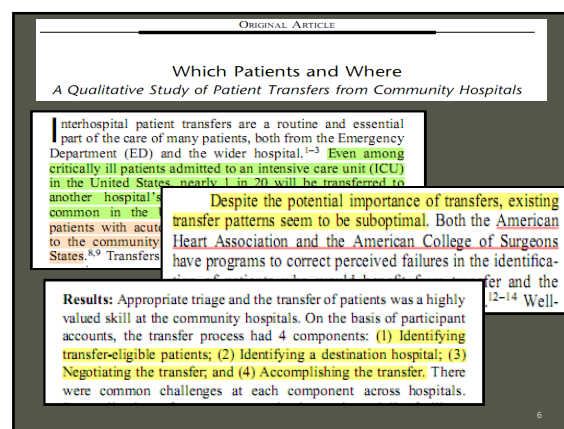
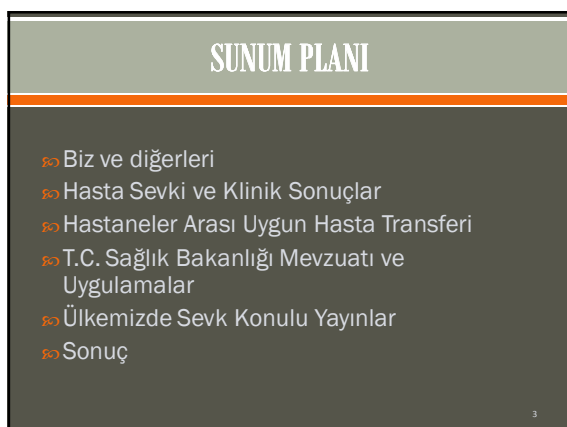
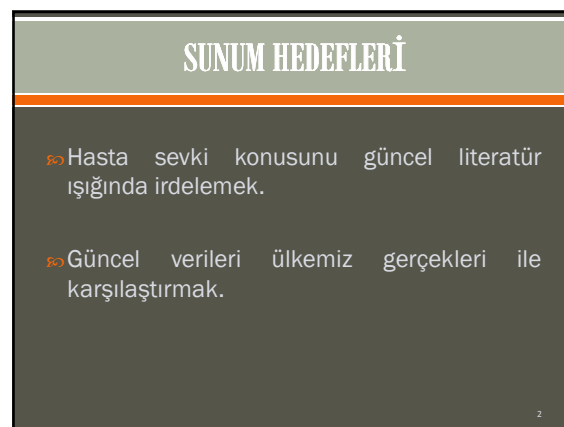






Why do patients and families request transfers to tertiary care? a qualitative study
Sydney Morris Dy^{a,b,c,d}, Haya R. Rubin^{a,b,c}, Harold P. Lehmann^{a,d}

Abstract
Interhospital transfers comprise a significant and increasing proportion of admissions to tertiary care centers. Patient dissatisfaction with the quality of hospital care may play an important role in these trends. The objective of this study was to describe the threshold for requesting transfer. Subjects reported three major influences on the request to transfer to tertiary care: the quality of care at the community hospital compared to the tertiary center; the severity and potential consequences of the current illness; and their relationship with community hospitals, physicians, and tertiary care. Subjects' perceptions of the quality differential between community hospitals and tertiary centers focused on communication and medical errors rather than specialized care, hospital volume, or teaching status. Thresholds for quality of care at community hospitals that might reduce the rates of requests for transfer. Our results also highlight the importance of including patient or surrogate perspectives in evaluations of the appropriateness of care.
© 2005 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Keywords: Hospital transfer; Tertiary care; Patient decision-making; Ethnography; Influence diagram; USA

Why do patients and families request transfers to tertiary care? a qualitative study
Sydney Morris Dy^{a,b,c,d}, Haya R. Rubin^{a,b,c}, Harold P. Lehmann^{a,d}

➤ Hasta sevk için iki önemli direnç:

- Sevk edecek hekimin direnci
- Hastanın sevk edecek hastane/doktoru ile olan ilişkisi/güveni

➤ 'Non-medical' veya 'uygun olmayan sevk' !!!

➤ SONUÇ:

- Hasta tarafından talep edilen ve medikal nedenleri belirgin olmayan sevkler için 'hasta - hekim ilişkisi'nin yeniden gözden geçirilmesi ve 'hasta odaklı bakım' anlayışının yerine getirilmesi...

HASTA SEVKİ vs KLİNİK SONUÇLAR

10

CARDIOLOGY/ORIGINAL RESEARCH

Reperfusion Is Delayed Beyond Guideline Recommendations in Patients Requiring Interhospital Helicopter Transfer for Treatment of ST-segment Elevation Myocardial Infarction

Jason T. McMullan, MD, William Hindley, MD, Jared Bentley, BS, Todd Davis, MD, Gregory J. Fermann, MD, Matthew Gunderman, RN, Kimberly Ward Hart, MA, William A. Knight, MD, Christopher J. Lindsay, PhD, April Shackelford, MD, W. Brian Gibler, MD

Results: There were 179 subjects from 16 referring and 6 receiving hospitals. Mean age was 58 years, 68% were men, and 86% were white. One hundred forty subjects were transferred for primary percutaneous coronary intervention, of whom 29 had no intervention during catheterization. For subjects with intervention, door-to-balloon time exceeded 90 minutes in 107 of 111 cases (97%). Median door-to-balloon time was 131 minutes (interquartile range 114 to 158 minutes). Thirty-nine subjects (21%) received fibrinolytics before transfer, and 19 of 39 (49%) received fibrinolytics within 30 minutes. Median door-to-needle time was 31 minutes (interquartile range 23 to 45 minutes).

Conclusion: In this study, STEMI patients presenting to non-percutaneous coronary intervention facilities who are transferred to a percutaneous coronary intervention-capable hospital by helicopter EMS do not commonly receive fibrinolysis and rarely achieve percutaneous coronary intervention within 90 minutes. In similar settings, primary fibrinolysis should be considered while strategies to reduce the time required for subsequent interventional care are explored. [Ann Emerg Med. 2011;57:213-220.]

International Journal of Gynecology and Obstetrics 105 (2008) 252-256

Contents lists available at ScienceDirect
International Journal of Gynecology and Obstetrics
journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

CLINICAL ARTICLE
Factors associated with maternal death in women admitted to an intensive care unit with severe maternal morbidity

Antonio F. Oliveira Neto^a, Mary A. Parginelli^b, José G. Cecatti^{b,c}, João P. Souza^a, Maria H. Sousa^c

^a Obstetric Care Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil
^b Obstetric Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil
^c Center for Research in Reproductive Health of Campinas, Campinas, São Paulo, Brazil

Objective: To identify factors associated with maternal death among women with severe maternal morbidity. **Methods:** A retrospective study of 673 women admitted to an obstetric intensive care unit was undertaken. The odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CI) were calculated for selected characteristics. The maternal mortality and severe maternal morbidity ratios were determined for groups of complications according to outcome (death or survival). **Results:** The risk of maternal death was higher among adolescents (OR 3.3; 95% CI, 1-9.7) and patients referred from other hospitals (OR 9.8; 95% CI, 2.7-53.3). The severe maternal morbidity ratio was 46.6 per 1000 deliveries and the mortality:morbidity ratio 1:37.4. Obstetric complications led to 65.8% of admissions and 50% of maternal deaths. The number of interventions/procedures and total maximum sequential organ failure assessment score were higher in cases of death. **Conclusion:** The strong association between interhospital transfer and maternal death suggests delays in diagnosis, management, and referral. Adopting organ dysfunction-based criteria may contribute toward identifying the most severe cases.

The Journal of TRAUMA® Injury, Infection, and Critical Care

The Benefit of Higher Level of Care Transfer of Injured Patients From Nontertiary Hospital Emergency Departments

Craig D. Newgard, MD, MPH, K. John McCannell, PhD, Jerris R. Hedges, MD, MS, and Richard J. Mullins, MD

Background: Although injured persons present to emergency departments (EDs) are routinely transferred to tertiary care hospitals, it is unclear whether this transfer benefits injured patients. We sought to determine whether transfer of injured patients to a tertiary care hospital was associated with improved survival.

Methods: We conducted a retrospective cohort study of injured patients requiring either admission or transfer (n = 10,176) from January 1998 through December 2003. Higher level of care transfer was defined as interhospital transfer to a tertiary care hospital.

Conclusions: After adjusting for injury severity and the nonrandom selection of patients for transfer, trauma patients transferred from nontertiary EDs to major trauma centers had lower inhospital mortality than patients remaining in nontrauma hospitals. Recognition and early transfer of at-risk rural trauma patients may improve survival in a regionalized trauma system.

J Trauma. 2007;63:965-971.

The Journal of TRAUMA® Injury, Infection, and Critical Care

Outcomes of Trauma Patients After Transfer to a Level I Trauma Center

Frederick P. Rivara, MD, MPH, Thomas D. Koepsell, MD, MPH, Jin Wang, MS, PhD, Avery Nathens, MD, MPH, PhD, and Edward J. McEvoy, PhD

Background: Trauma center physicians need to know the patient's prognosis to make appropriate clinical decisions when they take over the care of a transferred patient. We sought to compare the survival of injured patients after transfer to a trauma center with survival from a nontrauma center.

Methods: Study included patients 18 years to 84 years of age with at least one Abbreviated Injury Scale (AIS) injury transferred to a trauma center.

Conclusions: After accounting for key demographic and clinical characteristics, transfer status does not appear to be a significant independent predictor of survival among patients with moderate to severe injuries treated at Level I trauma centers.

J Trauma. 2008;64:1594-1599.

EMA Emergency Medicine Abstracts (2007) 19: 323-332 ORIGINAL RESEARCH

Treatment of extradural haemorrhage in Queensland: Interhospital transfer, preoperative delay and clinical outcome

to Deserip and Learning for Authors

Objectives: To measure preoperative delays and clinical outcomes of patients with extradural haemorrhage, comparing patients presenting to hospitals with no neurosurgical facilities, with those presenting directly to neurosurgical centres.

Methods: Retrospective case study with data collected from 10 centres. Patients were identified with a search of the Queensland Trauma Registry database. A total of 315 charts were reviewed, of patients presenting or referred to Queensland's public hospitals between 2002 and 2004.

Conclusions: IHT of patients with extradural haemorrhage causes significant preoperative delay.

Five craniotomies; their median time interval from presentation to operation was 8 h 5 min. This delay was significantly greater than that for 25 patients admitted directly to neurosurgical centres (median 4 h 19 min; $P=0.0006$). After excluding patients who had sustained hypoxic or hypotensive insults or serious extracranial injuries, all deaths (five) occurred in patients undergoing IHT before craniotomy.

Sadece hastalar mı etkileniyor?

BİR HAFTA İÇERİSİNDE



10 D

7 AMB BÖYLE SKANDAL OLMAZI!

Ambulans 100 metredeki hastaneden 25 dakikada geldi

Tartış-ma!

Sevk eden hekim bir kez daha düşünülmeli mi?

- Hastaneler arası hasta transferi klinik sonuçlar ile negatif yönde ilişkiler ortaya konulmaktadır.
- Türkiye'deki durum?
 - 'Gerek görülen uzmanlaşmış tedaviye' erişim zamanı ...
 - Transfer öncesi 'ABC stabilizasyonu' başansı yada başansızlığı...
 - Diğer ...

HASTANIN UYGUN TRANSFERİ NASIL OLMALI?

18

ACEP — ‘Appropriate Interhospital Patient Transfer’ 1

- American College of Emergency Medicine Board Of Directors; **Policy Statements**
 - Eylül 1989; ‘Principles of Appropriate Interhospital Patient Transfer’
 - Ekim 1992
 - Haziran 1997
 - Şubat 2002
 - Ocak 2009; *Ann Emerg Med* 2009; 54:141.

19

ACEP — ‘Appropriate Interhospital Patient Transfer’ 2

- ACEP **kaliteli acil bakımın evrensel olarak halka açık ve ulaşılabilir olması** gerektiğine inanmaktadır.
- Hasta transferinin birincil amacı hastanın optimal sağlığın ve iyilik halinin sağlanması olmalıdır.
- Acil hekimleri ve hastane personeli **hasta transferi ile ilgili kanunları** bilmelidir.
- Tüm hastalara transfer öncesi kurumun kapasitesi ölçüsünde **tıbbi tarama muayenesi ve stabilize edici tedaviler** sağlanmalıdır.
 - Yetkin hasta fizik bakıyı ve tedavi ret ederse...

20

ACEP — ‘Appropriate Interhospital Patient Transfer’ 3

- Transfer eden **hekimin hastayı transfer ile ilgili riskler ve yararları hakkında bilgilendirmesi ve kayıt altına alması** gerekmektedir.
- Hastane politikası veya prosedürleri veya tıbbi personel **tüzükleri ...**
 - İlk tıbbi tarama için sorumlu ve yetkili kişiyi belirlemeli.
 - Hastaneler adına hastayı kabul ve transfer edecek sorumlu kişiyi belirlemeli.

21

ACEP — ‘Appropriate Interhospital Patient Transfer’ 4

- Transfer eden **hastanede değerlendiren hekim** transfer zamanı ve şekli, transfer sırasında sağlanması gereken bakım seviyesi ve gidilecek nokta belirlenirken **hastanın durumu ile ilgili en iyi kararı** vermelidir.
- Transfer için gerekli **nitelikli personel ve tıbbi malzemenin** sağlanması...

22

ACEP — ‘Appropriate Interhospital Patient Transfer’ 5

- Transfer edecek kurumda **sağlanan veya uygun bakımdan daha ileri seviyede bakım gerektiği takdirde, daha ileri bakımı sağlayacak kabiliyeti ve kapasitesi olan hastane transfer isteğini geri çevirmeyebilir.**
- Uygun tıbbi özet ve diğer ilgili kayıtlar ...

23

Klinik/Pratik Uygulamalara Yön Verecek Rehber/Rehberler Var mı?

- Warren J, et al. **Guidelines for inter- and intrahospital transport of critically ill patients.** *Crit Care Med.* 2004; 32(1):256-61.
- Australasian College of Emergency Medicine. **Minimum standards for intrahospital transport of critically ill patients.** *Emerg Med.* 2003; 15:202-4.
- Wallace PGM, et al. **ABC of intensive care: transport of critically ill patients.** *BMJ.* 1999; 319:368-71.
- Lee A, et al. **Interhospital transfers: decision making in critical care areas.** *Crit Care Med.* 1996; 24: 618-22.
- Guidelines Committee of the Society for Critical Care Medicine. **Guidelines for the transfer of critically ill patients.** *Crit Care Med.* 1993;21:931-7.

24

Kritik hasta kimdir?

Genel olarak yaşamsal fonksiyonları stabil olmayan, destek tedavisi ile stabil tutulan veya genel durumunun kötüleşmesi olası hastalardır.

Hayatları tehdit altında olan bu hastalar, **acil servislere** ve **yoğun bakım üniteleri (YBÜ)**'nde tedavi edilir.

Szem JW, Hydo LJ, Fisher E, et al. High-risk intrahospital transport of critically ill patients: Safety and outcome of the necessary "road trip". Crit Care Med 1995;23:1660-6.

25

Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients*

Jonathan Warren, MD, FCCM, FCCP; Robert E. Fromm Jr, MD, MPH, MS; Richard A. Orr, MD; Leo C. Rotello, MD, FCCM, FCCP, FACP; H. Mathilda Horst, MD, FCCM; American College of Critical Care Medicine

Objective: The development of practice guidelines for the conduct of intra- and interhospital transport of the critically ill patient.

Data Source: Expert opinion and a search of Index Medicus from January 1986 through October 2001 provided the basis for these guidelines. A task force of experts in the field of patient transport provided personal experience and expert opinion.

Study Selection and Data Extraction: Several prospective and clinical outcome studies were found. However, much of the published data comes from retrospective reviews and anecdotal reports. **Experience and consensus opinion form the basis of much of these guidelines.**

Results of Data Synthesis: Each hospital should have a formalized plan for intra- and interhospital transport that addresses

a) **pretransport coordination and communication;** b) **transport personnel;** c) **transport equipment;** d) **monitoring during transport;** and e) **documentation.** The transport plan should be developed by a multidisciplinary team and should be evaluated and refined regularly using a standard quality improvement process.

Conclusion: The transport of critically ill patients carries inherent risks. These guidelines promote measures to ensure safe patient transport. Although both intra- and interhospital transport must comply with regulations, we believe that patient safety is enhanced during transport by establishing an organized, efficient process supported by appropriate equipment and personnel. (Crit Care Med 2004; 32:256-262)

Key Words: intrahospital transport; interhospital transport; critical care; health planning; policy making; monitoring; standards

26

Hastaneler arası kritik hasta transferi/sevki için rehber

- Transferin sağlayacağı **yarar >>>>risk** olmalıdır.
- Sevk ile ilgili sorumluluk refere eden kurumdaki ilgili hekime aittir.
- Sevk kararı verilir verilmez, transfer işlemleri başlatılmalıdır.
- Transfer öncesi resüsitasyon ve stabilizasyon işlemleri...
 - ancak tam bir stabilizasyonun kabul eden kurumda mümkün olabileceği unutulmamalıdır.
- Bilgilendirilmiş onam

27

1. Transport öncesi koordinasyon ve iletişim

- Sevk eden hekim refere edilecek hastaneyi belirlemeli ve ilgili hekim ile iletişim kurmalı.
 - İleri derecede bakım kaynakları uygun mu?
 - Hastanın durumunun eksiksiz olarak aktarılması
- Özellikle kritik bakım ünitesinde olmak üzere hastanede yatan hastanın (IN-PATIENT) kabul eden hastanede acil servise kabul edilmesi tekrar değerlendirilmeli !!!!!**

28

Transport öncesi koordinasyon ve iletişim

- Transport şekline karar verilmeli.
 - Hastanın aciliyet durumu
 - Hava yolunun sağlayacağı zaman kazancı
 - Hav koşulları
 - Transfer sırasında devam eden yaşam desteği için gerekli olan tıbbi uygulamalar
 - Personel ve kaynak durumu
- Transport servisi ile iletişime geçilmeli.
- Tıbbi **kayıtların** çoğaltılması

29

2. Eşlik eden personel

- Araç sürücüsü dışında **minimum iki kişi...**
- Takım lideri kim?**
 - Unstabil hasta; doktor / hemşire
 - Kritik ancak stabil; paramedik
- Hava yolu yönetimi, IV tedavi, disritmi yorumu ve tedavisi, temel ve ileri yaşam desteği konularına hakim olmalı.

30

3. Minimum ekipman

- Hava yolu ve oksijenizasyon
- Vital bulguların monitorizasyonu
- Acil resusitasyon ve stabilizasyon ve idamesi için gerekli farmasötikler ve gereçler

31

4. Transport sırasında monitorizasyon

- Asgari olarak;
 - Sürekli pulse oksimetri
 - EKG monitorizasyonu
 - Düzenli kan basıncı ve solunum sayısı ölçümü
- Seçilmiş hastalarda ek takipler...
- Mekanik ventilatörde olan hastalar için
 - Endotrakeal tüpün yerinin not edilmesi ve güvence altına alınması
 - Transport ventilatörde uygun mod seçimi
 - Oksijen ve ventilasyonun kontrol edilmesi
- Hastanın durumunun ve yönetimin **kayıt** altına alınması

32

5. Hastaneler arası transfer öncesi hastanın hazırlanması

- 'Scoop and run' anlayışı geçerli değil.
- **lik değerlendirme ve mümkün olan derecede stabilizasyonun sağlanması**
- Transferi geciktirecek gerekli olmayan test ve girişimlerden kaçınılmalı.

33

Hastaneler arası transfer öncesi hastanın hazırlanması

- Tüm kritik hastalar için güvence altına alınmış **IV yol** sağlanmalı.
 - Tercihen periferik yol; açılmazsa santral yol düşün.
- **Sıvı ve inotropik destek** başlanmalı.
 - Sıvılar **plastik kaplar** (CAM DEĞİL) içinde olmalı.
- Hava yolunda tıkanıklık riski varsa; **ENTÜBASYON!**
 - LMA kabul edilebilir değildir.

34

Hastaneler arası transfer öncesi hastanın hazırlanması

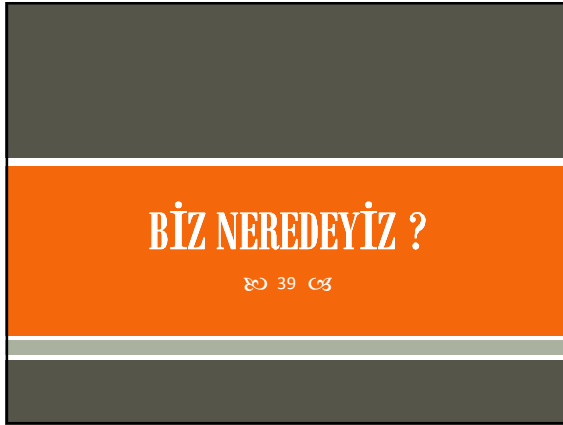
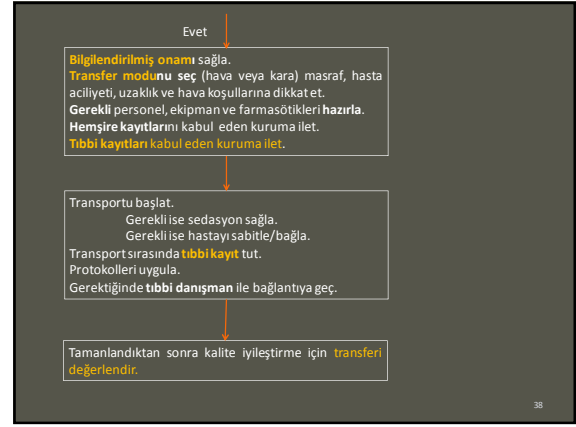
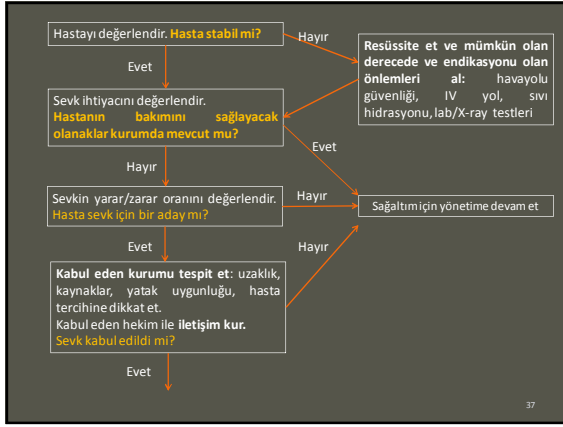
- Travma hastası için **spinal immobilizasyon**.
- **NG tüp;**
 - İleus / intestinal obstrüksiyon varsa
 - Mekanik ventilasyondaki tüm hastalara
- **Foleysonda**
 - Ciddi sıvı yönetimi gerekiyorsa
 - Uzun süreli transport yapılacaksa
 - Diüretik alan hastalar için

35

Hastaneler arası transfer öncesi hastanın hazırlanması

- Göğüs dekompresyonu; **göğüs tüpü** ile endikasyonu olan hastalarda...
- Ajite hastalarda,
 - **El bileği ve/veya ayaklardan sabitleme**
- Hırçın ve kooperasyonu olmayan hastalarda;
 - **Sedasyon +/- nöromusküler blokaj**
- Tüm hasta kayıtları, lab & radyolojik tetkikler çoğaltılmalı

36



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

14 (1) ... sevk edilecek hastanın tıbbi durumuna uygun nihai tedavisinin sağlanabileceği sağlık tesisinin belirlenmesi ve nakil işlemlerinin **112 KKM'nin yönetim ve koordinasyonunda**, 112 KKM tarafından verilen talimatlara uygun olarak ...

14 (4) ... **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**. ...

40

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

15 (1) ... **bakım ve tedaviyi sağlayabilecek şartları taşıması** hâlinde hastanın başka bir sağlık tesisine sevk edilmemesi ...

15 (2) ... Hasta sevk ve nakil kararının **ilgili dal uzmanı veya acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince verilmesi** ve onaylanması zorunludur.

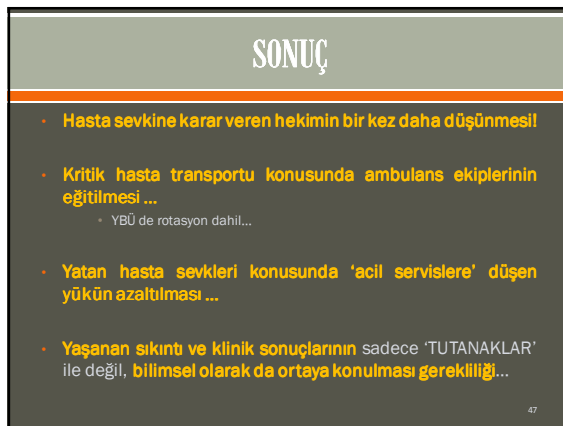
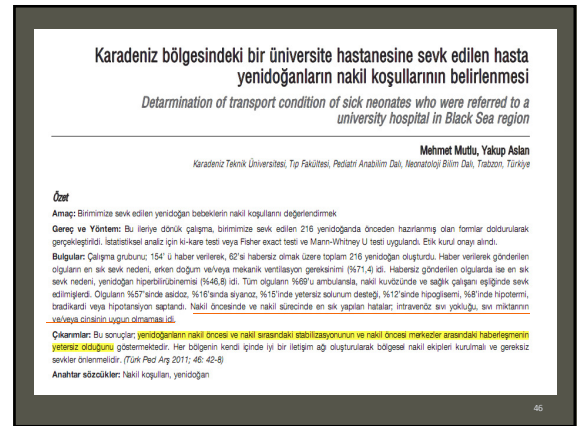
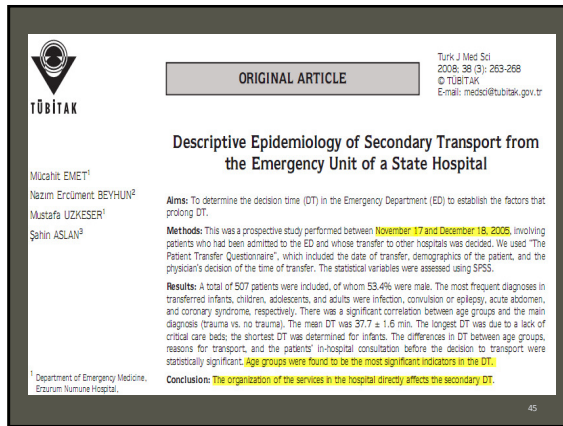
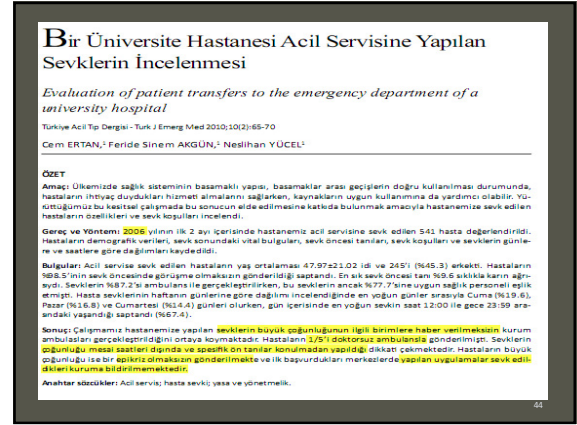
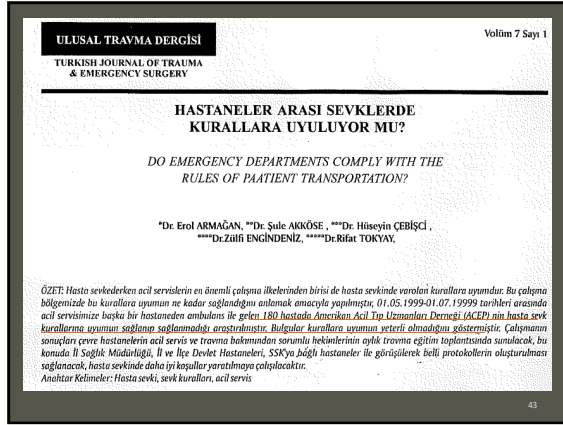
41

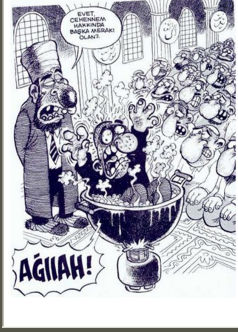
Sağlık Bakanlığından:
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ

15 (4) ... hasta, hastanın tedavisinin gerçekleştirileceği bir sağlık tesisine kabulü sağlanana kadar **sevki yapan sağlık tesisinin sorumluluğunda** ...

16 (1) ... gerekli koordinasyon sağlanmadan ve uygun şartlar oluşturulmadan, **uygunsuz olarak** yapılan sevklerin önüne geçilebilmesi ve acil vakayı kabul etmeyen sağlık tesisleri için; müdürlükçe **ASKOM bünyesinde Sevk Değerlendirme ve Denetleme Komisyonu** ...

42





SORU
VE
KATKILARINIZ