

Acil Servis Kalabalığı ve Çözüm Önerileri

Emergency Department Crowding and Possible Solutions

PELİN KARAÇAY*

Geliş Tarihi: 29.07.2010, Kabul Tarihi: 01.10.2010

ÖZET

Hastanelerde haftanın 7 günü, 24 saat hizmet veren acil servislere başvuran hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle hastalar muayene olmak için uzun süre beklemekte, durumu ciddi olan hastaların bakımları ertelenmekte, hasta güvenliği tehlikeye girmekte ve mortalitede artışlar görülmektedir. Acil servis kalabalığı için çeşitli çözüm önerileri mevcut olmakla birlikte, tüm hastanelerin kendi acil servis kalabalığının nedenlerini saptamaları sorunun çözümü için gereklidir. Ayrıca, maliyeti düşük ama etkinliği yüksek tam kapasite protokolü, erken taburculuk ve elektif cerrahi programlarının koordine edilmesi gibi çözüm önerileri ülkemizde de yararlı olabilecek yöntemler arasındadır.

Anahtar sözcükler: Acil servis; kalabalık; çözüm önerileri; nedenleri; sonuçları.

ABSTRACT

Hospital's emergency departments are open 24 hours a day, 7 days a week. The number of patients admitted to the emergency departments is increasing day by day. Therefore patients are waiting longer to be seen, care of patients with severe conditions is being delayed, patients' safety is at risk and observed mortality is increased. Although there are a variety of solutions for the emergency department crowding, all hospitals should determine their emergency department crowding reasons to solve the problem. In addition, in order to solve this problem low-cost but highly effective solutions such as full capacity protocol, early discharge and coordinating programs for elective surgery can be helpful in our country.

Key words: Emergency department; overcrowding; possible solutions; reasons; consequences.

A cil servis kalabalığı ülkemizde ve dünyada sağlık bakım kalitesini etkileyen, mortalite ve morbiditeyi artırma gibi ciddi sonuçları olan bir halk sağlığı sorunudur. [1-3] Son yıllarda konferanslarda, akademik ortamlarda ve tıp dünyasında çok tartışılan bu sorun acil servislerin yeni hastalığı ya da krizi şeklinde adlandırılmaktadır. [1-6]

Acil servislere başvuran hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. [7-10] Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ulusal istatistiklerine göre 1996 yılında acil servislere başvuran hasta sayısı 90.3 milyon iken, 2006 yılında bu oran 119.2 milyona yükselmiş ve her yıl acil servislere başvuran hasta sayısında yaklaşık olarak

2.9 milyonluk bir artış görülmüştür. [7] Ülkemizde ise acil servislere başvuran hasta sayısı ile ilgili bir istatistik bulunmamakla birlikte, polikliniklere başvuran hasta sayılarına bakılarak acil servis başvurularında da bir artış olduğu sonucuna varılabilir. Buna göre 2002 yılında polikliniklere 124 milyon, 2006'da 217 milyon, 2008'de ise 274 milyon hasta başvurmuş ve iki yılda polikliniklere başvuran hasta sayısında 54 milyonluk bir artış görülmüştür. [9]

Acil servis kalabalığı yeni bir konu değildir. 1980'lerin başında yayınlanan New York raporu, acil servislere başvuran hasta sayısında bir artış olacağını bildirmiş, 1987 yılında da acil servislerin kalabalığı ile ilgili eyalet çapındaki ilk konferans

* P Karaçay, Uzm. Hem.
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Okutman
Güzelbahçe Sokak, No: 20 34365, Nişantaşı/İstanbul
Tel.: 0 212 311 26 00- 36 07
Faks: 0 212 311 26 02
e-posta: pkaracay@ku.edu.tr

yapılmıştır.^[3] Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (The Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations =JCAHO) 2003 yılında acil servis kalabalığı ile ilgili önemli rehberler yayınlamış, ilk kez acil servis kalabalığı ve kalite arasındaki ilişkiyi tanımlamış ve acil servislerde yatış bekleyen hastalar konusunda plan yapılması çağrısında bulunmuştur.^[3,10] Yine aynı kuruluş 2005 yılında hasta akışı yönetimi üzerine bir standart geliştirmiş ve acil servis kalabalığını kamu politikası girişimi için üçüncü konu olarak seçmiştir.^[11]

Acil Servis Kalabalığının Tanımı

Acil servis kalabalığının evrensel olarak kabul edilen bir tanımı olmamakla birlikte Amerikan Acil Hekimler Birliği (American College of Emergency Physicians =ACEP) 2002 yılında acil servis kalabalığını “acil hastaların temel ihtiyaçlarını mevcut kurumsal kaynaklarla karşılamadaki yetersizlik” şeklinde tanımlamıştır.^[1,12] Acil servis kalabalık olması; servise hasta kabul edememe, koridorda hasta bakma, ambulans kabul etmeme ya da başka yere yönlendirme, yatak yokluğu nedeniyle acil serviste hasta birikmesi, hastalara uygun olmayan standartlarda bakım vermek demektir.^[6,9] Acil servisin doluluk oranı %100'den fazla ise bu, herkes için kalabalık olduğu anlamına gelir.^[3]

Acil Servis Kalabalığının Nedenleri

Acil servislere olan hasta başvurularının artmasında etkili birçok faktör vardır. İnsan ömrünün uzamasıyla birlikte artan kronik hastalıklar, çalışan hemşire, hekim ve diğer personel sayısındaki eksiklikler, acil olmayan hasta başvuruları, birinci basamak sağlık kuruluşlarına ulaşmakta güçlük, sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik, bazı hekimlerin hastaları acil servislere sevk etme çabaları, randevu ile yapılacak tetkikleri acilde daha hızlı yaptırma düşüncesi ve tekrarlayan gelişler acil servis başvurularını artırmaktadır.^[3,9] Bunların yanı sıra ülkemizde yeni çıkan “Sosyal Güvenlik Yasası” ile acil servislere başvuran hastalardan katkı payı alınmaması da acil başvurularını artıran önemli faktörlerden biridir.^[9]

Acil servislerin kalabalığının nedenleriyle ilgili yapılan ilk araştırmalar acil olmayan hasta başvuruları üzerinedir. Son yıllardaki araştırmalar ise yatak bekleyen hastalar üzerine odaklanmaktadır.^[6,12,13] Çünkü acil servis kalabalığının asıl nedeni acil olmayan hastalar değil, hastanede boş yatak olmaması nedeniyle acil servislerde bekleyen hasta sayısının çok olmasıdır. Yatış bekleyen bu hastaların çoğu günlerce acil servislerde beklemekte ve resüsitasyon gibi moral bozucu olaylara da tanık olabilmektedirler.^[6,12]

Acil Servis Kalabalığının Sonuçları

Acil servislerin kalabalık olduğu zamanlarda, hastalar muayene

olmak için uzun süre beklemekte, bakımlar ertelenmekte, ertelenen bakımlar uygulama hatalarını artırmakta, hasta güvenliğini tehlikeye sokmakta ve bakım kalitesini düşürmektedir. Bunlara bağlı olarak da mortalite ve morbidite artmaktadır.^[5,6,13-15] Ayrıca, kalabalık acil servislerde çalışan sağlık profesyonellerinin iş memnuniyetinin azalmasına ve çalışan devir hızının artmasına neden olmaktadır.^[14]

Mortalitede artma: Literatüre göre acil servis kalabalığı mortalitenin artması ile doğrudan ilişkilidir.^[3] Chalfin ve arkadaşları,^[16] 2000-2003 yılları arasında 50322 hasta ile yaptıkları bir araştırmada, yoğun bakım ünitesine yatışı yapılması gereken, ancak yatak yokluğu nedeniyle acil serviste takip edilen hastaları iki grupta incelemiştir. Birinci grubu acil serviste 6 saatten uzun süre, ikinci grubu ise 6 saatten daha kısa süre acil serviste takip edilen hastalar oluşturmuştur. Buna göre acil serviste 6 saatten uzun süre takip edilen hastaların hastanede kalma süreleri ortalama 7 gün ve yoğun bakımdaki mortalite oranları %10.7; acil serviste 6 saatten kısa süre takip edilen hastaların ise hastanede kalma süreleri ortalama 6 gün ve mortalite oranları da %8.4 olarak bulunmuştur. Ayrıca, bu grupların genel hastane mortalitelerine bakıldığında da, acil serviste 6 saatten uzun süre takip edilen hastaların mortalite oranı %17.4 ve ikinci grupta mortalite oranı %12.9 olarak bulunmuştur. Sprivulis ve arkadaşlarının^[17] retrospektif olarak yaptığı bir başka araştırmada da “Kalabalık Tehlike Ölçeği (Overcrowding Hazard Scale)” kullanılarak hastane ve acil servis kalabalığı ile mortalite arasındaki ilişki araştırılmıştır. Buna göre acil servis ve hastane kalabalığı ile mortalite arasında doğrudan bir ilişki olduğu; bunun nedeninin de kalabalığa bağlı olarak hastaların hekim tarafından görülme zamanının uzaması ve hastaların tedavilerinin gecikmesi olduğu belirtilmiştir.

Hasta güvenliğinin tehlikede olması: Acil servis kalabalığı hasta güvenliğini tehdit etmektedir.^[13,14] JCAHO'nun 2007'deki beklenmedik olay raporu, beklenmedik olayların yaklaşık %50'sinin acil servislerde meydana geldiğini ve bu olayların üçte birinin doğrudan kalabalık ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.^[18]

Bakımın ertelenmesi: Kalabalık, acil serviste bekleyen hastaların hekim tarafından görülme süresini uzatmakta ve bakımlarının ertelenmesine neden olmaktadır. Acil servislerde bekleme süresi son on yılda %33 oranında artış göstermiştir.^[3] ABD 2006 yılı ulusal istatistiklerine göre acil servise başvuran hastaların %2'si sağlık bakım çalışanları tarafından görülmeden acil servisten ayrılmış ve hekim tarafından görülme için beklenen ortalama süre 55.8 dakika yani yaklaşık bir saat olarak bulunmuştur.^[7] Bu durum tedavisi acil olan hastalar için ciddi risk oluşturmaktadır. Çünkü birçok hastalığın tedavisi doğrudan zamanla ilişkilidir. Geç teşhis, kalıcı hasarlara ya da ölümlere neden olabilmektedir.^[6,9] Pines ve arkadaşlarının^[19] yaptığı bir çalışma acil servisin kalabalık olduğu saatlerde akut koroner sendromlu hastalarda komplikasyon görülme oranının anlamlı

bir şekilde arttığını göstermiştir.

Johnson ve arkadaşları^[20] tarafından yapılan acil servislerden görülmeden ayrılan hastaları saptamaya yönelik bir çalışmada; 11147 hastadan 127'si (%1.1) bakım almadan acil servisten ayrıldıklarını, acil servisten ayrılmadan önce yaklaşık olarak 70 dakika beklediklerini ve %76.7'si acil servisten ayrılma nedenlerinin uzun süre beklemek olduğunu, %56.3'ü de acil servisten ayrıldıktan sonraki hafta boyunca da acil bakıma ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada, hastaların %65'i gelecekte aynı acil servisten bakım alacaklarını, %19.7'si bakım alabilme ihtimallerinin olduğunu, %15.3'ü de bakım almayacaklarını bildirmişlerdir.

Kalabalık acil servislerde ağrı yönetimi güçleşmekte ve hastalar daha uzun süre ağrı çekmektedirler. Hwang ve arkadaşları^[21] tarafından 50 yaş ve üzeri olan, kalça kırığı tanısı ile acil servise başvuran ve yatırılan 158 hastayla yapılan bir araştırma, acil servis %120'den fazla dolu olduğu zamanlar da ağrı değerlendirmelerinin daha az kayıt edildiğini ve hastaların analjezik almak için uzun süre beklediklerini göstermiştir. Pines ve arkadaşları^[22] tarafından yapılan bir başka retrospektif kohort araştırmasında, şiddetli ağrısı olan 13758 hastadan %49'una ağrı tedavisi uygulandığı, ağrı tedavisi uygulanan hastaların %59'unun triyajda ağrı tedavisi için en az bir saat bekledikleri, %20'sinin de odalarının ayarlanması sırasında ağrı tedavisi için bir saatten fazla bekledikleri belirlenmiş; acil servis kalabalığının şiddetli ağrısı olan hastaların tedavilerinin gecikmesine ve yönetilememesine neden olduğu sonucuna varılmıştır.

Pnömonili hastalarda antibiyotik başlama süresi kalite göstergesi olarak izlenen bir parametredir. Acil servisteki kalabalık nedeniyle bu hastalarda antibiyotik başlama süresi uzamaktadır.^[3,18] Fee ve arkadaşları^[23] tarafından yapılan bir çalışmada, acil servis kalabalık olduğu zamanlarda antibiyotiklerin uygulanma zamanının uzadığı belirlenmiştir.

Hasta memnuniyeti: Kalabalık acil servislerde hasta memnuniyetinin düşük olması kaçınılmaz bir sonuçtur.^[3] Pines ve arkadaşlarının^[24] yaptığı bir çalışmada hasta memnuniyeti ile acilde bekleme süresinin ilişkili olduğu, acilde bekleme süresi uzadığı zamanlarda hasta memnuniyetinin de azaldığı gösterilmiştir.

Bakım maliyetinin artması: Acil servislerde yatış için bekleyen hastaların hastanede kalış süreleri uzamakta ve bu sebeple de maliyet artmaktadır.^[3,7] Dolcourt ve arkadaşları,^[25] konjestif kalp yetmezliği olan, yatış için acil serviste 8 saatten kısa ve 8 saatten daha uzun bekleyen hastaların hastanede kalma süreleri ile bakım maliyetlerini kıyaslamışlardır. Buna göre, acil serviste 8 saatten uzun süre bekleyen hastaların bakım maliyetlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, 8 saatten kısa süre acil serviste bekleyen hastaların hastanede kalma süreleri ortalama 5.3 gün iken, yatış süresi 8 saatten uzun olan hastaların ise 8.5 gün olduğu bulunmuştur.

Acil Servis Kalabalığı İçin Çözüm Önerileri

Acil servis kalabalığı farklı nedenlerden kaynaklı, çözümü kolay olmayan bir sorun olmakla birlikte, birçok çözüm önerileri de

mevcuttur. ACEP 2007 yılında kalabalıklıkla ilgili düşük maliyetli ya da maliyetsiz çözümler üretecek bir grup oluşturmuştur. Bu grupta, acil servis kalabalığının etkileri üzerinde çalışan, çözüm önerileri üreten, hastane finansmanı hakkında bilgi sahibi olan ve kariyerlerinde kalabalıklıkla ilgili deneyimleri olan hekimler yer almaktadır.^[3] Ayrıca, Acil Hemşireler Birliği de (Emergency Nurses Association = ENA) "acil servis kalabalığı çalışma grubu" oluşturmuş ve bu grubun amaçlarını; acil servislerde yatış bekleyen hastalar için ulusal standartlar ve tanımlar geliştirmek olarak belirlemiştir.^[26]

Acil servis kalabalığı ile ilgili yüksek etkili çözümler olmakla birlikte^[3] etkisiz çözümler de mevcuttur. Tablo 1'de acil servis kalabalığı ile ilgili yüksek etkili ve diğer çözüm önerileri verilmiştir. Diğer yandan, acil servis yatak kapasitesini artırmak, yatan hasta katlarından taburcu olan hastalar için özel bölümler oluşturmak, hemşire-hasta oranı gibi bir oran koymak ve ambulansları reddetmek gibi uygulamaların acil servis kalabalığını çözmede etkisiz olduğu bilinmektedir.^[3,6,9]

Tablo 1: Acil Servis Kalabalığı İçin Çözüm Önerileri ^[6]

Yüksek etkili çözümler	Diğer çözümler
<ul style="list-style-type: none"> Tam kapasite protokolü Erken taburculuk Elektif ve cerrahi hastaların programlarının koordine edilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Yatak başı kayıt Hızlı bakım üniteleri Gözlem üniteleri Triyaj

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmetlerinin ihtiyaç ve talepler doğrultusunda daha etkin, kaliteli, ulaşılabilir, zamanında verilmesi ve acil servislere acil olmayan hasta başvurularının önlemek gibi amaçları olan "mesai dışı poliklinik uygulaması" adı altında 28 Ocak 2010 tarihinde yayınlanan genelgede polikliniklerin hafta içi saat 24:00'e kadar, hafta sonu da 08:00-24:00 saatleri arasında açık tutabileceğini ve bu polikliniklerde asistan hekimlerin görevlendirilebileceği belirtilmektedir.^[27] Acil servis yoğunluğunun tüm dünyadaki en büyük nedeninin yatış bekleyen hastalar olduğu düşünülecek olursa böyle bir çözümün etkinliği tartışmalıdır. Ayrıca, polikliniklerde görevli olacak asistan hekimlerin hangi uzmanlık dalına ilişkin poliklinik hizmeti vereceği ve bu hizmetin ne şekilde verileceği de tartışmaya açık bir konudur.

Yüksek Etkili Çözümler

Bu çözüm önerilerinin acil servis trafiğinin tıkanmasına neden olan yatak bekleyen hastalar sorununu çözdüğü veya azalttığı; bu nedenle maliyeti, mortalite ve morbiditeyi düşürdüğü kanıtlanmıştır.^[3] Tam kapasite protokolü, erken taburculuk, elektif ve cerrahi hastaların programının koordine edilmesi yüksek etkili çözümlerdir.^[3,6]

Tam kapasite protokolü: Hastane yatakları dolu olduğunda, yatış bekleyen hastaların acil servis dışında ve hastane içindeki servislerdeki koridorlara, konferans salonlarına taşınması şeklindeki basit ama etkili bir yaklaşımdır.^[3,6,15] Bu protokolle, yatış bekleyen hastaların yataklarının hazırlanması için daha az süre bekledikleri ve hastaların acilde beklemek yerine servislerdeki koridorlarda beklemeyi tercih ettikleri saptanmıştır.^[28]

2004-2008 yılları arasında, Viccellio ve arkadaşları^[15] tarafından yapılan retrospektif kohort çalışmasında, hastaların koridorlarda beklemesinin güvenli olduğunu ve standart yataklarda yatan hastaların mortalite oranının, koridorlardaki yataklarda bekleyen hastalara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Erken taburculuk: Yatan hasta katlarındaki taburcu olabilecek hastaların bir hekim tarafından dolaşılması ve öğleden önce taburcu edilmesidir. Bu, etkili ve ucuz bir yöntem olup araştırmalar hastaların öğleden önce taburcu edilmelerinin acil servis trafiğini rahatlattığını göstermiştir.^[3,6,10]

Acil servislerdeki hasta sayısı daha çok öğleden sonraları ve akşamları artmaktadır. Aynı şekilde ameliyathaneden servislere yatışlar da öğleden sonraları artış göstermektedir. Hastalar öğleden önce taburcu edilemez ise hastane yataklarının dolu olmasından dolayı, hastalar acil servislerde yatak açılmasını beklemekte ve bu sebeple acil servisler kalabalıklaşmaktadır. Bu yöntemin etkin olabilmesi için tüm hekimleri ve hemşireleri kapsayacak şekilde bir protokol hazırlanması ve uygulamanın da denetlenmesi gerekir.^[3,6,10] Taburculuk işlemleri zamanında yapılmaz ise öğleden sonraki doluluk oranının, akşamki doluluk oranından %20 daha fazla olduğu bildirilmiştir.^[3]

Elektif cerrahi hastaların programının koordine edilmesi: Hastanelerde ameliyatlar genellikle Pazartesi ile Cuma günleri arasında yapılır ve cerrahlar komplike hastalarını daha yakında takip edebilmek için hafta başında ameliyat ederler ve bu nedenle tüm kaynaklar ve yataklar bugünlerde kullanılır. Ameliyatlar eşit bir şekilde günlere paylaştırılır ve özellikle bazı vakalar cumartesi günleri ameliyata alınır ise acil servis yoğunluğunda bir rahatlama görülebilir.^[3,6]

Diğer Çözümler

Yatakbaşı kayıt, hızlı bakım üniteleri, gözlem üniteleri ve triyaj acil servis kalabalığı için diğer çözümlerdir.^[3,6]

Yatak başı kayıt: Trijaj yapmayarak ya da limitli triyaj uygulayarak hastanın kaydının yatak başında alınması, hastanın triyajdan acil yatağına alınana kadar geçen süreyi kısaltabilir ve az da olsa zaman kazanılmasını sağlayabilir. Bu yöntemde daha fazla personele/sekretere ihtiyaç olmakla birlikte triyaj yapmamak, sadece boş yatak olduğu zaman mümkün olabilir.^[3,6]

Hızlı bakım üniteleri (Fast track units/Urgent care center): Hızlı bakım üniteleri, beşli triyaj sistemine göre triyajı 4-5 olan hastaların yani acil olmayan ya da daha az acil olan hastaların özel bir alanda bir doktor ya da uzman bir hemşire tarafından değerlendirilmesi ve tedavi edilmesidir. Bu tür hastalar, acil servisler kalabalık olduğunda uzun süre beklemekte ve tedavileri de geciktirmektedir. Hızlı bakım ünitelerinin kurulması ile acil

olmayan ya da daha az acil hastalar acil hastalardan bağımsız olarak ayrı ünitelerde bakım almakta ve böylece ortamdan olumsuz etkilenmeden daha kısa sürede tedavi edilebilmektedir.^[3,6] Bu üniteler 24 saat açık olabileceği gibi günün belirli saatleri de açık olabilir. Açık kalacağı saatler önceden acil olmayan hastaların yoğunluğu araştırılarak saptanmalıdır. Bu ünitelerin kurulması için ek kaynaklara ihtiyaç vardır.^[3]

Acil servisler hafta sonları ve diğer tatiller dâhil olmak üzere günün 24 saati hizmet verilen birimlerdir. Acil servisin iş yükü, hafta sonlarında, öğlen ve bayram tatillerinde normal mesai saatlerinden daha fazladır.^[29] Yıldırım ve arkadaşlarının^[29] acil servislerde yaptığı bir araştırmada, Ramazan ve Kurban bayramlarındaki 18 günlük tatilde acil servise 2036 hasta başvurmuş ve bu sayı bir ay öncesi ile karşılaştırıldığında toplam hasta sayısında %32, trafik kazalarında %15 ve travma hastalarında da %59'luk bir artış olduğu saptanmıştır. Bayramlarda canlanan sosyal hayata ve bu dönemde polikliniklerin kapalı olmasına bağlı acil servis başvuruları da artmaktadır.^[29] Türkiye'de hızlı bakım ünitelerinin kurulması, acil servislerin en yoğun olduğu saatlerde ya da günlerde (özellikle resmi tatillerde ve hafta sonlarında) açık tutulması acil servis trafiğini önemli derecede rahatlatılabilir.

Gözlem üniteleri: Gözlem üniteleri acil serviste yatak bekleyen hastalar için kesin ve pahalı bir çözümdür. Ülkemizde ve birçok ülkede kullanılan bu yöntemin, acil servis kalabalığına yararı azımsanmayacak kadar çoktur.^[3] Kelen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada,^[30] gözlem ünitelerinin ambulans kabul etmeme/başka yere yönlendirmeyi ve acilden görülmeden ayrılan hasta sayısını %50 oranında azalttığı saptanmıştır. Pahalı ve etkili olan bu yöntemi kullanabilmek için ayrı bir yere ve personele ihtiyaç vardır.^[3,6]

Trijaj: Triyaj, hastaları o anki durumlarının ciddiyetine göre sınıflandırıp, tedavi, bakım ve tahliye konularında önceliklerini belirleme ve sıraya sokma sürecidir.^[31] Deneyimli kişiler tarafından yapıldığında, acil servis kalabalığının azaltılmasında etkili bir çözümdür.^[3,6,31] Triyaj alanında deneyimli hekim ya da uzman bir hemşire olduğu zamanlarda hastalar aynı anda değerlendirilip, tedavi edilebilir ve akutluk derecesi düşük hastalar hızlı bir şekilde taburcu edilebilir.^[3] Günümüzdeki kalabalık acil servisler ve sınırlı kaynaklar triyaj kararını ve sürecini daha da önemli kılmaktadır.^[8]

Acil serviste hasta akışını düzenlemek ve acil tedavi alanındaki yoğunluğu azaltmak gibi amaçları olan triyaj sisteminin,^[31] ülkemizde 16 Ekim 2009 tarihli yönetmelik ile zorunlu hale getirilmesi önemli bir gelişmedir.^[32] Ancak, 2003 yılında ENA ve ACEP, geçerlik ve güvenilirliği daha fazla olduğu için beşli sınıflama sisteminin kullanılmasını önerdikleri halde;^[8,29,33] ülkemizde, görünüşte beşli gibi gözükse, ancak gerçekte üçlü olan ve renk kodlaması ile birlikte kullanılan karışık bir sistemin uygulanması tercih edilmiştir. Ülkemizde ulusal bir "triyaj ölçeği"nin geliştirilmesi için mevcut triyaj ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirliklerinin çalışılması acil bakım hizmetlerimizin gelişimi açısından çok önemlidir. Acil Tıp Derneği bünyesinde 2009 yılında bir triyaj çalışma grubu oluşturulmuş ve Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan "Türk Ulusal Triyaj Ölçeği"ni güncellemek için adım atılmıştır.^[34]

Sonuç

Acil servis kalabalığı tüm ülkeleri ve acil servisleri tehdit eden bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bu hastalığın tedavisi için tüm hastanelerin acil servislerinin kalabalığının nedenlerini bilmeleri ve bu nedenlere yönelik çözüm önerileri geliştirmeleri çok önemlidir. Özellikle maliyeti düşük ama etkinliği yüksek olan tam kapasite protokolü, erken taburculuk, elektif ve cerrahi hastaların programlarının koordine edilmesi gibi yöntemler rahatlıkla kullanılabilir. Acil servis başvurularının artış gösterdiği zamanlarda özellikle geceleri, hafta sonları ve bayram/resmi tatillerde hızlı bakım üniteleri kurulabilir ve bugünlerde çalışan hekim, hemşire ve personel sayısı artırılabilir. Ayrıca hasta güvenliğini tehdit eden ve toplum sağlığı için bir risk oluşturan acil servis kalabalığı sadece acil servislerin değil, tüm hastanenin problemi olarak görülmelidir. Türkiye’de acil servis kalabalığının nedenleri, sonuçları ve çözüm önerileri üzerine yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med* 2008;52(2):126-36.
- Pines JM, Yealy DM. Advancing the science of emergency department crowding: measurement and solutions. *Ann Emerg Med* 2009;54(4):511-3.
- Schneider SM. Emergency department crowding. *Emergency Medicine Reports* 2009;30(3):13-22.
- Derlet RW, Richards JR. Ten solutions for emergency department crowding. *West J Emerg Med* 2008;9(1):24-7.
- Briggs WT. Emergency department crowding: a call to action in the new year. *Journal of Emergency Nursing* 2009;35(1).
- Viccellio P, Schneider SM, Asplin B and et al. Emergency department crowding: High-impact solutions. ACEP Task Force Report on Boarding 2008.
- Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. *Natl Health Stat Report* 2008;(7):1-38.
- Funderburke P. Exploring best practice for triage. *J Emerg Nurs*;34(2):180-2.
- Bildik F. Acil servis kalabalığı-yönetim ve çözüm önerileri. 5. Türkiye Acil Tıp Kongresi 29 Ekim-1 Kasım 2009.
- Bernstein SL, Asplin BR. Emergency department crowding: old problem, new solutions. *Emerg Med Clin North Am* 2006;24(4):821-37.
- http://www.jointcommission.org/NewsRoom/health_care_issues.htm Health care issues (Erişim tarihi: 12.05.2010).
- Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1-concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med* 2009;53(5):605-11.
- Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 2--barriers to reform and strategies to overcome them. *Ann Emerg Med* 2009;53(5):612-7.
- Stead LG, Jain A, Decker WW. Emergency department over-crowding: a global perspective. *Int J Emerg Med* 2009;2(3):133-4.
- Viccellio A, Santora C, Singer AJ, Thode HC Jr, Henry MC. The association between transfer of emergency department boarders to inpatient hallways and mortality: a 4-year experience. *Ann Emerg Med* 2009;54(4):487-91.
- Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med* 2007;35(6):1477-83.
- Sprivilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 2006;184(5):208-12.
- http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_26.htm. Delays in treatment (Erişim tarihi: 28.09.2010).
- Pines JM, Hollander JE. Association between cardiovascular complications and ED crowding. ACEP 2007; October 8-11; Seattle, WA.
- Johnson M, Myers S, Wineholt J, Pollack M, Kusmiesz AL. Patients who leave the emergency department without being seen. *J Emerg Nurs* 2009;35(2):105-8.
- Hwang U, Richardson LD, Sonuyi TO, Morrison RS. The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(2):270-5.
- Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med* 2008;51(1):1-5.
- Fee C, Weber EJ, Maak CA, Bacchetti P. Effect of emergency department crowding on time to antibiotics in patients admitted with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med* 2007;50(5):501-9, 509.e1.
- Pines JM, Iyer S, Disbot M, Hollander JE, Shofer FS, Datner EM. The effect of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients. *Acad Emerg Med* 2008;15(9):825-31.
- Howard PK. Crowding: a report of the ENA ED crowding work team. *J Emerg Nurs* 2009;35(1):55-6.
- Dolcourt B, Bilkovski R. Waiting for a bed: Do prolonged emergency department waits translate to adverse outcomes? *Acad Emerg Med* 2007;14(5):84.
- <http://www.saglik.gov.tr>. Mesai dışı poliklinik uygulaması (Erişim tarihi: 17.06.2010).
- Garson C, Hollander JE, Rhodes KV, Shofer FS, Baxt WG, Pines JM. Emergency department patient preferences for boarding locations when hospitals are at full capacity. *Ann Emerg Med* 200;51(1):9-12, 12.e1-3.
- Yıldırım C, Sözüter EM, Yürümez Y, İkizceli İ. Uzun süreli tatillerde acil servis hizmetleri. *Ulusal Travma Dergisi* 2000;6(2):106-9.
- Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of an emergency department (ED) managed acute care unit on ED overcrowding and emergency medical services diversion. *Acad Emerg Med* 2001;8(11):1095-100.
- Karaçay P, Sevinç S. Acil servislerde triyaj uygulaması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2007;4(2):9-15.
- http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=701&Itemid=35 Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ (Erişim tarihi: 17.06.2010).
- Fernandes CM, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, Rosenau AM, et al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. *J Emerg Nurs* 2005;31(1):39-50.
- <http://www.tatd.org.tr/index.asp?mode=Static&id=50&ism=comp50> Triage çalışma grubu. (Erişim tarihi: 10.07.2010).