

Üniversite hastanelerinde acil servis kalabalığı çözülebilir mi?

Panel : 16:30-18:00 25 Mayıs Cumartesi
Acil Servis Kalabalığı / Acil servis çok kalabalık

Doç.Dr. Özgür Söğüt

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Sunu planı

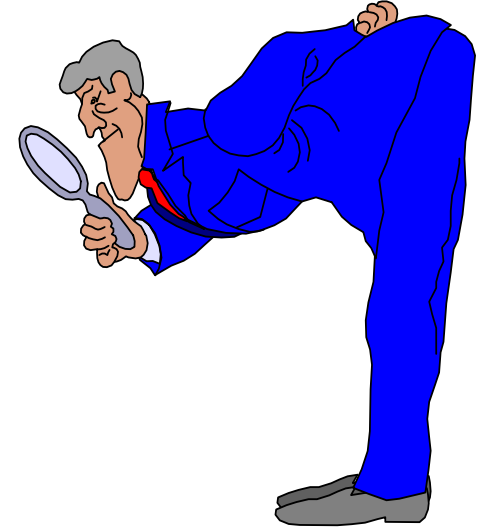
2



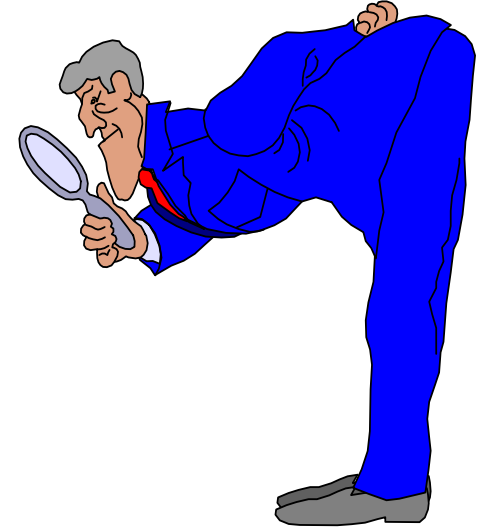


Acil servis-
kalabalık”

Acil servis ile ilgili “EN”’ler



Acil servis ile ilgili “EN”ler



Kalabalık nedir?

6



Kalabalık çeşitleri

7

İrade Kalabalığı: Belli bir konuyu ifade etmek için bir araya gelen insanlardan oluşur. Örnek; tiyatro spor etkinlikleri dans partileri verilebilir.

Dinleyici Kalabalıkları: Etkilenme düzeyi yüksek olan; konser konferans basın açıklaması gibi etkinliklerde oluşur.

Dini Hizmetlere Yönelik Kalabalıklar: Tarikat mensupları veya camilerde dini vecibeleri yerine getirmek için toplanan insanların oluşturduğu kalabalık türüdür.

Önceden Planlanmış Toplantılar: Derneklerin düzenlediği etkinlikler bu gruba girer. Siyasi parti toplantıları örnek olarak verilebilir.

Kızgın Kalabalıklar: Aniden oluşan etrafa zarar veren tepki gösteren isyan eden insanların oluşturduğu kalabalık çeşididir.

Acil servis kalabalığı

8

Standart bir tanımı yok.

ACEP, 2002 "Mevcut acil servis olanaklarının acil servise başvuran hastaların temel ihtiyaçlarını karşılamadaki yetersizliği" olarak tanımlamıştır.



Güncel tanım

Rabin E, Kocher K, McClelland M, et al. Solutions to emergency department 'boarding' and crowding are underused and may need to be legislated. Health Aff (Millwood) 2012;31(8):1757-66.

Acil servise başvuran hastaların, acil servis koridorları içinde ve/veya sedye üzerinde saatlerce veya günlerce tutma uygulaması "yatılı-boarding" acil servis kalabalığına (crowding) neden olur ve hastalar için zararlı olabilir.

Acil Servis Kalabalığı

10

Dünyada
Durum
Ne?

Dünyanın pek çok ülkesinde (ABD, Kanada, Avustralya, İspanya, İngiltere, Hong-Kong..) acil servis kalabalığı; acil sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürerek hasta güvenliğini tehdit etmekte ve insanların acil sağlık hizmetlerine ulaşımını zorlaştırmaktadır.



Tüm dünyada artan problem

Emergency Department Crowding in California: A Silent Killer?

Jesse M. Pines, MD, MBA

0196-0644/\$-see front matter

Copyright © 2013 by the American College of Emergency Physicians.
http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.12.016

SEE RELATED ARTICLE, P. ■■■■.

[Ann Emerg Med. 2013;■■■:■■■-■■■.]

In this issue of *Annals*, Sun et al.¹ report on the association between emergency department (ED) crowding and 3 important outcomes—mortality, hospital length of stay, and costs—in a broad cohort of admissions in 187 California hospitals in 2007.¹ Patients admitted on days with high crowding, measured as the top quartile of ambulance diversion, had a 5% higher chance of death, an almost 1% longer hospital stay, and 1% higher costs per admission, after adjusting for other factors. The estimate of the human and financial costs attributable to ED crowding was 300 additional inpatient deaths, 6,200 excess hospital days, and \$17 million extra.

Circa 2013, walk into the average large, inner-city, US hospital ED on a Monday afternoon, California or not, and the typical scene is a packed waiting room with hallways lined with sick and injured patients. Admitted patients are boarding for hours, many left untended or certainly not carefully watched, while harried staff scurry frantically to treat new, potentially ill patients.

To the average emergency care provider, the harmful effect of this daily dysfunction found in the authors' article probably comes as no big surprise.

But the first reports of crowding in US EDs emerged in the

THE X PROBLEM: CROWDING EXPOSURE

Despite years of research, there still is no criterion standard for measuring crowding in the ED. Early reports relied on subjective assessments, whereas more recent studies have used objective measures of ED census, such as the occupancy rate.² However, all crowding measures suffer from the fact that patients spend long periods in the ED: they may arrive at a crowded ED at 5 PM but ultimately depart the ED at 5 AM the next day, when crowding has mostly dissipated, or the opposite may happen. Is their patient-level exposure to crowding the state of the ED when they arrived or left, or perhaps an average?

The study by Sun et al.¹ uses an even less perfect crowding exposure, a high level of daily diversion for an individual hospital. This was done by linking reports of diversion with claims data, no small feat, which may further explain why this relationship has not been reported on previously. However, although this clever technique does allow the comparison of hospitals on more crowded days to less crowded days, as measured by the number of diversion hours, it assigns the same crowding exposure to the patient who arrives at 3 AM as the patient who arrives at 3 PM.

Indeed, nighttime ED crowding is very different from daytime crowding because daily crowding tends to follow a sinusoidal pattern.⁴ Another recent study found that the intraday variation in ED crowding was nearly 10 times the between-day variation, so any day-level crowding exposure is limited.⁵

Perceptions of Emergency Department Crowding in the Commonwealth of Pennsylvania

Jesse M. Pines, MD, MBA, MSCE*
Joshua A. Isseman, MS†
John J. Kelly, DO‡

* George Washington University Medical Center, Departments of Emergency Medicine and Health Policy, Washington, DC

† Sackler School of Medicine, Tel Aviv, Israel

‡ Albert Einstein Medical Center, Department of Emergency Medicine, Philadelphia, Pennsylvania

Supervising Section Editor: Jeremy J. Hess, MD

Submission history: Submitted January 1, 2011; Revision received April 10, 2011; Accepted May 23, 2011

Full text available through open access at http://escholarship.org/uc/uciem_westjem

DOI: 10.5811/westjem.2011.5.6700

Introduction: The state of emergency department (ED) crowding in Pennsylvania has not previously been reported.

Methods: We assessed perceptions of ED crowding by surveying medical directors/chairs from Pennsylvania EDs in the spring of 2008.

Results: A total of 106 completed the questionnaire (68% response rate). A total of 83% (86/104) agreed that ED crowding was a problem; 26% (27/105) reported that at least half of admitted patients boarded for more than 4 hours. Ninety-eight percent (102/104) agreed that patient satisfaction suffers during crowding and 79% (84/106) stated that quality suffers. Sixty-five percent (68/105) reported that crowding had worsened during the past 2 years. Several hospital interventions were used to alleviate crowding: expediting discharges, 81% (86/106); prioritizing ED patients for inpatient beds, 79% (84/106); and ambulance diversion, 55% (57/105). Almost all respondents who had improved ED operations reported that it had reduced crowding.

Conclusion: ED crowding is a common problem in Pennsylvania and is worsening in the majority of hospitals, despite the implementation of a variety of interventions. [West J Emerg Med. 2013;14(1):1–10.]

Acil Servis Kalabalığı

13



Ülkemizde
Durum
Ne?



Akademik Acil Tıp Dergisi CINAHL, Gale/Cengage Learning, EBSCO, DOAJ, ProQuest, Tübitak/ULAKBİM Türk Tıp Dizini ve Index Copernicus tarafından indekslenmektedir.

ACİL TIP UZMANLARI DERNEĞİ

Anasayfa

Bakü Sempozyum

Dergilerimiz

Acil Tıp Okulu (ATOK)

ATA Meclisi

Dernek Hakkında

Komisyonlar

Çalışma Grupları

Dökümanlar

Video Sunumlar

Kongre

Kurslar

Etkinliklerimiz

Sempozyum

Foto Galeri

İletişim

Acil Servis



Dr. Cuma YILDIRIM



Acil Servis: Ekmek kapımız...

Acil Servis: Geceleri sıkıldıkça gidilecek en güvenli yer...

Acil Servis: Yazları serin, kışları sıcak...

Acil Servis: Hastanedeki her türlü sahipsiz hastanın son durağı...

Acil Servis: Kimsesizlerin kimsesi...

Acil Servis: Her türlü hastanın canı sıkıldıkça baş vuracağı mekan...

Acil Servis: Misafirlük dönüşü uğranıp toplu tansiyon ölçtürme merasimlerinin yapıldığı yer...



ÜYE GİRİŞİ

Mail Adresiniz:

Şifreniz:



Beni Hatırla

GİRİŞ

ŞİFRE HATIRLAT

KAYIT

CUMHURBAŞKANIMIZIN
MESAJI



TEŞEKKÜR
MEKTUPLARI



YAZARLAR

Arş. Gör. Dr. M.
Murat OKTAY



Basında acil servis

Adana'da morgdan cesedi alıp acil servisi bastılar

Acil serviste panik dolu anlar...

[Flaş haber! 7.500 TL ihtivaç Kredisi ayda 250TL taksitle. Hemen başvuru!](#)

03.01.2013 - 17:00

[Tweat](#)



Yaşadığını ileri sürdükleri kişinin cesedine müdahale edilmesini isteyen öfkeli kalabalık, hastane görevlilerine saldırdı. Hastanenin güvenlik kamerasına yansıyan olayla ilgili savcılığa suç duyurusunda bulunuldu.

ÖLDÜ RAPORU VERİLİNCE MORGA KALDIRILDI

Havutlu mahallesinde meydana gelen kazada, drenaj kanalına uçan kamyonetten 3 kişinin cesedi çıkarıldı. Olay yerine gelen 112 Acil sağlık ekiplerinin "öldü" diye rapor verdiği kişilerin cenazeleri oaset torbalarına konularak morga kaldırıldı.

NABZI ATIYOR DEYİP ACİL SERVİSİ BASTILAR

Ancak onlardan biri olan Selahattin Malgîr'in yakınları, iddiaya göre, morgda ceplerindeki eşyaları almak isterken bir anda nabzının attığını fark etti. Ve işte hastane kameralarına da yansıyan bu koşuşturma başladı. Onlarca insan, cenazeyi koydukları demir tabutla birlikte hastanenin Acil Servisi'ni bastı. Görüntüler burada biraz bozulsa da yaşanan arbede anbean kameralara vansıdı.

Uludağ Üniversitesi'nde gerginlik: 2 yaralı



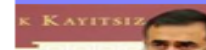
Dolmuşlarda par dönemi bitiyor



Atatürk hevkeline çalılıp satacaklardı



Eski müftüden TBMM'de cami tartışması





Urfa, Bu Olayı Konuşuyor!

25 Haziran 2010 Cuma 17:30

Öldü diye gömülen şahıs mezardan sağ çıktı, hastanede yeniden vefat etti İZLE

Bundan sonrasını ise İbrahim Halil Acaba'yı mezardan çıkartan belediye işçisi Memet Çolak şu şekilde anlattı: "Arakadaşlarla mezarı kazdık. Rahmetliyi mezarın içinde oturur şekilde buldum. Burnundan kan gelmişti. Ortadoğu Sağlık Merkezi'ne götürdük. Orada bize Acaba'nın hayatını kaybettiğini söylediler." Acaba'nın bugün, öğle namazından sonra tekrar toprağa verileceği belirtildi.



İHA HABER AJANSI WEB SİTESİNDEN URFA'DA Kİ BU GARİP OLAYLA İLGİLİ 1.5 SAAT İÇİNDE İKİ FARKLI HABER GEÇTİ! İŞTE İLKİ:

25 Haziran 2010 Cuma 14:00

Öldü diye gömdüler, mezarda otururken buldular

Şanlıurfa'da hayatını kaybeden İbrahim Halil Acaba (35) gömüldüğü mezardan bir gün sonra canlı çıktı. Dün kalp krizi geçirerek hayatını kaybeden Acaba'nın, öğle namazından sonra Onikiler Mahallesi Mezarlığı'na gömüldüğü belirtildi.

GazeteHabertürk'ün haberine göre; Acaba ailesi, oğulları için kurdurduğu taziye evinde gün boyu dualar etti. Aile fertleri, yaşanan olayı şöyle anlattı:

"Mevtanın halası dua okumak için, bir gün sonra yeğenin mezarına gitti. Ancak mezardan gelen sesleri duyunca irkilip, doğrucu bizim yanımıza taziye evine geldi. Biz de belediyeye haber verdik. Ekiplerle mezara gittik."

'Cenaze dirildi' diye mezardan çıkarttılar!

25 Haziran 2010 Cuma 15:32

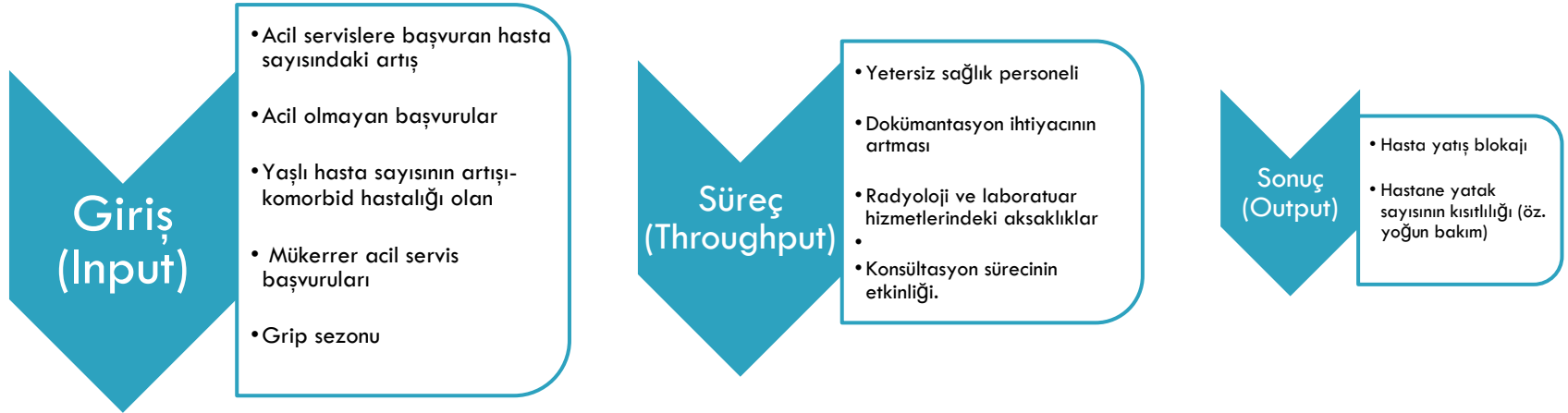
ŞANLIURFA -İHA- Şanlıurfa'da geçirdiği kalp krizi sonucu hayatını kaybeden şahsın cenazesi yakınları tarafından 'yaşıyor' iddiasıyla mezardan çıkarıldı. Öldü diye mezara konulan, yaşıyor diye mezardan çıkartılan İsa Acaba (37) isimli şahsın kaldırıldığı hastanede ölü olduğu tespit edildi.

Edinilen bilgiye göre, geçirdiği kalp krizi sonucu hayatını kaybeden İsa Acaba (37) isimli şahsın cenazesi yapılan işlemlerin ardından Harran Kapı Mezarlığında toprağa verildi. Defin işleminin üzerinden henüz 24 saat geçmeden ölen 'şahsın dirildiğini' iddia eden yakınları, yaşıyor diyerek mezarı açtırdı. Mezardan yaşıdığı iddiasıyla kefen içinde çıkartılan şahsın cenazesi, kaldırıldığı OSM Ortadoğu Hastanesi'nde ölü olduğu tespit edildi. Bu arada çevredeki vatandaşlar cenazenin çıkarılışını büyük bir şaşkınlık içerisinde izlerken, cenazenin götürülmesinin ardından vatandaşlar uzun süre mezarlığı meraklı gözlerle inceledi.

Şahsın ölüm kağıdını alan mezarlık görevlisi Naif Poyraz, "Dün cenaze yakınları gelip bize yeri gösterdiler. Bizde mezarını açtık. Mezarı açtıktan sonra ölüm kağıdını sorduk, ölüm kağıdını istedik. Ölüm kağıdını bize verdiler. Sonra cenazeyi getirip defnettiler. Biz mezarlığın öbür bölümünde işçilerle beraber kontrol ediyorduk. Bir vatandaş bize geldi. İlerde bir mezarın kazıldığını ve cenazenin çıkarıldığını söyledi. Bizde hemen geldik cenazeyi çıkarıp götürmüştük. Ben cenazeyi görmedim. Cenaze yaşıyor muydu yaşamıyor muydu görmedim" dedi. Şahsın cenazesi otopsi için Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi morguna kaldırıldı. Olayla ilgili soruşturma sürüyor.



Nedenleri





Administration of Emergency Medicine

MODELS FOR IMPROVING PATIENT THROUGHPUT AND WAITING AT HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENTS

Jordan Akyas Paul, PhD^a and Li Lin, PhD^b

^aDepartment of Economics, Finance and Quantitative Analysis, Kennesaw State University, Kennesaw, Georgia and ^bIndustrial and Systems Engineering, University at Buffalo, Buffalo, New York

Reprint Address: Jordan Akyas Paul, PhD, Department of Economics, Finance and Quantitative Analysis, 66341 Gates College of Business, Kennesaw State University, Kennesaw, GA 30144

D Abstract—Background: Overcrowding diminishes Emergency Department (ED) care delivery capabilities. **Objectives:** We developed a generic methodology to investigate the causes of overcrowding and to identify strategies to resolve them, and applied it in the ED of a hospital participating in the study. **Methods:** We utilized Discrete Event Simulation (DES) to capture the complex ED operations. Using DES models, we developed parametric models for checking the effectiveness and quantifying the potential gain from various improvement alternatives. We performed a follow-up study to compare the outcomes before and after the model recommendations were put into effect at the hospital participating in the study. **Results:** Inefficient physician during peak hours, the slow process of admitting patients to inpatient floors, and laboratory and radiology test turnaround times were identified as the causes of reduced ED throughput. Addition of a physician resulted in a time of 18% reduction in the ED patient discharge patient length of stay. **Conclusion:** The case study results demonstrated the effectiveness of the generic methodology. The research contributions stem in patient throughput and waiting time at the hospital participating in the study. © 2012 Elsevier Inc.

D Key words—discrete event simulation (DES); ED overcrowding; patient throughput; length of stay

INTRODUCTION

Overcrowding diminishes the ability of the Emergency Department (ED) to provide immediate access and stabilization to those patients who have an emergent medical condition (1). Increased ED patient length of stay (LOS) across hospitals in the United States is a very good indicator of this ever-growing problem (1). It has led to heightened patient and staff frustration and a surge in the risk for poor medical outcomes and unnecessary high costs (1,2).

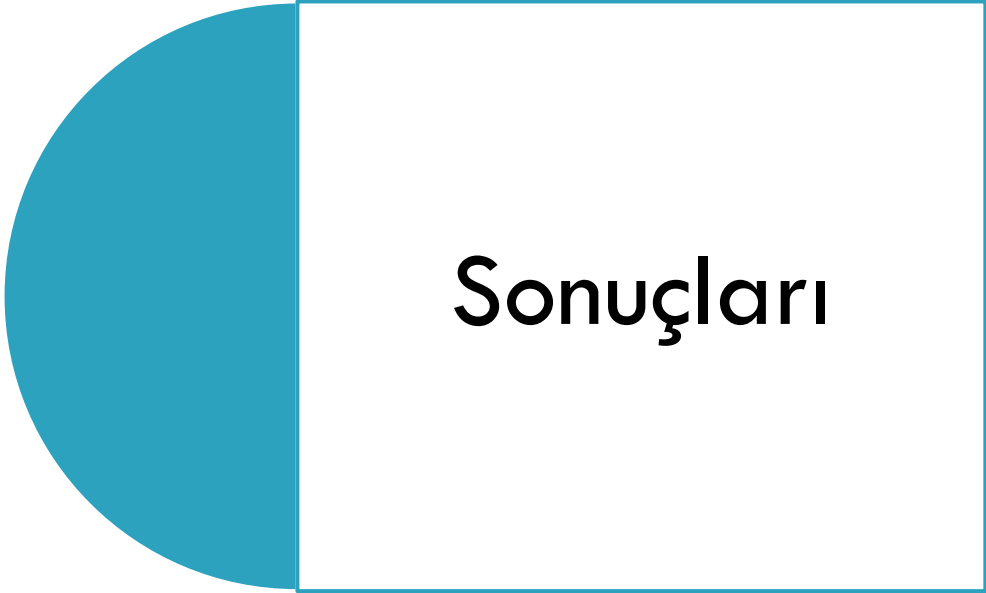
Inability to transfer admitted patients to inpatient beds has been reported to be the most common cause of ED overcrowding (2,3). Long waits in charge, delays in testing or obtaining test results, waiting for the physician, and shortage of nursing staff are among other issues identified in similar studies (4–6). Strategies proposed to overcome these problems are needed. For example, Finamore and Tande recommended the creation of satellite clinics for reducing ED wait times (7). This satellite clinic would take care of patients returning for follow-up diagnosis or treatment who thus would not use up ED resources. Tarnate et al. suggested that inpatient flow could be improved by closing the waiting room and instead sending patients directly to a stretcher or a chair inside the ED (8).

Appendices that accompany this article are available in the web version posted on the journal website www.jem-journal.com.

RECEIVED: 13 February 2011; FINAL REVISION RECEIVED: 11 July 2011; ACCEPTED: 19 January 2012

Günümüzde akademik acil
servislerde acil servis
kalabalığının en çok bildirilen
nedeni yatış endikasyonu
konulmuş acil servis hastalarının
hastane yataklarına
yatırılamamasıdır

Spence D. Who's to blame for overcrowding in accident and emergency
departments? BMJ. doi: 10.1136/bmj.f2871.



Sonuçları



Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients

Benjamin C. Sun, MD, MPP, Renee Y. Hsia, MD, Robert E. Weiss, PhD, David Zingmond, MD, Li-Jung Liang, PhD, Weijuan Han, MS, Heather McCreath, PhD, Steven M. Asch, MD

From the Department of Emergency Medicine, Oregon Health and Science University, Portland, OR (Sun); the Department of Emergency Medicine, University of California, San Francisco, CA (Hsia); the Department of Biostatistics, School of Public Health (Weiss), and Department of Medicine (Zingmond, Liang, Han, McCreath), University of California, Los Angeles, CA; and the VA-Palo Alto Health Care System and Stanford University School of Medicine, Palo Alto, CA (Asch).

Study objective: Emergency department (ED) crowding is a prevalent health delivery problem and may adversely affect the outcomes of patients requiring admission. We assess the association of ED crowding with subsequent outcomes in a general population of hospitalized patients.

Methods: We performed a retrospective cohort analysis of patients admitted in 2007 through the EDs of nonfederal, acute care hospitals in California. The primary outcome was inpatient mortality. Secondary outcomes included hospital length of stay and costs. ED crowding was established by the proxy measure of ambulance diversion hours on the day of admission. To control for hospital-level confounders of ambulance diversion, we defined periods of high ED crowding as those days within the top quartile of diversion hours for a specific facility. Hierarchic regression models controlled for demographics, time variables, patient comorbidities, primary diagnosis, and hospital fixed effects. We used bootstrap sampling to estimate excess outcomes attributable to ED crowding.

Results: We studied 995,379 ED visits resulting in admission to 187 hospitals. Patients who were admitted on days with high ED crowding experienced 5% greater odds of inpatient death (95% confidence interval [CI] 2% to 8%), 0.8% longer hospital length of stay (95% CI 0.5% to 1%), and 1% increased costs per admission (95% CI 0.7% to 2%). Excess outcomes attributable to periods of high ED crowding included 300 inpatient deaths (95% CI 200 to 500 inpatient deaths), 6,200 hospital days (95% CI 2,800 to 8,900 hospital days), and \$17 million (95% CI \$11 to \$23 million) in costs.

Conclusion: Periods of high ED crowding were associated with increased inpatient mortality and modest increases in length of stay and costs for admitted patients. [Ann Emerg Med. 2012;xx:xxx.]

Please see page XX for the Editor's Capsule Summary of this article.



Çözüm önerileri

Acil servis kalabalığı sadece acil servisin değil, tüm hastanenin sorunu.

Kurum yöneticileri acil servisin savunucuları olmalıdır.

Hastane yönetimi hasta akışının iyileştirilmesinin öncelikli olduğunun kesin mesajını vermeli

Hasta başında test (Point-of-Care Test)

Gozlem Uniteleri (Observation Units)

Doktor Triağı

Elektif Cerrahilerin İptali

Diğer; ek sağlık personeli (hemşire ve yardımcı sağlık personeli, laboratuvar ve radyoloji hizmetleri)

Use of a Comprehensive Metabolic Panel Point-of-Care Test to Reduce Length of Stay in the Emergency Department: A Randomized Controlled Trial

Ji Yeon Jang, MD; Sang Do Shin, MD, PhD; Eui Jung Lee, MD; Chang Bae Park, MD; Kyoung Jun Song, MD; Adam J. Singer, MD

Study objective: *Awaiting results from laboratory testing may sometimes be a rate-limiting step in emergency department (ED) throughput prolonging length of stay and contributing to crowding. We determine whether introduction of a comprehensive metabolic panel point-of-care test can reduce ED length of stay compared with traditional central laboratory testing.*

Methods: *We performed a randomized, controlled trial among 10,244 noncritically ill ED patients aged 15 years and older whose physicians ordered a comprehensive metabolic panel at a single, large, academic, urban medical center. Participants were randomly assigned to performance of a comprehensive metabolic panel by a point-of-care test (n=5,154) or central laboratory testing (n=5,090). The primary outcome was length of stay in the ED.*

Results: *A point-of-care test reduced median ED length of stay among all study patients by 22 minutes (median 350 minutes [interquartile range 206 to 1,002 minutes] with point-of-care test versus median 372 minutes [interquartile range 217 to 1,150 minutes] with central laboratory testing; median difference 22 minutes; 95% confidence interval [CI] 4 to 40 minutes). A point-of-care test also reduced ED length of stay in patients discharged to home (256 versus 268 minutes; median difference 12 minutes; 95% CI 2 to 22 minutes) and with an Emergency Severity Index triage level of 3 (333 versus 355 minutes; median difference 22 minutes; 95% CI 4 to 40 minutes).*

Conclusion: *Use of a point-of-care test for a comprehensive metabolic panel reduced ED length of stay compared with central laboratory testing in the adult ED of a single academic center. [Ann Emerg Med. 2013;61:145-151.]*

Please see page 146 for the Editor's Capsule Summary of this article.

A feedback survey is available with each research article published on the Web at www.annemergmed.com.
A podcast for this article is available at www.annemergmed.com.

0196-0644/\$-see front matter
Copyright © 2012 by the American College of Emergency Physicians.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.07.021>



Administration of Emergency Medicine

MODELS FOR IMPROVING PATIENT THROUGHPUT AND WAITING AT HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENTS

Jonathan Jaynes Paul, PhD^a and Li Lin, PhD^b

^aDepartment of Economics, Finance and Quantitative Analysis, Hiram College University, Hiram, Georgia and ^bIndustrial and Systems Engineering, University at Buffalo, Buffalo, New York
Present Address: Jonathan Jaynes Paul, PhD, Department of Economics, Finance and Quantitative Analysis, 663-41 Corbett College of Business, Hiram College University, Hiram, GA 30144

□ Abstract—Background: Overcrowding diminishes Emergency Department (ED) care delivery capabilities. **Objectives:** We developed a generic methodology to investigate the causes of overcrowding and to identify strategies to resolve them, and applied it in the ED of a hospital participating in the study. **Methods:** We utilized Discrete Event Simulation (DES) to capture the complex ED operations. Using DES results, we developed parametric models for checking the effectiveness and quantifying the potential gains from various improvement alternatives. **We performed a follow-up study to compare the outcomes before and after the model recommendations were put into effect at the hospital participating in the study. Results:** Insufficient physicians during peak hours, the slow process of admitting patients to inpatient floors, and laboratory and radiology test turnaround times were identified as the causes of reduced ED throughput. **Addition of a physician resulted in an almost 18% reduction in the ED Main discharged patient length of stay.** **Conclusion:** The case study results demonstrated the effectiveness of the generic methodology. The research contributions were validated through statistically significant improvements seen in patient throughput and waiting time at the hospital participating in the study. © 2012 Elsevier Inc.

Appendix that accompany this article are available in the web version posted in the journal website: www.elsevier.com.

RECEIVED: 13 February 2011, FINAL REVISION RECEIVED: 11 July 2011, ACCEPTED: 19 January 2012

1110

The Journal of Emergency Medicine, Vol. 43, No. 4, pp. 1110–1126, 2012
Copyright © 2012 Elsevier Inc.
All rights reserved.
0362-8186/12/\$ - see front matter

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.01.003>

□ Abstract—Background: Overcrowding diminishes Emergency Department (ED) care delivery capabilities. **Objectives:** We developed a generic methodology to investigate the causes of overcrowding and to identify strategies to resolve them, and applied it in the ED of a hospital participating in the study. **Methods:** We utilized Discrete Event Simulation (DES) to capture the complex ED operations. Using DES results, we developed parametric models for checking the effectiveness and quantifying the potential gains from various improvement alternatives. **We performed a follow-up study to compare the outcomes before and after the model recommendations were put into effect at the hospital participating in the study. Results:** Insufficient physicians during peak hours, the slow process of admitting patients to inpatient floors, and laboratory and radiology test turnaround times were identified as the causes of reduced ED throughput. **Addition of a physician resulted in an almost 18% reduction in the ED Main discharged patient length of stay.** **Conclusion:** The case study results demonstrated the effectiveness of the generic methodology. The research contributions were validated through statistically significant improvements seen in patient throughput and waiting time at the hospital participating in the study. © 2012 Elsevier Inc.

□ Keywords—discrete event simulation (DES); ED crowding; patient throughput; length of stay

INTRODUCTION

Overcrowding diminishes the ability of the Emergency Department (ED) to provide immediate access and stabilization to those patients who have an emergent medical condition (1). Increased ED patient length of stay (LOS) across hospitals in the United States is a very good indicator of this ever-growing problem (1). It has led to heightened patient and staff frustration and a surge in the risk for poor medical outcomes and unnecessarily high costs (1,2).

Inability to transfer admitted patients to inpatient beds has been reported to be the most serious cause of ED overcrowding (2,3). Long waits in triage, delays in testing or obtaining test results, waiting for the physician, and shortage of nursing staff are among other issues identified in similar studies (4–6). Strategies proposed to overcome these problems are varied. For example, Finamore and Turris recommended the creation of satellite clinics for reducing ED wait times (7). This satellite clinic would

ACİL SERVİSLERDE YENİ DÖNEM

TEBLİĞ

Sağlık Bakanlığından:

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

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Tebliğin amacı; yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan acil servis hizmetlerinin çağın gereklerine, günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak geliştirilmesi maksadıyla, acil servislerin personel ve hizmet kıstasları, fiziki şartları, ulaşım, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartlarını belirlemek, 112 Acil Sağlık Hizmetleri ile etkin bir koordinasyon sağlamak, acil servisleri yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölgenin şartlarına göre seviyelendirerek yeniden yapılandırılmalarını sağlamak, hasta triyajı ve renk kodu sisteminin uygulama esaslarını göstermek ve bu birimlerde yürütülecek nöbet hizmetlerine ilişkin uygulama usul ve esaslarını belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Tebliğ, Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, belediyelere ve diğer kamu kuruluşlarına ait, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm yataklı sağlık tesisleri ile buralarda görev yapan personeli kapsar.

(2) Özel sağlık tesisleri, 27/3/2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinin acil servislere ilişkin hükümleri saklı kalmak kaydıyla bu Tebliğ hükümlerine tâbidir.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Tebliğ, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine, 13/1/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine, 11/5/2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 15 inci maddesine, 26/6/2008 tarihli ve 26918 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 2008/13 sayılı Başbakanlık Genelgesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Acil servislere hasta kabul ve yatış işlemleri

MADDE 14 – (1) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri ve kuruluşları kendilerine başvuran veya ambulans ve sevkle getirilen tüm acil vakaları sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakmaksızın kabul etmek, 112 acil ambulansları tarafından getirilecek vakalar için KKM talimatlarına göre acil servislerini hazırlamak, ilk değerlendirme ve gerekli tıbbi müdahaleyi yapmak ve stabilizasyonu sağlamakla yükümlüdür. İleri tetkik ve tedavisi gereken hastaların diğer sağlık tesislerine sevk, 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 yapılması zorunludur.

(2) Acil servislere müracaat eden ancak herhangi bir nedenle geçerli kimlik belgesi, sağlık karnesi veya hasta sevk evrakı ibraz edemeyen hastaların kimlik bilgilerinin ve adresinin belirlenmesi, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi amacıyla Ek-8'deki Hasta Bilgilendirme Formu doldurulur. Bu hastalardan hiçbir surette senet veya taahhütname alınmaz.

(3) Acil servislere 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 sefi 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

33

- Acil servis kalabalığının en önemli nedeni yatış bekleyen hastaların birikmesidir.
- **YATIŞ SORUNU...**
- Çözüm olarak genelgeye katıksız uyulması
- **ETKİN BAŞHEKİMLİK-DEKANLIK İDARESİ ve ACİL TIP A.D YONETİMİNİN İŞBİRLİĞİ...**



***365 gün 24 saat durmaksızın çalışan fedakâr
insanlar topluluğu...***



**Teşekkür
Ederim...**