



ACİL SERVİS KALABALIĞI

Dr. İsa KILIÇASLAN
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı
02-06 Ekim 2012 Belek Antalya

A N T A L Y A - T U R K E Y

[Home](#) | [Contact us](#) | [Site Map](#)



EuSEM 2012

7th European Congress on Emergency Medicine
8th EPAT National Emergency Medicine Congress

3-6
October
2012





Acil Servise Bakış Açısı

ACİL SERVİSLER HASTANELERİN VİTRİNİDİR.



Plan

- **Tanım**-Acil Servis Kalabalığı
- **Ölçme-değerlendirme**
- **Nedenleri**
- **Etkileri**
- **Çözüm önerileri**

Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions

Nathan R. Hoot, PhD

Domlnlk Aronsky, MD, PhD

From the Department of Biomedical Informatics (Hoot, Aronsky) and the Department of Emergency Medicine (Aronsky), Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN.

Emergency department (ED) crowding represents an international crisis that may affect the quality and access of health care. We conducted a comprehensive PubMed search to identify articles that (1) studied causes, effects, or solutions of ED crowding; (2) described data collection and analysis methodology; (3) occurred in a general ED setting; and (4) focused on everyday crowding. Two independent reviewers identified the relevant articles by consensus. We applied a 5-level quality assessment tool to grade the methodology of each study. From 4,271 abstracts and 188 full-text articles, the reviewers identified 93 articles meeting the inclusion criteria. A total of 33 articles studied causes, 27 articles studied effects, and 40 articles studied solutions of ED crowding. Commonly studied causes of crowding included nonurgent visits, "frequent-flyer" patients, influenza season, inadequate staffing, inpatient boarding, and hospital bed shortages. Commonly studied effects of crowding included patient mortality, transport delays, treatment delays, ambulance diversion, patient elopement, and financial effect. Commonly studied solutions of crowding included additional personnel, observation units, hospital bed access, nonurgent referrals, ambulance diversion, destination control, crowding measures, and queuing theory. The results illustrated the complex, multifaceted characteristics of the ED crowding problem. Additional high-quality studies may provide valuable contributions toward better understanding and alleviating the daily crisis. This structured overview of the literature may help to identify future directions for the crowding research agenda. [Ann Emerg Med. 2008;52:126-136.]



Plan

- **Tanım**-Acil Servis Kalabalığı
- Ölçme-değerlendirme
- Nedenleri
- Etkileri
- Çözüm önerileri

Acil Servis Kalabalığı Tanımı

Acil Servis Kalabalığı

- Standart bir tanım ve ölçüt yok.
- Ancak yazarlar bu terimin tanımını; sıklıkla acil servis ve hastanenin iç ve dışındaki çeşitli faktörlere göre yapmışlar.
- ACEP, 2002 “Mevcut acil servis



- Acil servis kalabalık

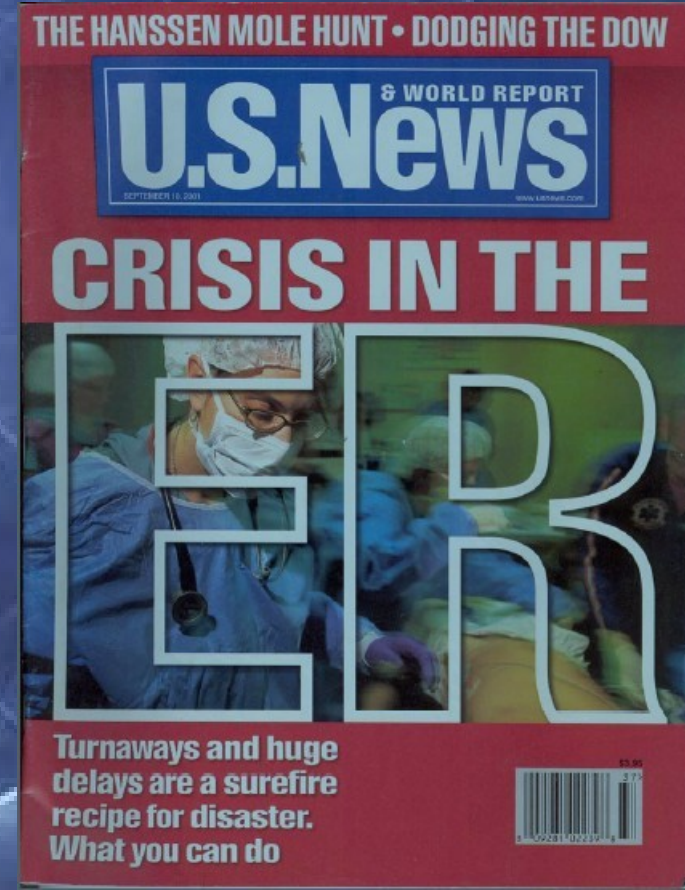


- Yataklı servisler dolu



Dünya Ne Durumda?

- Dünyada pek çok ülkesinde (ABD, Kanada, Avustralya, İspanya, İngiltere, Tayvan..) acil servis kalabalığı hasta güvenliğini tehdit etmekte ve insanların acil sağlık hizmetlerine ulaşımını



Milliyet gazetesi

8 Ocak 2007



Acil servisler komada!

Acil servislerin yoğunluklarına neden olan etkileri belirlemek için bir araştırma yapıldı. Hastaların üçte biri acil servise gelmesine gerek olmadığı halde geliyor. Eğitim düzeyi arttıkça uygunsuz kullanım da artıyor

Şükran Pakkan

Acil servislerin yoğunluklarına neden olan etkileri belirlemek amacıyla bir araştırma yapıldı. Araştırma kapsamında bir ay boyunca Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı bünyesindeki acil servise başvuran 2 bin 533 hastanın demografik, sosyo-ekonomik ve hastalıklarına ilişkin durumları incelendi.

Yaşları 17 ile 101 arasında değişen hastaların yüzde 57.6'sını kadınlar oluşturdu. Araştırmaya göre hastaların yüzde 6.4'ü ambulansla, yüzde 60'ı ise özel aracıyla geliyor. Başvuruların en yoğun olduğu gün ise cumartesi.



Güvendiği için geliyor

Araştırmaya katılan hastaların yüzde 67.8'inin aciliyet açısından doğru servise başvurduğu ortaya çıkarken, yüzde 32.2'sinin aslında acil servise gelmesine gerek olmadığı görüldü. Gerekmediği halde acil servise gelenlerin yüzde 36.3'ünü kadınlar, yüzde 61.6'sını bekârlar oluşturuyor. Acil servise gelerek doğru karar veren yaşlıların oranı ise yüzde 77.3.

Araştırma eğitim düzeyi arttıkça aciliyetin uygunsuzluğunun da arttığını ortaya çıkardı. Hastalar içinde en az aciliyet, özel araçlarıyla ve evinden direkt olarak gelenlerde gözlemlendi. "Gerek olmadığı halde neden acil servise başvuruyorsunuz?" sorusuna, hastaların yüzde 48.9'u "Güvendiğim için" yanıtını verirken, yüzde 38'i "yakın olduğu için" yüzde 18.1'i "sosyal güvence kapsamında olduğu için" cevaplarını verdiler.



Yoğunluktan işlemiyor

Acil servislerin aşırı yoğunluğunun son yıllarda arttığını hatırlatan araştırma değerlendirmesinde şöyle denildi: "Acil servisler yoğunluk nedeniyle işlemez hale gelmekte, akut ve ciddi tıbbi bakım gerektiren hastaların bakımı aksamaktadır. Sağlık hizmetlerinin son derece yaygın ve erişilebilir olması tüm sağlık hizmetlerini olumlu yönde etkileyecek bir kavramdır. Acil servislere hasta başvurusunu sınırlandırmak ne kadar yanlış ise, acil servisleri de kötü kullanıma açık, her türlü hizmetin, her koşulda sağlandığı yerler haline getirmek de bir o kadar yanlış olacaktır."



Gazi Üniversitesi ne durumda?

An Overcrowding Measurement Study in the Adult Emergency Department of Gazi University Hospital, Using the "National Emergency Departments Overcrowding Study" (Nedocs) Scale

Gazi Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisinde "Ulusal Acil Servisler Kalabalık Çalışması (Nedocs)" Skalasını Kullanarak Kalabalık Ölçüm Çalışması

Mehmet Ergin¹, Ahmet Demircan¹, Ayfer Keleş¹, Fikret Bildik¹, Evin Aras², Işıl Maral², Gül Pamukçu¹, Betül Özel¹, Mehmet Karamercan¹

¹Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey

²Department of Public Health, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey

Abstract

Objective: To determine the causes of overcrowding in the Adult Emergency Department (ED) of Gazi University Hospital and assess the validation of the "National Emergency Departments Overcrowding System" (NEDOCS) scale among international EDs and EDs of various sizes.

Materials and Methods: Administrative data collected prospectively in the adult ED of a university-affiliated hospital in Ankara between March 31st and April 7th, 2008. A total of 918 patients who were 18 years and older and who had presented to the ED were included in the study. The factors causing overcrowding in the ED and the correlation between the NEDOCS scale and ED staff's perception for overcrowding were determined.

Results: The most important cause of overcrowding was determined to be the inability to transfer patients to inpatient beds in a timely manner. No significant difference was found for the perception of overcrowding among the ED staff. The coefficient of determination was quite low for the regression model, in which the NEDOCS scale was the independent variable and scores of the ED staff regarding the perception of overcrowding were dependent variables ($R^2=0.064$). When the threshold value for the ED overcrowding was determined as 199, the sensitivity of the NEDOCS scale was measured at 92%; however, specificity was found to be quite low (32%). The area under the ROC curve was 0.617 and it was not statistically significant.

Conclusion: In order to explain the perception of overcrowding for the Adult ED staff at Gazi University Hospital, more variables were needed in addition to the NEDOCS components. (*JAEM 2011; 10: 60-4*)

Key words: Emergency department, overcrowding, NEDOCS

Received: 14.09.2010

Accepted: 18.09.2010

Özet

Amaç: Gazi Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisinde yaşanan kalabalık nedenlerinin ortaya konması ve "National Emergency Departments Overcrowding System" (NEDOCS) skalasının uluslar arası ve değişik büyüklüklerde acil servislerde kullanım geçerliliğinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntemler: 31 Mart ve 7 Nisan 2008 arasında Ankara'da bir fakülte hastanesi erişkin acil servisinde prospektif olarak toplanan veri incelendi. Çalışma süreci içerisinde acil servise başvuran 18 yaş ve üstü 918 hasta çalışmaya dâhil edildi. Acil serviste kalabalığa neden olan faktörler ve NEDOCS skalası ile acil servis çalışanlarının kalabalık algısı arasındaki ilişki tespit edildi.

Bulgular: Kalabalığa neden olan en önemli faktörün, yatış verilen hastaların hastane yataklarına transfer edilememesi olduğu görüldü. Acil servis çalışanlarının kalabalık algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. NEDOCS skorunun bağımsız değişken, acil servis çalışanlarının kalabalık algısıyla ilgili verdikleri skorların bağımlı değişken olduğu regresyon modelinde belirleme katsayısı oldukça düşüktü ($R^2=0.064$). Acil servis kalabalığı için eşik değeri 199 kabul edilirse, NEDOCS skalasının duyarlılığı %92 olmakta ancak seçicilik oldukça düşük çıkmaktadır (%32). ROC eğrisi altında kalan alan 0.617 olup; anlamlı bulunmadı.

Sonuç: Gazi Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisi çalışanlarının kalabalık algısını açıklamak için NEDOCS bileşenlerine ek olarak başka değişkenlere ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. (*JAEM 2011; 10: 60-4*)

Anahtar kelimeler: Acil servis, kalabalık, NEDOCS.

Alındığı Tarih: 14.09.2010

Kabul Tarihi: 18.09.2010



Acil Servis Hasta Akışı ve Acil Kalabalıklık

- Hastaların acil servislerde kaldıkları sürenin güvenilir şekilde saptanması
- Acil servis kalabalığının nedenlerinin saptanması
- Acil servis kalabalığının hasta bakım kalitesi üzerine etkisi
- Acil servis kalabalığını azaltacak girişimlerin değerlendirilmesi

GİRİŞ
Input

SÜREÇ
Throughput

SONUÇ
Output



Original Contribution

The role of full capacity protocols on mitigating overcrowding in EDs ☆,☆☆

Cristina Villa-Roel MD^{a,b}, Xiaoyan Guo^a, Brian R. Holroyd MD^a, Grant Innes MD^c,
Lyndsey Wong MD^d, Maria Ospina^{b,e}, Michael Schull MD^f, Benjamin Vandermeer^g,
Michael J. Bullard MD^a, Brian H. Rowe MD^{a,b,g,*}

^aDepartment of Emergency Medicine, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada T6G 2B7

^bSchool of Public Health, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada T6G 2T4

^cDepartment of Emergency Medicine, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada T3B 2B9

^dUniversity of British Columbia, Rural Family Medicine Program, Kelowna, BC, Canada V1Y 1T3

^eInstitute of Health Economics, Edmonton, Alberta, Canada T5J 3N4

^fDepartment of Medicine (Division of Emergency Medicine), University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada M4N 3M5

^gUniversity of Alberta/Alberta Health Services Evidence-based Practice Centre, Edmonton, Alberta, Canada T6G 2J3

Received 15 September 2010; revised 26 November 2010; accepted 29 December 2010

Abstract

Objective: Overcrowding is an important issue facing many emergency departments (EDs). Access block (admitted patients occupying ED stretchers) is a leading contributor, and overcrowding is an area of research interest. This review examined the effect of full capacity protocols (FCPs) on mitigating ED overcrowding.

Methods: A comprehensive literature search was undertaken to identify studies published between 1966 and 2009. Intervention studies in which an FCP was used to increase the number of stay and ED/hospital access block were included as a single program intervention. Two reviewers independently assessed citation relevance, in extracted data; because of limited data, pooling was not undertaken.

Results: From 14 446 potentially relevant studies, 2 abstracts from the search included. From 29 studies on systemwide intervention, 4 contained an FCP study was a single-center ED study using a before-after design; its methodology weak. One of the abstracts reported that an FCP was associated with less reduction) when compared with the comparison period; the other reported

Original article

Downloaded from [emj.bmj.com](http://www.emj.bmj.com) on September 24, 2012 - Published by [group.bmj.com](http://www.group.bmj.com)

Emergency department crowding: towards an agenda for evidence-based intervention

Zoë Slote Morris,¹ Adrian Boyle,² Kathleen Beniuk,¹ Susan Robinson²

¹Engineering Design Centre (EDC)/Department of Engineering, University of Cambridge, Cambridge, UK
²Emergency Department, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge, UK

Correspondence to
Zoë Slote Morris, Engineering Design Centre (EDC), University of Cambridge, Cambridge CB4 1YG, UK; zsm20@cam.ac.uk

Accepted 29 April 2011

ABSTRACT

Objective To determine the causes of emergency department (ED) crowding and to identify evidence-based solutions.

Design The review used a 'conceptual synthesis' approach to identify knowledge and opinion around the issue of ED crowding, not just effective interventions. Recommendations from the literature were classified according to the quality of evidence and the extent to which they were under ED control.

Data sources SCOPUS and ISI were searched for studies of 'ED' AND 'crowding OR overcrowding' and backward citation retrieval was undertaken. To help identify systematic review evidence of effective

times.^{12–14} The report from the Alberta Heritage Foundation for Medical Research, *Strategies to reduce emergency department overcrowding*, reviewed interventions with quantified outcomes.⁸ However, in doing so it may have excluded studies that had substantive merit but were either poorly designed or where outcomes were difficult to measure.¹⁵ While these reports make a welcome contribution, none provide a comprehensive conceptual or evidence base from which to proceed.

This paper reports findings from a broad review of existing literature on ED crowding and is designed to provide an assessment of what is currently known about ED crowding: its impact



Acil Servis Kalabalığı---Literatür Sıklıkla Çalışma Yapılan Nedenler

GİRİŞ

- Acil olmayan başvurular
- Mükerrer acil servis başvuruları
- Grip sezonu

Acil Servis

SÜREÇ

- Yetersiz personel

SONUÇ

- Hasta yatış blokajı
- Hastane yatak sayısının kısıklılığı

GİRİŞ

Input

SÜREÇ

Throughput

SONUÇ

Output



Plan

- Tanım-Acil Servis Kalabalığı
- Ölçme-değerlendirme
- Nedenleri
- Etkileri
- Çözüm önerileri



Acil Servis Kalabalığı Ölçüm Kriterleri

- *2003 yılı, 70 uzman katılımı, 38 ölçüm noktası
 - Hasta talebi-(6)
 - Hasta kompleksitesi-(3)
 - Acil Servis Kapasitesi-(6)
 - Acil Servis İş Yüğü-(6)
 - Acil Servis Verimliliği-(3)

*Solberg LI et al. Emergency department crowding: consensus development of potential measures. Ann Emerg Med 2003;42:824-34.

■ Hastane Kapasitesi-(6)



Acil Servis Kalabalığı Ölçümü Skorlama Sistemleri

TEMELİNDE
Asplin'in GİRİŞ-SÜREÇ-SONUÇ MODELİ

Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA Jr. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med.* 2003;42(2):173-80.

Acil Servis İş
Yükü
Emergency
Department
Work Index
(EDWIN)

Bernstein SL et al., *Acad Emerg Med*
2003;10:938

Ulusal Acil
Servis Aşırı
Kalabalığı
Çalışması
National
Emergency
Department
Overcrowding

Weiss SJ et al. *Acad Emerg Med*
2004;11:38

Talep
Göstergelerinin Eş
Zamanlı Acil
Analizi
Real-Time
Emergency
Analysis of
Demand

Reeder TJ et.al. *Acad Emerg Med*
2004;10:1084

Yata
k
Oran

Acil Servis İşgal Oranı "Boarding burden,"

McCarthy ML et al., *Ann Emerg Med* 2008;51:11-24

Acil Servis Kalabalık Skalası (EDCS) vd.



Plan

- Tanım-Acil Servis Kalabalığı
- Ölçme-değerlendirme
- Nedenleri
- Etkileri
- Çözüm önerileri

Acil Servis Kalabalığı---Nedenler

GİRİŞ

- Acil servislere başvuran hasta sayısındaki artış
- Acil olmayan başvurular
- Yaşlı hasta sayısının artışı—Ek hastalığı olan hasta sayısının artışı
- Mükerrer acil servis başvuruları
- Grip sezonu

SÜREÇ

- Yeterli sayıda sağlık personelinin olmaması
- Dokümantasyon ihtiyacının artması....
- Radyoloji ve laboratuvar hizmetlerindeki aksaklıklar
- Konsültasyon sürecinin etkinliği....

SONUÇ

- Hasta yatış blokajı
- Hastane yatak sayısının kısıklılığı

GİRİŞ

Input

SÜREÇ

Throughput

SONUÇ

Output



Plan

- Tanım-Acil Servis Kalabalığı
- Ölçme-değerlendirme
- Nedenleri
- Etkileri
- Çözüm önerileri



ACİL SERVİS ÇALIŞANLARINDA “BURN-OUT” TÜKERNMİŞLİK SENDROMU

Magid DJ et al.,The quality gap: searching for the consequences of emergency department crowding.
Ann Emerg Med 2004;44:586-8

Keywords: crowding, overcrowding, adverse outcomes, cardiovascular, emergency department, health care



Plan

- Tanım-Acil Servis Kalabalığı
- Ölçme-değerlendirme
- Nedenleri
- Etkileri
- Çözüm önerileri



Acil Servis Kalabalığı Çözüm Önerileri

“URGENT MATTER”
PROGRAMI
Ortak Bileşenler
“Urgent Matters Program Toolkit”

<http://www.urgentmatters.org/>

- Neden çok, çözüm güç.
- 2002 yılında George Washington University Medical Center ve Robert Wood Johnson Foundation tarafından 16 hastanede “urgent matters” programı
 - Hasta Akım Modelleri,



Acil Servis Kalabalığı Çözüm Önerileri

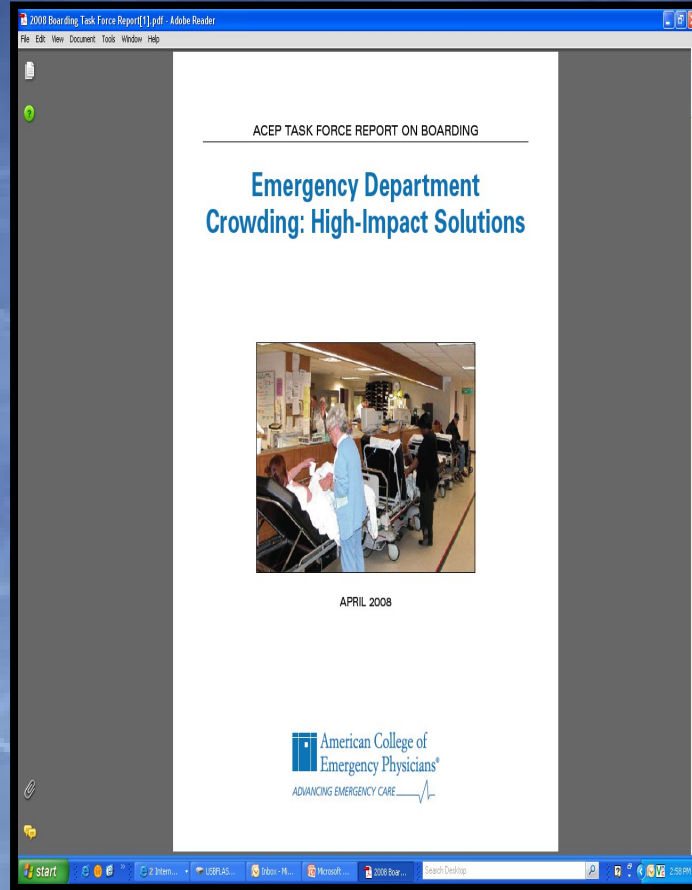
“URGENT MATTER” PROGRAMI Ortak Bileşenler

- ✓ Acil servis kalabalığı sadece acil servisinin değil, tüm hastanenin sorunu.
- ✓ Multidisipliner hastane takımları oluşturulmalı.
- ✓ Kurum yöneticileri acil servisin savunucuları olmalıdır.
- ✓ Hastane yönetimi hasta akışının iyileştirilmesinin öncelikli olduğunun kesin mesajını vermeli
- ✓ Kalite iyileştirme tekniklerini bilmeli ve kullanmalı
- ✓ Kendi içinde titiz ölçümler yapmalı
- ✓ Bilgi şeffaflığı kurumsal değer olmalı



Acil Servis Kalabalığı Çözüm Önerileri

- 2007 yılında ACEP çalışma kolu oluşturdu.



<http://www.acep.org/workarea/downloadasset.aspx?id=37960>



Acil Servis Kalabalığı Çözüm Önerileri

Yüksek Etkinlikli Çözümler

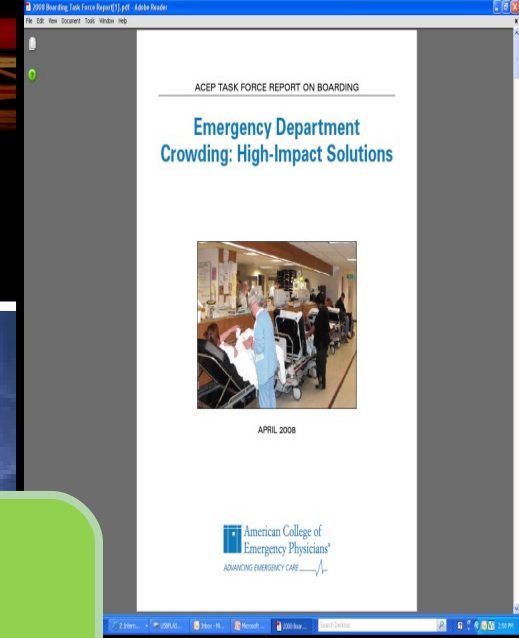
“Tam Kapasite Protokolü”

Acil hastaların acil servis dışına, koridorlara, toplantı salonu dahil uygun olabilecek bölümlere nakledilmesi

**Elektif hasta veya cerrahi hasta liste listesinin koordinasyonu
VEYA
Yatış Blokaj Sistemi ?**

Hastaneden taburcu olacak hastaların öğleden önce koordine edilmesi

www.hospitalovercrowding.com





Acil Servis Kalabalığı Çözüm Önerileri

HEALTH POLICY AND CLINICAL PRACTICE/ORIGINAL RESEARCH

The Association Between Transfer of Emergency Department Boarders to Inpatient Hallways and Mortality: A 4-Year Experience

Asa Viccellio, MD
Carolyn Santora, RN
Adam J. Singer, MD
Henry C. Thode Jr., PhD
Mark C. Henry, MD

From the Department of Emergency Medicine, Stony Brook University, Stony Brook, NY.

Study objective: We developed and implemented an institutional protocol aimed at reducing crowding by admitting boarded patients to hospital inpatient hallways. We hypothesized that transfer of admitted patients from the emergency department (ED) to inpatient hallways would be feasible and not create patient harm.

Methods: This was a retrospective cohort study in a suburban, academic ED with an annual census of 70,000. We studied consecutive patients admitted from our ED between January 2004 and January 2008. In 2001, a multidisciplinary team developed and implemented an institutional protocol in which admitted adult patients boarded in the ED were transferred to hospital inpatient hallways under select conditions. We extracted data from the electronic medical record system, measuring patient demographics, ED disposition (discharge, admit to floor, admit to hallway), ED length of stay, and in-hospital mortality. We report ED length of stay, subsequent transfer to an ICU, and hospital mortality of patients admitted to standard and hallway inpatient beds.

Results: Of 55,062 ED patients admitted, there were 1,798 deaths. Of all admissions, 2,042 (4%) went to a hallway; 53,020 went to a standard bed. Patients admitted to standard and hallway beds were similar in age (median [interquartile range] 55 years [37 to 72 years] and 54 years [41 to 70 years], respectively) and sex (48.2% and 50% female patients, respectively). The median (interquartile range) times from ED triage to actual admission in patients admitted to standard and hallway beds were 426 minutes (306 to 600 minutes) and 624 (439 to 895 minutes) minutes, respectively ($P < .001$). Median ED census at triage was lower for standard bed admissions than for hallway patients (44 [33 to 53] versus 50 [38 to 61], respectively, $P < .001$). In-hospital mortality rates were higher among patients admitted to standard beds (2.6%; 95% confidence interval [CI] 2.5% to 2.7%) than among patients admitted to hallway beds (1.1%; 95% CI 0.7% to 1.7%). ICU transfers were also higher in the standard bed admissions (6.7% [95% CI 6.5% to 6.9%]) versus 2.5% [95% CI 1.9% to 3.3%].

Conclusion: Transfer of ED-boarded admitted patients to an inpatient hallway occurs during high ED census and waiting times for admission but does not appear to result in patient harm. [Ann Emerg Med. 2009;54: 487-491.]

2004-2008 arası
Toplam 55062 hasta
53020 normal hastane yatağı
2042 koridora- seçilmiş hasta
Herhangi bir zarar oluşmamış

Research

In 2008, the Western Australian government announced that EDs would adopt a 4-hour rule, whereby firstly 85% and eventually 98% of patients would be either discharged home or admitted to a ward within 4 hours of presentation.

Emergency department overcrowding, mortality and the 4-hour rule in Western Australia

Gary C Geelhoed

FRACP, FACEM, MD,
Director,¹ and Professor,²

Nicholas H de Klerk

BSc, MSc, PhD,
Head of Biostatistics
and Bioinformatics^{3,4}

¹Emergency Department,
Princess Margaret
Hospital for Children,
Perth, WA.

²School of Paediatrics and
Child Health and School of
Primary and Aboriginal
and Rural Health Care,

Overcrowding in emergency departments (EDs) occurs when the physical or staffing capacity of the department is exceeded by the number of patients waiting to be seen, undergoing assessment and treatment or waiting for departure.¹ Overcrowding occurs in Australia and elsewhere in the developed world and has been well documented over the past decade.²⁻⁴

It became generally recognised that

Abstract

Objective: To assess whether emergency department (ED) overcrowding was reduced after the introduction of the 4-hour rule in Western Australia and whether any changes in overcrowding were associated with significant changes in patient mortality rates.

Design, setting and patients: Quasi-experimental intervention study using dependent pretest and post-test samples. Hospital and patient data were obtained for three tertiary hospitals and three secondary hospitals in Perth, WA, for 2007–08 to 2010–11.

Main outcome measures: Mortality rates; overcrowding rates.

Results: No change was shown in mortality from 2007–08 to 2010–11 for the secondary hospitals and from 2007–08 to 2009–10 for the tertiary hospitals. ED overcrowding (as measured by 8-hour access block) at the tertiary hospitals



Acil Servis Kalabalığı Çözüm Önerileri

Ek Çözüm Önerileri---Anlamlı Maliyet İlişkisi

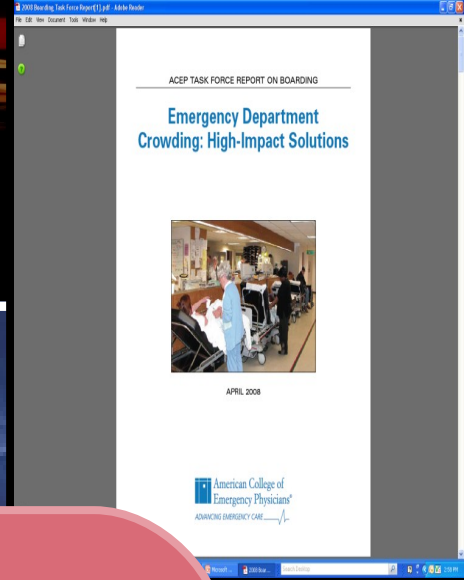
- ▣ Yatakbaşı Kayıt Sistemi (Bedside Registration)
- ▣ Hızlı Bakı Birimleri (Fast Tract Units)
- ▣ Gözlem Üniteleri (Observation Units)
- ▣ Doktor Triaşı
- ▣ Elektif Cerrahilerin İptali
- ▣ Diğer; ek sağlık personeli (hemşire ve yardımcı sağlık personeli, laboratuvar ve radyoloji istemlerinin gerçekleştirilme süre tespiti, elektronik kayıt tutma, hastane kayıt sistemlerinin geliştirilmesi ve kayıtlara ulaşılabilmesi, triaj uygulama)



Acil Servis Kalabalığı Çözüm Önerileri

Etkisiz Çözüm Önerileri

- ❑ Acil serviste kapasite arttırımı (Acil servis alanını genişletme, ek odalar açma)
- ❑ Katlardan taburcu olan hastalara özel alanlar oluşturmak
- ❑ Kat doktoru---Hasta bakım koordinasyonunda hastane bazlı doktor kullanmak. (Hastane kalış süresini azaltır, AS bekleme zamanına etkisi yoktur.)
- ❑ Ambulansların reddedilmesi
- ❑ Gereksiz başvuruların eliminasyonu





Bizim için çözüm !

16 Ekim 2009 CUMA

Resmî Gazete

Sayı : 27378

TEBLİĞ

Sağlık Bakanlığından:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ

Renk kodlaması ve triyaj uygulaması

MADDE 8 – (1) Acil servislerde etkin bir hizmet sunumu için renk kodlaması uygulanır. Trijaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır. Renk kodlamasına ilişkin uygulama esasları Ek-7’de gösterilmiştir.

(4) Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında düzenlenir.

(3) Acil servislerde hasta takibinin 24 saati geçmemesi esastır. Bu süre içerisinde kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince değerlendirilir ve tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik şefi veya sorumlu uzman tabibine bilgi verilir. Yatışına karar verilen klinikte boş yatak bulunmaması hâlinde boş yatak bulunan uygun kliniklerden birisine yatırılarak hastanın takibi, bakım ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılır. Acil serviste kliniklere yatış bekleyen acil hastalara yatış önceliği verilir.

(4) Tanısı konulmuş ve tedavi planı belirlenmiş, acil müdahale gerektirmeyen, durumu stabil olan ancak ileri tetkik ve tedavisinin sağlanması amacıyla önceden koordinasyon sağlanarak başka sağlık tesisinden sevkle gönderilen ve nakil sırasında acil müdahaleyi gerektirecek akut tıbbi sorun gelişmemiş hastalar gerekmedikçe acil serviste yeniden değerlendirilmez. Bu tür hastalar, acil serviste bekletilmeksizin, yatış işlemleri derhal tamamlanır ve ilgili uzmanlık dalına ait kliniğe yatırılır.



Sonuç

Acil servis kalabalığının en önemli nedeni yatış bekleyen hastaların birikmesidir.

YATIŞ SORUNU

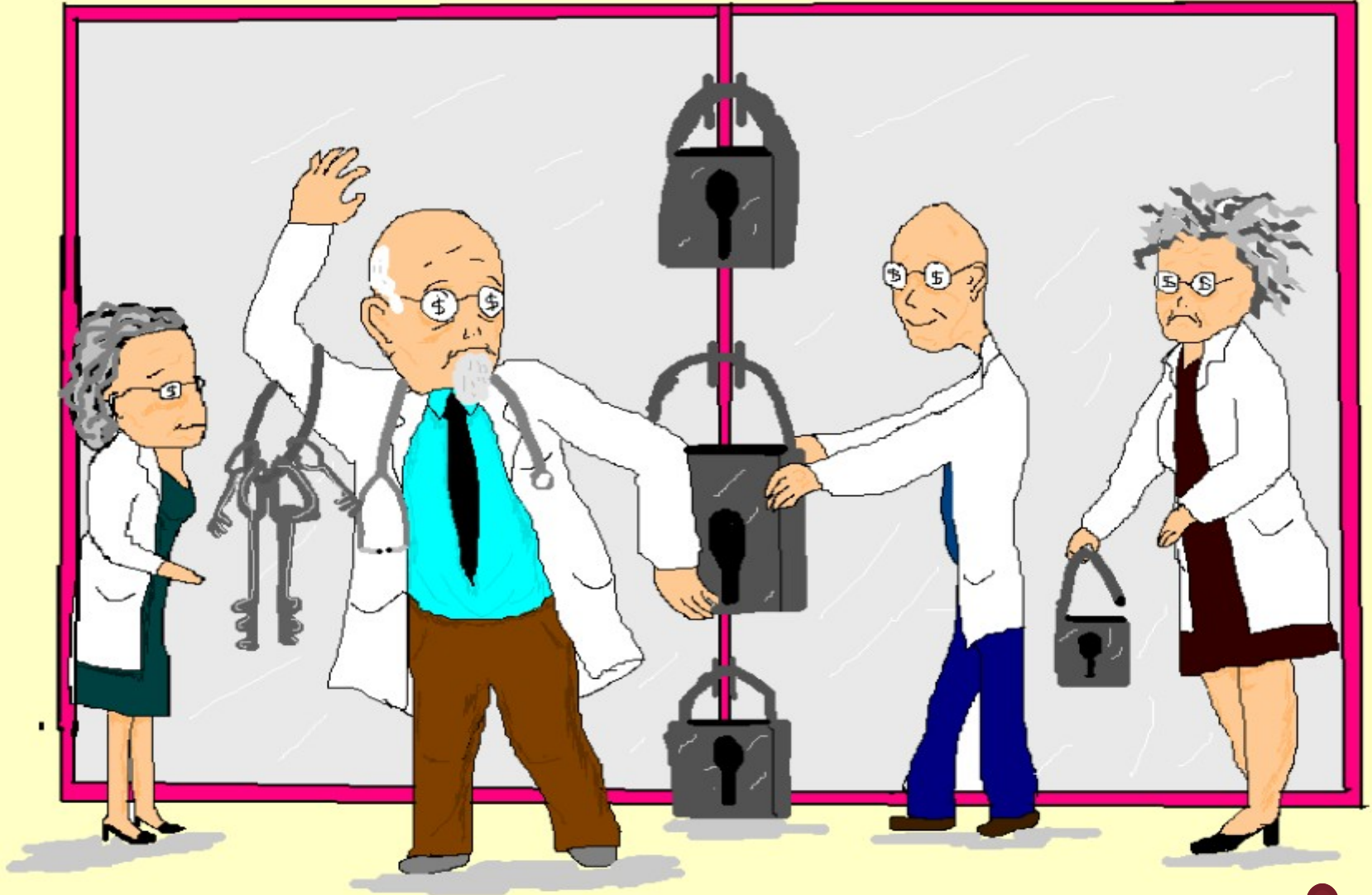
**GÜÇLÜ YÖNETİM ve GÜÇLÜ ACIL SERVİS YÖNETİMİNİN
İŞBİRLİĞİ**

**HASTA AKIŞ
MODELİ**

Acil Servise Bakış Açısı



ACİL SERVİSLER HASTANELERİN VİTRİNİDİR.



**ACİL SERVİSLER HASTANELERİN ARKA
KAPISIDIR, KAPATILMALIDIR.**



TEŞEKKÜRLER