyesi olarak çalışmalarınıdır. Tıp bilimlerinde eğitim ile klinik entegre bir şekilde yürütülürken, hemşirelik hizmetleri alanında bu henüz sağlanamadığından, kariyer yapmış olan hemşirelerin klinikte bir etkinlikleri söz konusu değildir.

d) Ünite yöneticilerinin ihtisas alanları

Anket formunda yöneticilerin ihtisas alanlarını belirlemeye yönelik soruda her yönetici bağlı bulunduğu alanda ihtisas yaptığından, tablo oluşturulmamıştır. Çalışma kapsamındaki hastanelerin hiçbirinde acil ihtisası yapılmamaktadır. Ancak Türkiye’de acil hekimliği alanında uzmanlık eğitimi 1994 yılında başlatılmıştır.

e) Yöneticilerin bulundukları konumdaki görev süreleri

Anket formunda yöneticilerin bulundukları yöneticilik konumundaki görev sürelerini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 40’te görülmektedir.

Tablo 40

Acil ünite yöneticilerinin bulundukları yöneticilik konumundaki görev süreleri dağılımı

Görev Süresi	Hekim		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
1 yılın altında	1	14.3	3	37.5
1-4 yıl	4	57.2	2	25.0
5-8 yıl	2	28.5	–	–
9-11 yıl	–	–	2	25
12 yıl ve ↑	–	–	1	12.5
Toplam	7	100.0	8	100.0

Çalışma kapsamındaki acil ünitelerde çalışan hekim ve hemşire yöneticilerin çoğunun tecrübesiz olduğu söylenebilir. Yoğun üniteler olması, ihtisas vermiyor olması, ağır çalışma şartlarına rağmen ünite yönetimini cazip kılacak hiçbir faktörün olmaması yönetici dolaşımının fazla olmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla yöneticiler birkaç yıllık denemeden sonra ayrılmakta ve yeni yöneticiler atanmaktadır.

f) Yöneticilerin daha önceki yöneticilik süreleri

Anket formunda ünite yöneticilerinin daha önce yöneticilik deneyimleri varsa sürelerini belirlemeye yönelik soruya verilen yanıtların dağılımı aşağıda Tablo 41'de görülmektedir.

Tablo 41

Acil ünite yöneticilerinin daha önceki yöneticilik sürelerinin dağılımı

Daha önceki yöneticilik süresi	Hekim		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
1 yılın altında	–	–	–	–
1-3 yıl	1	100.0	3	75.0
4-6 yıl	–	–	–	–
7-10 yıl	–	–	1	25.0
Toplam	1	100.0	4	100.0

Daha önce yöneticilik deneyimi olan çok az sayıda yöneticinin bu deneyimlerinin de kısa süreli olduğu görülmektedir. Sadece 1 hemşire yöneticinin uzun süreli deneyimi söz konusudur.

g) Acil ünite yöneticilerinin yönetimle ilgili eğitim durumları

Anket formunda ünite yöneticilerinin, yöneticilik konusunda herhangi bir eğitim alıp almadıklarını ve aldılarsa süresini belirlemeye yöne-

lik soruya verilen yanıtlar aynı doğrultuda olduğundan tablo oluşturulmamıştır.

Hekim yöneticilerin hepsi yönetimle ilgili eğitim almadıklarını belirtirken, hemşire yöneticilerden sadece bir tanesi, kısa süreli hemşirelik hizmetleri yönetim kursu ve üç gün süreyle oryantasyon programlarının yönetimi konulu kursa katıldığını ifade etmiştir.

Yönetimin ayrı bir bilim olduğu ve hastanelerin de birer hizmet işletmesi olduğu düşünüldüğünde, tepe yöneticisinden acil ünite yöneticisine kadar hiçbir yöneticinin yönetim konusunda eğitim alma ihtiyacı duymaması oldukça dikkat çekici bir noktadır. Bu da hastanelerde hâla yönetici olmak için iyi bir hekim veya hemşire olmanın yeterli olduğu fikrinin hakim olduğunu göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil sağlık hizmetleri, zincirleme, birbirinin içerisine girmiş ve birbirinin başarısını etkileyen çeşitli birimlerin koordinasyonundan oluşur. Kurulacak sistemin optimal düzeyde çalışması için sistemin hiçbir yerinde en ufak bir bozukluğun olmaması gerekir.

Hastaneye getirilen hastaların çoğu, hastanenin diğer bölümlerine girmeden acil üniteye getirilirler. Toplumun hastaneye gösterdiği saygı bu birim hakkında oluşan imajla ölçülür. Bu nedenle temizlik, bakım, tamir, malzeme ve yönetim desteği diğer bölümlere göre bu bölümde daha önemlidir.

Çağdaş hastane yönetimde kaynakların maksimum verimli kullanımı temel amaçlardandır. Bu kaynakların en önemli girdisi de personel-dir. Personel kaynaklarının gerektiği gibi verimli olabilmesi ise, ağdaş personel yönetimi ilkelerinin uygulanmasıyla mümkündür. Acil birimlerin verimi açısından, iyi bir sistemde, doğru insanların seçimi ve insanların ağdaş yönetim ilkelerine göre yönetilmesi çok önemli bir yere sahiptir.

İncelenen üç niversite hastanesinin sekiz acil ünitesinde de ünite yönetimine gereken önem verilmemekte ve tüm ünitelerde yönetim ve işleyişe ilişkin pek çok problem yaşanmaktadır.

* Tüm acil ünitelerin hastane içindeki yeri ve fiziksel tasarımı gelişmiş Avrupa lkelerindeki standartlara uygun değildir.

* Tüm ünitelerde bina, hasta yatağı, tıbbi malzeme ve cihaz gibi fiziksel kaynakların yetersiz olduğu görülmüştür.

* Hastane genelinde düşünüldüğünde, ek hizmet birimleri yeterli gibi görünse de acil ünite içinde olması gereken ek hizmet birimlerinin sayı ve kapasite açısından yetersiz olduğu tesbit edilmiştir.

* Acil ünitelerin hepsinde hekim grubu hariç çalışan personel sayısal olarak çok yetersizdir. Mevcut personel de acil konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip değildir.

* Çalışma saatleri çoğu üniteye 16 saattir. Bu da yoğun ve dikkatli çalışmayı gerektiren bu birimler için oldukça fazladır.

* Hekimlerin büyük çoğunluğu uzmanlık öğrencilerinden (asistan) oluşmaktadır. Bu da rotasyonla çalışmakta olan bu grubun birime adaptasyonu ve birimin uygulamaları konusunda yetersiz kalmalarına neden olmaktadır.

* Hiçbir üniteye hasta kabulünde öncelikleri belirleme sistemi yoktur. İki üniteye buna benzer uygulamalar olmasına rağmen sistemli ve uygun amaçla yapılmamaktadır. Ayrıca öncelikleri belirleyen kişiler tıp fakültesi son sınıf öğrencileri olup bu konuda herhangi bir bilgileri ve ehliyetleri yoktur.

* Sekiz üniteye de iletişim aracı olarak sadece telefon ve anons kullanılmaktadır. Hiçbir ünitenin polis, itfaiye, ambulans sistemi ile doğrudan bağlantısı yoktur.

* Acil ünitelerin hepsinde kayıt sistemi olmasına rağmen hiçbir üniteye yeterli değildir. kayıtların tutulmasında ve saklanmasında pek çok problem yaşanmaktadır.

* Tüm ünitelerde yürütülen eğitim faaliyetleri oldukça yetersiz olup, genellikle acile özel bir eğitim yapılmamaktadır. Ünitelerin çoğunda hastane genelinde yılda bir defa yapılan eğitim programı dışında bir eğitim yapılmamaktadır. Ayrıca hiçbir üniteye yeni işe başlayan personele düzenli bir adaptasyon programı uygulanmamaktadır.

* Ünitelerin hepsinde performans değerlendirme yapılmasına rağmen, değerlemede kullanılan kriterler yetersizdir ve değerlendirme sonuçları genellikle uygun bir şekilde kullanılmamaktadır. Bazı ünitelerde ise sonuçlar hiçbir şekilde kullanılmamaktadır.

* Acil ünite yöneticilerinin hiçbirisi acil yönetimi, hatta hastane yönetimi konusunda herhangi bir eğitim almadıkları gibi yeterli deneyime de sahip değildirler. Bir üniteye ise, ünite yönetiminin rotasyonla görevlendirilen kişiler tarafından yürütüldüğü tesbit edilmiştir.

* Çoğu üniteye yönetsel kararlar sadece bölüm başkanı tarafından alınmaktadır. Bazı ünitelerde ise, bu kararlara birim başhemsiresi de katılmaktadır. Ancak yöneticiler, yönetsel kararlara ilgili yetkilerini yetersiz görmektedirler.

* Hiçbir ünitenin önceden hazırlanmış bir kriz planı yoktur.

* Hiçbir üniteye belirlenmiş politika/prosedür veya standart yoktur. Buna bağlı olarak tüm ünitelerde sorun yaşandığı belirtilmiştir.

* Ünitelerin çoğunda görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmemiş olmasına bağlı hizmet grupları arasında çatışma yaşanmaktadır.

* Tüm yöneticiler ünitelerinde işleyiş ve yönetimle ilgili problemler yaşandığını ifade etmelerine rağmen, çözüm için yapılması gereken değişiklikler sorulduğunda hiçbir yönetici somut bir öneri getirememiştir. Bu da acil ünite yöneticilerinin, yönetim konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıklarını göstermektedir.

Acil ünitenin daha etkin bir hale getirilmesi ve yeni kurulacak acil ünitelerin gelişmiş ülkelerdeki standartlarda olması için, yönetim ve işleyişe ilişkin aşağıdaki amaçlar önerilebilir:

- * Acil ünite yöneticilerinin, acil ünite yönetimi veya hastane yönetimi konusunda lisans, lisansüstü veya hizmet içi eğitimlerle eğitilmesi,

- * Acil ünitelerin hastanenin merkezinde olacak şekilde yerleştirilmesi ve acil hizmetlerin tek binada verilmesi,

- * Acil ünite olarak kullanılacak binanın, hizmetin özelliğine uygun şekilde planlanması ve yeteri kadar hasta yatağı, tıbbi malzeme ve cihazla donatılması,

- * Yeterli sayıda ve kapasitede ek hizmet birimine acil ünite içerisinde yer verilmesi,

- * Hemşire sayısının her acil yatak için iki hemşire olacak şekilde planlanması, hizmetli yerine acil konusunda eğitilmiş acil birim teknisyenlerinin yetiştirilmesi ve acil üniteye hizmet verecek kişilerin niteliklerinin önceden belirlenerek personel alımının bu kriterlere göre yapılması,

- * Personel alımı, acil üniteye terfi ve yer değişikliği kararlarının acil ünite yöneticisinin yetkisinde olması,

- * Acil ünitelerde hizmet veren hekimlerin acil hizmet konusunda uzmanlık eğitimi almış kişiler olması,

- * Çalışma saatlerinin günde 6 saat olarak planlanması ve acilde çalışan kişilere motivasyonlarını sağlayacak miktarda ek ücret verilmesi,

- * Acil birimlerin anabilim dalı olması ve acil konusunda uzmanlık eğitimi vermesi,

* Hasta kabulünde zaman kaybını ve beklemleri önlemek için öncelikleri belirleme sisteminin (triaj) kurularak, bu alanda hizmet verecek kişilerin konuyla ilgili olarak eğitilmesi,

* Kayıt tutmaktan sorumlu olan sekreterlerin tıbbi kayıt konusunda eğitilmesi, adli vakalar, narkotik kullanımı gibi kayıtlar için özel formların oluşturulması ve bilgilerin bilgisayara kaydedilmesi,

* Ambulans, polis, itfaiye, kan merkezi, karayolları gibi kurumlarla doğrudan bağlantıyı sağlayacak telefon, telsiz, anons ve radyo gibi iletişim araçlarının kullanılabilirdiği bir iletişim ağına kurulması,

* Her acil ünite için eğitimden sorumlu bir kişinin bulunması, her yeni başlayan personele adaptasyon eğitiminin yapılması ve sürekli eğitim programlarıyla personelin bilgilerinin yenilenmesi gerekir. Ayrıca acil üniteye çalışacak tüm hemşire ve acil birim teknisyenleri için 3 veya 6 aylık acil kursunun verilmesi ve kurs sonucunda acil sertifikası verilerek bu kişilerin yeterliliklerinin 2 yılda bir yapılacak değerlendirmelerle test edilmesi ve başarısız olanların acil birimden alınması,

* Tüm personelin performans değerlemesinin acil üniteye uygun kriterlerle yapılması ve sonuçlarının uygun bir şekilde kullanılması,

* Acil üniteler için çok önemli olan ekip çalışmasının ekip ruhuna uygun bir şekilde yürütülmesinin sağlanması,

* Acil ünite yöneticilerinin, bu konuda bilgili, deneyimli, dinamik ve yenilikçi kişiler olmasına özen gösterilmesi,

* Birçok hizmetin bir arada yürütüldüğü bu birimlerin yönetiminden bir kişi yerine, bu hizmet gruplarının yöneticilerinden oluşan bir komitenin sorumlu olması sağlanmalıdır.

ÖZET

Gelişen tıp ile birlikte acil teriminin anlamı ve kapsamı da değişmiştir. İlk zamanlar sadece yaralılara yapılan ilk müdahale olarak tanımlanırken, günümüzde acil hizmetler ayrı bir bilimsel disiplin haline gelmiştir. Buna paralel olarak acil ünitelerin yönetimi de önem kazanmıştır. Batılı gelişmiş ülkelerde acil ünitelerin yönetim ve işleyişine yönelik çok sayıda iyileştirme yapılmasına rağmen ülkemizde bu konuya gerekli önemin verilmediği söylenebilir.

Acil sağlık hizmetleri, zincirleme, birbirinin içine girmiş, birbirinin başarısını etkileyen, çeşitli hizmet alanları olan başlı başına ayrı bir bilimsel disiplindir. Acil tıp öncelikle acil birimdeki hizmetleri kapsarken aynı zamanda hastane öncesi sağlık hizmetleri ve afet öncesi planlama ile de ilgilenir.

Birçok hizmetin bir arada ve birbiriyle uyum içerisinde yürütülmesinin zorunlu olduğu acil ünitelerde yönetimin önemli bir unsur olduğu bilinen bir gerçektir. Profesyonel sağlık görevlilerinin çalışma ortamını iyileştirmek ve geliştirmek yöneticinin sorumluluğundadır. Etkin olmak yöneticinin görevidir. Yönetici öncelikle en doğru şeyleri yapması beklenen kişidir. Üç ayrı emir zinciriyle herkesin sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini anlamak zordur. Bu nedenle yöneticinin acil tıp hakkında bilgi sahibi olması ve etkili bir operasyon için bölümle yeterli derecede ilgilenmesi gerekir. Acil tıp yeni, dinamik ve hızla değişen bir branştır. Bu değişime uyum sağlanması ve yeniliklerin yönetim konusunda da benimsenmesi ünitenin etkinliğini arttıracaktır.

Acil ünitelerde yeni düzenlemelerin yapılabilmesi için, öncelikle mevcut durumun değerlendirilmesi, aksaklıkların tesbit edilmesi ve yapılacak değişikliklerin belirlenmesi gerekir.

Bu araştırmanın amacı Üniversite hastanelerindeki acil birimlerin mevcut durumu, yönetsel sorunları ve yöneticilerin mevcut durumdan kaynaklanan sorunların çözümüne ilişkin görüşlerini inceleyerek daha etkili bir yönetimin gerçekleştirilmesi için öneriler geliştirmektir.

Araştırmayı genel olarak gözden geçirecek olursak, üniversite hastanelerinin acil ünitelerinin mevcut işleyişinde pek çok problemin yaşandığı, yönetsel sorunların olduğu ve yöneticilerin bu sorunları çözmekte yetersiz kaldıkları ortaya çıkmaktadır.

Günümüz Türkiye'sinde acil ünitelerin yönetimi konusu henüz yeteri kadar bilinmemekte ve önemsenmemektedir. Dolayısıyla çok sayıda problem yaşanmaktadır. Acil ünitelerde çağdaş yönetim ilkeleri uygulandığında bir yandan çalışanlara, yöneticiye ve işletmeye bir yandan da hizmeti alan topluma uzanan olumlu sonuçlar ortaya çıkacaktır.

Araştırmada kritik hasta bakımı veren acil ünite yönetiminin ve işleyişinin yeniden düzenlenmesi gerektiği ve yönetimde görev alacak kişilerin bu konuda eğitim almış profesyonel yöneticiler olması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Ek 1

Araştırmada Kullanılan Anket Formları

Anket No: 1

ACIL ÜNİTE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ
YÖNETİCİLERİNE UYGULANAN ANKET FORMU

- 1- Bölümünüzde çalışan personelin sayısı ve eğitim durumunu belirtiniz.
Hekim _____
Hemşire _____
Acil Tıbbi Teknisyen _____
Hizmetli _____
- 2- Toplam yatak sayınız _____
- 3- Aşağıdaki ek hizmet birimlerinden hangileri bölümünüzde vardır?

() Radyoloji	() Ultrason
() Yoğun Bakım Ünitesi	() BT
() Laboratuvar	() EKO
() Ameliyathane	() Güvenlik bölümü
() EKG lab.	() Diğer (Açıklayınız) _____
() Anestezi	
- 4- Personelin çalışma şekli aşağıdakilerden hangisine uygundur?

() Part-time
() Full-time
() Rotasyon
() Diğer (Açıklayınız) _____
- 5- Hastanenizin organizasyon yapısında acil birim hangi üst yönetim birimine bağlıdır?

- 6- Aşağıdaki kurumlardan hangileri ile doğrudan bağlantınız vardır?

() Acil Yardım ve Cankurtarma Müdürlüğü (Hızır Acil Servis)
() Kan Merkezi
() Polis
() İtfaiye
() Zehir Danışma Merkezi
() Taşımacılık Bölümü (Karayolları)

Ek 1 (devam)

- 7- Bölümünüzün hastane içi ve dışı iletişimin sağlanmasında aşağıdaki iletişim araçlarından hangilerini kullanıyorsunuz?
- () Telefon () Radyo-TV () Faks
 () Telsiz () Anons () Diğer(Açıklayınız).....
- 8- Ünitenede kullanılan ilaç ve malzeme nasıl temin edilmektedir?
- () Yıllık olara ihtiyaç belirlenip hastane yönetiminden istenir.
 () Aylık olarak ihtiyaç belirlenip hastane yönetiminden istenir.
 () Her gelen hastaya kullanılacak ilaç ve malzeme yazılır.
 () Her gelen hastaya ünitenin eksik malzemeleri yazılır.
 () Diğer (Açıklayınız).....
- 9- Bölümünüzün kayıtları nasıl bir sistemle saklanıyor?
- () Birim içi dosyalama
 () Hastane genel arşivi
 () Bilgisyarda dosyalama
 () Diğer (Açıklayınız).....
- 10- Aşağıdaki tetkiklerden hangileri bölümünüzün laboratuvarında yapılabilmektedir?
- () Elektrolit tayini
 () Arterial kan gazları
 () Pıhtılaşma testleri
 () İdrar tetkiki
 () Mikrobiyolojik ve toksikolojik çalışmalar
 () Kan grubu tayini
 () Cross-Match
- 11- Çalışanlarla ne sıklıkta toplantı yapıyorsunuz?
- () Haftada bir
 () Ayda bir
 () Değişen aralıklarla
 () Diğer (Açıklayınız).....
- 12- Bölümünüzde hastaların önceliklerini belirleme (traj) sisteminiz var mı?
- () Evet () Hayır
- 13- Cevabınız evet ise nasıl bir grupta yapıyorsunuz? (Açıklayınız)
-
-
-
-

Ek 1 (devam)

- 14- Acil durumlarda uzman hekime kaç dakikada ulaşabiliyorsunuz?

- 15- Bölümünüzde aşağıdaki bilgilerin hangileri ile ilgili kayıt tutulmaktadır?
☐ Hastanın demografik özellikleri
☐ Hastaya uygulanan tedavi bakım
☐ Adli vakalarla ilgili bilgiler
☐ Bildirimi zorunlu hastalıklar
☐ Narkotik ilaçların kullanımı
☐ Transport şekli
☐ Hastane infeksiyonları
☐ Diğer (Açıklayınız).....
- 16- Bölümünüzde aşağıdaki uygulamaların hangileri ile ilgili yazılı politikalar, standartlar ve/veya prosedürler mevcuttur?
☐ Hasta kabulü (tanılama)
☐ İlaç uygulamaları
☐ CPR uygulaması
☐ Kayıtların tutulması
☐ Ziyaretçi kabulü
☐ Kan ve kan ürünleri tedavisi
☐ Personelin nitelikleri
☐ Kriz planı
☐ Bölüm kalitesinin değerlendirilmesi
☐ Organizasyon planı ve diğer birimlerle ilişkiler
☐ Malzeme temini ve devri
☐ Diğer (Açıklayınız).....
- 17- Verilen tedavi ve bakımın ücretlendirilmesinde aşağıdaki kriterlerden hangisi kullanılmaktadır?
☐ Uzmanların hastaya ayırdıkları zaman
☐ Hastalara kullanılan araç, gereç, malzeme ve hizmet
☐ Acil bölümün toplam giderlerinden hasta başına düşen giderin bulunması
☐ Diğer (Açıklayınız).....

Ek 1 (devam)

18- Bölümünüzde yeni işe başlayan personele acil konusunda nasıl bir eğitim veriliyor?

- ☐ Eğitim verilmiyor
- ☐ Hizmet içi eğitim
- ☐ Hasta başı eğitimi
- ☐ Adaptasyon programı
- ☐ Özel acil kursu
- ☐ Diğer (Açıklayınız).....

19- Yukarıda belirttiğiniz eğitim programı aşağıdaki konulardan hangilerini içeriyor?

- ☐ Hastanın tanınması, belirti ve semptomların kaydı
- ☐ Kardiopulmoner resüsitasyon
- ☐ Sıvı replasmanı, kan ve kan ürünlerinin kullanımı
- ☐ Yara bakımı ve sebsis
- ☐ Santral sinir sistemi ve ekstremiteler yaralanmalarında yaklaşım
- ☐ Acil birimdeki aletlerin etkin kullanımı
- ☐ Hasta ve ailesinin psikolojik ihtiyaçları
- ☐ Güvenlik ve enfeksiyon kontrolü
- ☐ Yoğun bakım bilgisi
- ☐ Yasal sorumluluklar
- ☐ Diğer (Açıklayınız).....

20- Sürekli eğitim programları ne sıklıkta yapılmaktadır?

- ☐ Sürekli eğitim yapılmıyor
- ☐ 3 ayda bir
- ☐ 6 ayda bir
- ☐ Yılda bir
- ☐ Farklı zamanlarda
- ☐ Diğer (Açıklayınız).....

21- Sürekli eğitim yapılıyorsa kim tarafından yapılmaktadır?

- ☐ Acil birim yöneticisi
- ☐ Dışardan uzman eğitimciler
- ☐ Hastanenin eğitim departmanı
- ☐ Acil ünite eğitimcisi
- ☐ Diğer (Açıklayınız).....

Ek 1 (devam)

- 22- Bölümünüzde hemşirelik hizmetlerini yürütürken karşılaştığınız sorunları belirtiniz.

KİŞİSEL BİLGİLER:

Yaşınız: _____

Cinsiyetiniz: _____

İhtisas alanınız: _____

Bu yöneticilik konumunda görev süreniz: _____

Daha önce yöneticilik göreviniz varsa süresi: _____

Yöneticilik konusunda herhangi bir eğitim aldıysanız türü ve süresi: _____

Ek 1 (devam)

Anket No: 2

ACİL ÜNİTE TIBBİ YÖNETİCİLERİNE UYGULANAN ANKET FORMU

- 1- Sizce acil üniteye çalışacak personelin aşağıdaki niteliklere sahip olması ne ölçüde önemlidir.

	Çok Önemli	Önemli	Vasat	Önemsiz	Çok Önemsiz
A- Acil konusunda özel eğitim almış olması	()	()	()	()	()
B- Çabuk karar verme yeteneğine sahip	()	()	()	()	()
C- Uygulamalarda pratik olması	()	()	()	()	()
D- Kişilerarası ilişkilerinin iyi olması	()	()	()	()	()
E- Soğukkanlı olması	()	()	()	()	()
F- Ekip çalışmasına yatkın olması	()	()	()	()	()

- 2- Sizce acil ünite yöneticilerinde aşağıdaki özelliklerden hangisi en önemlidir? (Tek bir şık işaretleyiniz)

- () Hekim olması yeterlidir
 () Hastane yönetimi ile ilgili eğitim almış olmak
 () Acil yönetimi ile ilgili özel eğitim almış olmak
 () Yöneticilik özellikleri olan bir hekim olmak

- 3- Sizce acil birimdeki yönetsel kararlara kimler katılmalıdır (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- () Bölüm başkanı
 () Bölüm başhemşiresi
 () Acil ünite yönetim komitesi
 () Diğer (Açıklayınız).....

- 4- Bölümünüzle ilgili yönetsel kararlara kimler katılmaktadır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- () Bölüm başkanı
 () Bölüm başhemşiresi
 () Acil ünite yönetim komitesi
 () Diğer (Açıklayınız).....

- 5- Hastanenin organizasyon yapısında acil birim hangi üst yönetim birimine bağlıdır?

.....

- 6- Ünitenizin hastane içindeki yeri sizce uygun mudur?

- () Evet () Hayır

Ek 1 (devam)

- 7- Cevabınız hayır ise bununla ilgili ne gibi problemler yaşıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- () Ambulans kolay ulaşamıyor
- () Işık ve işaretlerin yetersizliği nedeniyle hastaların bulması zor oluyor
- () Park yeri sıkıntısı var
- () Ek hizmet birimlerine uzak olduğundan zaman kaybı oluyor
- () Bütün acil birimler aynı binada olmadığından tedavi ve bakım gecikiyor
- () Diğer (Açıklayınız)_____
- 8- Bölümünüze acil olmayan hastalar başvurduğunda nasıl bir işlem uygulanmaktadır?
- () Başvuran tüm hastalar kabul edilerek tetkik ve tedavileri yapılır.
- () Acil olup olmadığına karar vermek için muayenesi yapılır, acil değilse polikliniğe gitmesi önerilir.
- () Anamnezi alınır, hiçbir işlem yapılmadan polikliniğe gönderilir.
- () Diğer (Açıklayınız)_____
- 9- Ünitenizin kriz planı var mı?
- () Evet () Hayır
- 10- Kriz durumlarında ne gibi önlemler alıyorsunuz?
- _____
- _____
- _____
- 11- Çalışanlarla ne sıklıkta toplantı yapıyorsunuz?
- () Haftada bir
- () Ayda bir
- () Değişen aralıklarla
- () Diğer (Açıklayınız)_____
- 12- Ünitenizin hizmet grupları arasında çatışma yaşanıyor mu?
- () Evet () Hayır
- 13- Cevabınız evet ise bu çatışmaların kaynağı sizce nedir (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- () Görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmemiş olması
- () Standartların ve politikaların belirlenmemiş olması
- () Verilen hizmetin aciliyeti nedeniyle stres yaratması
- () Ekip anlayışının benimsenmemiş olması
- () Ekip üyelerinin kişisel özellikleri
- () Diğer (Açıklayınız)_____

Ek 1 (devam)

- 14- Ünitelerinizde çalışan personelin performans değerlemesi (Sicil kaydı) yapılmakta mıdır?
☐ Evet ☐ Hayır
- 15- Cevabınız evet ise değerlemeyi kim yapmaktadır?
☐ Herkesin ilk amiri
☐ Personel birimi yöneticisi
☐ Hastane müdürü
☐ Acil yönetim komitesi
☐ Diğer (Açıklayınız).....
- 16- Performans değerlendirme sisteminde çalışanların hangi özellikleri değerlendirilmektedir?
☐ İşe devam, çalışkanlık dürüstlük gibi kişisel özellikler
☐ Bilgi, beceri, iş miktarı, işin kalitesi gibi iş performansı
☐ Çalışanlarla ilişkileri, geçimlilik gibi davranışsal özellikleri
☐ Diğer (Açıklayınız).....
- 17- Performans değerlendirme sonuçları hangi amaçla kullanılmaktadır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
☐ Ücret belirleme
☐ Personelin eksik yönlerini düzeltme
☐ Çalışanların başarısı hakkında bilgi toplamak
☐ Terfi kararlarında
☐ İş ve yer değişikliği kararlarında
☐ İşten çıkarma kararlarında
☐ Herhangi bir amaçla kullanılmıyor
- 18- Bölümünüzün aşağıda belirtilen kaynaklarını ne ölçüde yeterli buluyorsunuz?

	Çok				Çok
	Yeterli	Yeterli	Vasat	Yetersiz	Yetersiz
A- Ana bina	☐	☐	☐	☐	☐
B- Hasta yatağı	☐	☐	☐	☐	☐
C- Tıbbi cihaz	☐	☐	☐	☐	☐
D- Malzeme	☐	☐	☐	☐	☐
E- Ek hizmet birimleri	☐	☐	☐	☐	☐
F- Hemşire sayısı	☐	☐	☐	☐	☐
G- Hekim sayısı	☐	☐	☐	☐	☐
H- Hizmetli sayısı	☐	☐	☐	☐	☐

Ek 1 (devam)

19- Bölümünüzde yürütülen aşağıdaki hizmetleri değerlendiriniz.

	Çok		Vasat	Yetersiz	Çok
	Yeterli	Yeterli			Yetersiz
A- Tıbbi Hizmetler	()	()	()	()	()
B- Hemşirelik Hizmetleri	()	()	()	()	()
C- İdari ve Teknik Hizmetler	()	()	()	()	()
D- Acil Tıbbi Teknisyenlik Hiz.	()	()	()	()	()
E- Temizlik Hizmetleri	()	()	()	()	()

20- Aşağıdaki faktörlerin bölümünüzdeki hizmet üretimini ne ölçüde etkilediğini belirtiniz.

	Çok		Orta	Fazla	Çok
	Az	Az			Fazla
A- Çalışma alanı yetersizliği	()	()	()	()	()
B- İnsan gücünün nitelik yetersizliği	()	()	()	()	()
C- İnsan gücünün sayısal yetersizliği	()	()	()	()	()
D- Araç ve gereç yetersizliği	()	()	()	()	()
E- Malzeme temini zorlukları	()	()	()	()	()
F- Ek hizmet birimlerinin yetersizliği	()	()	()	()	()
G- İletişim eksikliği	()	()	()	()	()

21- Aşağıdaki konularda karar alma açısından yöneticilik konumunuzun yetkisini ne ölçüde yeterli buluyorsunuz?

	Çok		Vasat	Yetersiz	Çok
	Yeterli	Yeterli			Yetersiz
A- Personel alımı kararları	()	()	()	()	()
B- Cihaz alımı kararları	()	()	()	()	()
C- Malzeme alımı kararları	()	()	()	()	()
D- Personeli ödüllendirme/cezalandırma kararları	()	()	()	()	()
E- Eğitim ile ilgili kararlar	()	()	()	()	()

Ek 1 (devam)

- 22- Sizce bölümünüzde yeni bir düzenlemeye gerek var mı?
() Evet () Hayır
- 23- Cevabınız evet ise daha etkin bir işleyiş için sizce bölümünüzün yönetimi nasıl olmalı?

KİŞİSEL BİLGİLER:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Ünvanınız:

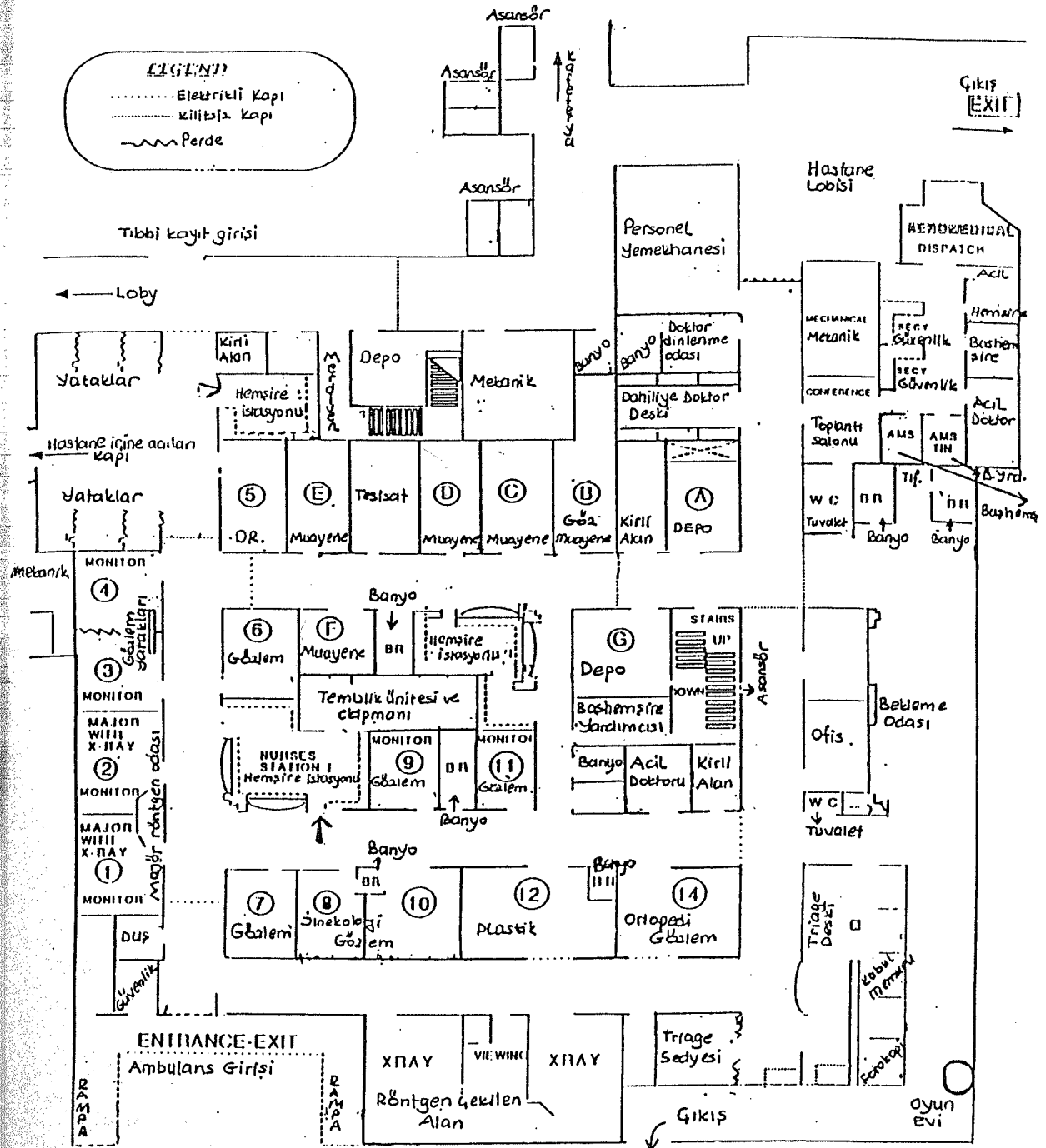
İhtisas alanınız:

Bu yöneticilik konumunda görev süreniz:

Daha önce yöneticilik konumunuz varsa süresi:

Yöneticilik konusunda herhangi bir eğitim aldıysanız türü ve süresi:

ACİL ÜNİTENİN FİZİKSEL TASARIMI ÖRNEĞİ



The Methodist Hospital Emergency Department Houston, Texas

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Ak, Bilal. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. Ankara: Yeni Asya Yayınları, 1990.
- "Ambulance Arrival to Patient Contact: The Hidden Component of Prehospital Response Time Intervals." Annals of Emergency Medicine. Vol. XXII, No.8 (August 1993), ss.1254 - 57.
- Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi Yayın Kurulu. Hasta ve Yaralıların Acil Bakımı ve Nakledilmesi. Çev.Y.İstanbul: Nasetti Limited, 1991.
- Budassi, Susan A. ve Janet M.Baber. Emergency Nursing: Principles and Practice. Toronto, London: Mosby Company, 1981.
- Caroline, Nancy L. Emergency Medical Treatment A Text for EMT-As and EMT Intermediates. 3rd ed. London: Litte Brown and Company, 1991.
- Concil of Europa. Comperative Study of the Organization and Functioning of Emergency Medical Assistance Services. Strasbourgh: Concil of Europa, 1990.
- Connah, Barbara ve Ruth Pearson. NHS Handbook. 7th ed. London: The Macmillan Press Ltd., 1991.
- Çalangu, Semra. Acil Dahiliye. Düz. Kerim Güler. 4.b. İstanbul, 1995.
- Çelikli, Semra. "Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Programı, Amaç ve Görev Tanımı." Acil Cerrahi ve Travmatoloji Kongresi I.Ulusal Kongresine Sunulan Bildiri. İstanbul. (19-24 Eylül 1995), ss. 1 - 10.

- Dines, George B. "Report on the International Conferance on Emergency Health Care Development." Public Health Report. Vol. 105, No.1 (January-February 1990), ss. 76-79.
- Ding, Z. "The Development of Prehospital Emergency Medical Services (PEMS) in China." Archives of Emergency Medicine. Vol. VII, No.4 (March-December 1990) ss. 61-64.
- Drucker, Peter F. Etkin Yöneticilik. Çev. Ahmet Özden ve Nuray Tunalı. 2. b. İstanbul: Eti Yayıncılık, 1994.
- Ellis, Brian; Richard C. Rivett ve Hugh A.F. Dudley "Extending the Use of Clinical Audit Data: A Resource Planning Model." BMJ. Vol.301, No.21 (July 1990), ss.159-162.
- "Emergency Room Policy and Procedure." El Yazması Nüsha. The Methodist Hospital Emergency Room, 1993.
- Erdoğan, İlhan. İşletmelerde Personel Seçimi ve Başarı Değerleme Teknikleri. İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayını, 1991.
- Eren, Nevzat. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. Ankara: Hatipoğlu Kitapevi, 1984.
- Erkılıç, Nuri. "Hastanelerde Performans Değerleme ve Özel Hastanelerde Performans Değerleme Çalışmalarına Yönelik Bir Araştırma." Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. İşletme Fakültesi, 1995.
- Fawler, Jhon. "Acil Tıp Nedir? Acil Hekimi Kimdir?". Acil Tıp Bülteni. Cilt I, No.1 (Eylül 1995), ss.1.
- Fuerst, Elinor V. Lu Verne Wolf ve Marlene H. Weitzel. Hemşireliğin Temel İlkeleri. Çev.Y. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1979.
- Gissane, William. Hospital Based Schenez. London: y.y., 1984.
- Gömbül, Özen. "Hemşirelikte Kalite Güvenliği ve Standartlar." Türk Hemşireler Dergisi. Cilt XXXXIII, No.3 (Temmuz-Eylül 1993) ss.22-28.
- Hakantürk, Sevgi. "Acil Hemşireliği." Türk Hemşirelik Dergisi. Cilt 41, No.4 (Ekim-Aralık 1991), ss.10-14.

- Hancı, Hamit. Hekimin Yasal Sorumlulukları. İzmir: Egem Tıbbi Yayıncılık, 1995.
- Hery, Gregory L. "Risk Management and High-Risk Issues in Emergency Medicine." Emergency Medicine Clinics of North America. Vol. XI No.4 (November 1993), ss. 905-921.
- Hood, C.H. "Risk Management and Quality Assurance in the Emergency Room." Military Medicine. Vol. VII, No.12 (Jul-Dec. 1991), ss.440-443.
- Holloway, J.A.Mck. Yerel Yönetim ve Kriz Yönetimi. Çev.Ömer Gün Bulut. İstanbul: Kent Basımevi, 1992.
- Jernigan, D.K. ve A.P. Yougn. Emergency Nursing Practice in Standarts, Job Descriptions and Performance Evaluations for Nursing Practice. Norwak: Appleton-Centruy Crofts, 1983.
- Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Standarts for Emergency Services in Accreditation Manual for Hospitals. Chicago, 1976.
- Klein, J.O. "Management of Infections in Hospital Employees." Am.J.Medicine. Vol. 70, No.20 (March 1981), ss. 919-923.
- Koçel, Tamer. İşletme Yöneticiliği. İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayınları, 1989.
- Management and Practice in Emergency Nursing. Edited by Bob Wrigh. 2nd ed. London: Chapman and Hall, 1988.
- Oktay, Sevgi; Güler Aksoy ve Birsen Yürügen. Acil Hemşireliği. İstanbul: İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları, 1990.
- Okumuş, Hülya. "Hastaların Bakım Gereksinimlerine Göre Hasta-Hemşire Oranının Saptanması Üzerine Bir Çalışma." Hemşirelik Bülteni Cilt V, No.20 (1991), ss. 47-56.
- Özışık, Tahir; Nadir Barındık; Mehmet Göktepe; Cumhuriyet Bilgi ve Mehmet Kocaoğlu. "Acil Sağlık Hizmetleri Sisteminin Organizasyonu, Planlaması ve Kontrolü. "Acil Cerrahi ve Travmatoloji Kongresi I. Ulusal Kongresine Sunulan Bildiri. İstanbul (19-24 Eylül 1995), ss. 1-8.

- Pektekin, Çaylan. "Hemşirelik Bakımının Kalite Güvenliğinin Sağlanması." Hemşirelik Bülteni. Cilt V, No.19 (1991), ss. 15 - 17.
- Pointer, James E. "The Advanced Life Support Base Hospital Audit for Medical Control in an Emergency Medical Services System." Annals of Emergency Medicine Vol.XVI, No.5 (May. 1987), ss.557 - 560.
- Rutherford, William H.; Robin N. Hlingworth ve Andrew K. Marsden. Accident and Emergency Medicine. 2nd ed. Edinburgh, London: Churchill Livingstone Press, 1989.
- Rutherford, William H.; Robin N. İllingworth ve Andrew K. Marsden. Accident and Emergency Medicine. 2 nd ed. Livinstone - London: y.y. 1989.
- Sarvan, Fulya. "Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği." Der.Hikmet Seçim. Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazı-lar). Eskişehir: Anadolu Ün.v. Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1995.
- Seçim, Hikmet. Hastane Yönetim ve Organizasyonu.İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayınları, 1991.
- Sellwood, N. "An Ambulance Helicopter for Emergency Calls." Archives of Emergency Medicine. Vol. IX, No. 28 (May - August 1992), ss. 280 - 289.
- Seyidoğlu, Halil. Bilimsel Araştırma ve Yazma. 3.b. Ankara: Güzem Yayın-ları, 1987.
- Snook, Roger. Medical Aid at Accident. London: Update Publications Limited, 1974.
- Steward, Jean. "Triage Orientation Manual." Jean Steward'ın El Yazması Nüshaları. Houston: Ben Traub General Hospital Emergency Center, January 1993.
- Şencan, Hüner. Rapor Yazımı. İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayınları, 1995.
- Taşkın, Erdoğan. Yönetim Pazarlama Satış. 3.b. İstanbul: Der Yayınları, 1990.

- Tosun, Kemal. İşletme Yönetimi. 4.b. İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayınları, 1987.
- Uyargil, Cavide. İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi. İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayını, 1994.
- Ülgen, Hayri. İşletmelerde Organizasyon İlkeleri ve Uygulaması. İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları, 1989.
- Ünalan, Hülya. "Polis ve İtfaiyecilerde İlk Yardım Bilgi Düzeyinin Saptanması." Acil Cerrahi ve Travmatoloji Kongresi I. Ulusal Kongresine Sunulan Bildiri. İstanbul. (19-24 Eylül 1995), ss. 1-5.
- Ünsaldı, Tansel. İlk Yardım Ders Kitabı. Sivas: Cumhuriyet Üniv. Yayınları, 1994.
- Van de Leuv, John H. Emergency Department Organization and Management. 2nd ed. Saint Luise: American Collage of Emergency Physicians, 1978.
- , John H. Management of Emergency Services. Indiana: An Aspen Publication, 1987.
- , John H. "Economics of the Emergency Department." y.y., t.y. ss.261-265.
- Velioğlu, Perihan. Hemşirelikte Yönetim. 2.b. Ankara: Meteksan Yayınları, 1982.
- West, Katherine H. Infection Control in the Emergency Department. Virginia: by Aspen Publishers, 1988.
- Whitaker, Allen and İlona Von Karolyi. Hospital Planning Handbook. New-York: Wiley-Interscience Publication, 1976.
- Wiabe, Robert A. ve Linda M.Rosen. "Triage in the Emergency Department." Emergency Medicine Clinics of North America. Vol. IX, No.3 (August 1991), ss. 491-503.
- Wittrock, Gerri A. "Emergency Ward Nursing" y.y., t.y., ss. 724-733.
- Yalçın, Selçuk. Personel Yönetimi. 3.b. İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayınları, 1988.

Yetek, Bahar. "Metropolitan Bir Kentte Acil Çocuk Ünite Hizmetleri." Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü.Sosyal Bilimler Enst., 1989.

Yıldırım, Aytolan. "Türkiye ve ABD'de Üniversite Hastanelerinin Organizasyonu ve İ.Ü. Hastanelerinin Akademik ve İdari Yöneticilerinin Hastanenin Genel Durumu ve Organizasyonu ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bir araştırma." Basılmamış Doktora Tezi, İ.Ü.Sosyal Bilimler Enst., 1995.