



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ANKARA İLİNDE KONSÜLTAN HEKİMLERİN ACİL
SERVİSE ULAŞMA SÜRELERİNİN VE BU SÜRELERİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Şerife ENGELOĞLU

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR

ANKARA

2020

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA İLİNDE KONSÜLTAN HEKİMLERİN ACİL
SERVİSE ULAŞMA SÜRELERİNİN VE BU SÜRELERİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Şerife ENGELÖĞLU

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR

ANKARA

2020

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Ankara İlinde Konsültan Hekimlerin Acil Servise Ulaşma Sürelerinin ve Bu Süreleri Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup araştırma sonuçlarına ilişkin tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Şerife ENGELOĞLU

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda
Şerife ENGELOĞLU tarafından hazırlanan
“Ankara İlinde Konsültan Hekimlerin Acil Servise Ulaşma Sürelerinin ve Bu Süreleri
Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK
LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26.08.2020

Prof. Dr. Türkan YILDIRIM
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN
Ankara Üniversitesi
Üye

Prof. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR
Ankara Üniversitesi
Danışman

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x

1. GİRİŞ	1
1.1. Sağlık Hizmetleri ve Acil Sağlık Hizmetleri ile İlgili Kavramlar	3
1.1.1. Sağlık Kavramı	3
1.1.2. Sağlık Hizmeti Kavramı	4
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	4
1.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	4
1.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	5
1.1.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	6
1.1.4. Acil Sağlık Hizmetleri	6
1.1.4.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunulduğu Alanlar	7
1.1.4.2. Acil Servisler ve Seviyeleri	7
1.2. Hastanelerde Acil Servislerin Yönetimi	8
1.2.1. Planlama	9
1.2.2. Örgütlenme	9
1.2.3. Yönlendirme	10
1.2.4. Koordinasyon	10
1.2.5. Denetim	11
1.3. Acil Servise Başvuran Hastaların Özellikleri ve Hizmet Süreci	12
1.4. Acil Serviste Hasta Hakları	13
1.5. Acil Serviste Hasta Memnuniyeti	14
1.6. Acil Servislerde Yaşanan Sorunlar	15
1.7. Acil Servislerde Konsültasyon Süreçleri	16
1.7.1. Konsültasyon Tanımı ve Süreçleri	16
1.7.2. Konsültan Hekimin Tanımı ve Sorumlulukları	17
1.7.3. Konsültasyon Sürecini Etkileyen Faktörler	19
1.7.3.1. Hekim ile İlgili Olmayan Faktörler	20
1.7.3.1.1. Hastanenin Sağlık Hizmet Sunumundaki Profili	20
1.7.3.1.2. Hastanenin Büyüklüğü	21
1.7.3.1.3. Hastanede Yatan Hasta Sayısı	21
1.7.3.1.4. Hastanenin Acil Servisinde Gerçekleşen Toplam Muayene Sayısı	21
1.7.3.1.5. İlgili Branş Hekimi ile İlgili İstihdam Sorunu	21
1.7.3.1.6. Konsültan Hekim İstem Sayısı	22
1.7.3.2. Hekim ile İlgili Faktörler	22
1.7.3.2.1. Konsültan Hekime Ulaşmada Güçlükler	22
1.7.3.2.2. Konsültan Hekimin Nihai Kararı Verememesi	22
1.7.3.2.3. Konsültan Hekimin Hastayı Görmeden Hizmet Sunmaya Çalışması	23

1.7.3.2.4.Konsültan Hekimin Hastayı Değerlendirdikten Sonra Takibini Yapmaması	23
1.7.4. Konsültasyon Sürecinin Yasal Yükümlülükleri	23
1.7.5. Etkili Konsültasyon Unsurları	24
1.7.5.1.Etkili İletişim	24
1.7.5.2. Organizasyon Becerileri	25
1.7.5.3. Tıbbi Bilgi	25
1.7.6. Etkili Konsültasyon Sürecinin 5 C si	26
1.7.6.1. Bağlantı	26
1.7.6.2. İletişim	27
1.7.6.3. Ana Soru	27
1.7.6.4. İşbirliği	27
1.7.6.5. Sonlandırma	28
1.8. Acil Servislerde Konsültasyon Süresi ve Bu Sürenin Önemi	28
1.9. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi ve Amacı	29
1.9.1.Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Kapsamı ve Yasal Dayanağı	30
1.9.2.Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Yapıtaşları	30
1.10. Acil Servislerde Sağlıkta Kalite Çalışmaları	32
1.10.1. Dünyada Acil Servislere Yönelik Hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları	33
1.10.1.1. İngiltere’de Acil Servislerde Kullanılan Sağlıkta Kalite Standartları	33
1.10.1.2. Avustralya’da Acil Servislerde Kullanılan Sağlıkta Kalite Standartları	35
1.10.1.3. ABD’de Acil Servislerde Kullanılan Sağlıkta Kalite Standartları	35
1.10.2. Türkiye’de Acil Servislere Yönelik Hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları ve Göstergeleri	36
1.10.2.1. Türkiye’de Konsültasyon İşlemlerinin Etkin Bir Şekilde Yürütülmesi Standardına İlişkin Gerçekleştirilen Çalışmalar	39
1.10.2.2. Türkiye’de Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi Göstergesine İlişkin Gerçekleştirilen Çalışmalar	40
1.10.3. Konsültasyon Süresi ve Sürecinin Sağlıkta Kalite Çalışmaları Açısından Önemi	41
1.10.4. Türkiye’de Uygulanan Acil Servis Hasta Memnuniyeti Anketi	42
1.10.5. Türkiye’de Gerçekleştirilen Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri	43
1.11. Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresine Yönelik Çalışmalar	44
1.12. Çalışmanın Amacı	47
1.13. Çalışmanın Önemi	47
2. GEREÇ VE YÖNTEM	50
2.1. Araştırmanın Yeri	50
2.2. Araştırmanın Türü	50
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	50
2.4. Veri Toplama Aracı	51
2.4.1. Kurumsal Kalite Sisteminden Alınan Veriler	52
2.4.2. Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sisteminden Alınan Veriler	55
2.5. Araştırmanın Varsayımları	59
2.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	59
2.7. Araştırmanın Süresi	59
2.8. Veri Analizi ve Değerlendirme	60
2.8.1. Bağımlı Değişken ve Bağımsız Değişkenler	72

3. BULGULAR	74
3.1. Tanımlayıcı Bulgular	74
3.2. Korelasyon Analizi ve Sonuçları	84
3.3. Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi ve Sonuçları	86
4. TARTIŞMA	92
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	103
5.1. Sonuç	103
5.2. Öneriler	105
ÖZET	109
SUMMARY	110
KAYNAKLAR	111
EKLER	119
Ek-1. Veri Kullanımı Talep Dilekçesi	119
Ek-2. Sağlık Bakanlığı'nın Veri Kullanımı için İzin Yazısı	120
Ek-3. Acil Servis Hasta Memnuniyeti Anketi	121
Ek-4. Gösterge Kartları	122
Ek-5. Soru Listesi	123
ÖZGEÇMİŞ	125

ÖNSÖZ

“Ankara İlinde Konsültan Hekimlerin Acil Servise Ulaşma Sürelerinin ve Bu Süreleri Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” başlıklı tez çalışması kapsamında, konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini etkileyen faktörler hekim ile ilgili olmayan ve hekim ile ilgili faktörler olarak iki gruba ayrılmıştır. Çalışmada 2018 yılında Ankara ilinde hizmet sunan 36 hastanenin Sağlık Bakanlığı’ndan alınan hekim ile ilgili olmayan faktörler başlığı altında değerlendirilen verileri analiz edilmiş ve bu süreyi açıklayan faktörler tespit edilmiştir. Bu faktörler açıklama oranlarına göre sırasıyla; acil servis muayene sayısı, kurum türü ve konsültan hekim istem sayısı ile hastane yatak sayısıdır. Belirlenen bu faktörlerin konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini etkileyen faktörlerin % 77’sini açıkladığı çalışma sonucunda elde edilmiştir. Bu süreyi etkileyen faktörlerin % 23’ünü oluşturan diğer nedenler çalışma kapsamına alınamamıştır.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesindeki destek ve katkılarından dolayı çok kıymetli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR’a teşekkürlerimi sunarım. Çalışmamın çeşitli aşamalarında destek olan ve tez çalışmam süresince ilgisini esirgemeyen değerli hocam Arş. Gör. Meliha Meliş GÖK GÜNALTAN’a teşekkür ederim.

Çalışmamı yürüttüğüm süre içerisinde desteklerini ve ilgilerini esirgemeyen Sağlık Bakanlığı yöneticilerinden Daire Başkanlarım Sayın Dr. Abdullah ÖZTÜRK’e, Sayın İbrahim DOLUKÜP’e, Sayın Uzm. Dr. Dilek TARHAN’a ve değerli arkadaşım Sağlık Uzmanı Gül HAKBİLEN’e teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca tez çalışmam süresince yanımda olan aileme özellikle de sevgili eşim İbrahim ENGELOĞLU ve biricik kızım Ayşe Berra ENGELOĞLU’na teşekkürü bir borç bilirim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

<i>ei</i>	Ham Artık
p	Anlamlılık Düzeyi
R²	Bağımsız Değişkenin Bağımlı Değişkeni Etkileme Oranı
<i>ri</i>	Student Türü Artık
β	Bağımlı Değişken İle Bağımsız Değişken Arasındaki İlişki
AFAD	Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
CI	Koşul İndeksi
DÖF	Düzeltilici Önleyici Faaliyet
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DW	Durbin Watson
GBAS02	2 Nolu Acil Servis Bölüm Bazlı Gösterge
GBAS03	3 Nolu Acil Servis Bölüm Bazlı Gösterge
KKS	Kurumsal Kalite Sistemi
KPR	Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TÜR-GÖS	Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi
TSİM	Türkiye Sağlık İstatistikleri Modülü
VIF	Variance Inflation Factor

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresini Etkileyen Faktörler	20
Şekil 1.2. Etkili Konsültasyon Sürecinin 5 C si	26
Şekil 3.1. Kurum Türlerinin Sayısal ve Oransal Dağılımı	76
Şekil 3.2. Kurum Türlerine Göre Yatak Sayıları ve Oranlarının Dağılımı	77
Şekil 3.3. Kurum Türlerine Göre Yatan Hasta Sayıları ve Oranlarının Dağılımı	77
Şekil 3.4. Kurum Türlerine Göre Acil Servis Muayene Sayılarının ve Oranlarının Dağılımı	78
Şekil 3.5. Kurum Türlerine Göre Acil Serviste Gerçekleşen Ölüm Sayılarının ve Oranlarının Dağılımı	79
Şekil 3.6. Kurum Türlerine Göre Acil Serviste Hasta Memnuniyet Oranlarının Dağılımı	80
Şekil 3.7. Kurum Türlerine Göre Konsültan Hekim İstem Sayılarının ve Oranlarının Dağılımı	81
Şekil 3.8. Kurum Türlerine Göre Acil Servis Muayene Sayıları ve Konsültan Hekim İstem Sayılarının Karşılaştırılması	82
Şekil 3.9. Kurum Türlerine Göre Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Sürelerinin Dağılımı	83
Şekil 3.10. Kurum Türlerine Göre Acil Serviste Ortalama Müşahede Sürelerinin Dağılımı (dakika)	83

ÇİZELGELER

Çizelge 2.1. Değişkenlere İlişkin Betimsel İstatistikler	62
Çizelge 2.2. Korelasyon Katsayısı Yorumları	64
Çizelge 2.3. Normal Dağılım (Normallik) Test Sonuçları	66
Çizelge 2.4. Artık Değerlerin Analizi	68
Çizelge 3.1. Tanımlayıcı Bulgular	75
Çizelge 3.2. Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenlerin Pearson Korelasyon Katsayıları	84
Çizelge 3.3. Acil Servis Muayene Sayısının Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresine Etkisine İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları	87
Çizelge 3.4. Kurum Türü ve Konsültan Hekim İstem Sayısının Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresine Etkisine İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları	88
Çizelge 3.5. Yatak Sayısının Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresine Etkisine İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları	89
Çizelge 3.6. Model Dışında Kalan Bağımsız Değişkenlere İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları	90

1. GİRİŞ

Dünya genelindeki ülkelerde sağlık kavramı her daim en önemli konulardan biri olma özelliğini korumuştur. Ülkeleri yönetenler, politikalarını belirlerken ilk sıralarda sağlık hizmetleri yerini almıştır. Çünkü bir ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin o ülkenin gelişmişlik düzeyi ile ilgili bilgi verdiği bir gerçektir (Demir ve Tanyıldızı, 2017). Sağlık hizmetleri genel bir kavram olup bu kavramın altında birçok alt başlık yer almaktadır. Bunlardan birisi de acil sağlık hizmetleridir.

Acil sağlık hizmetleri, kesintisiz, sürekli, kısacası günün her saati hizmet sunmakla yükümlüdür. Acil sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyler bekletilemez, en kısa zamanda ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini almaları gerekir. Çünkü acil sağlık hizmeti talebinde bulunan insanların birçoğunun hayati tehlikesi bulunmakta, birçoğu kalıcı bir hastalık ya da sakatlıkla karşı karşıya olmaktadır. Bu nedenledir ki acil sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlardan birisi olan hastanelerin acil servis birimlerine başvuru yapan hastalar bekletilmemeli, bu hastaların tanı ve tedavisi için gerekli bütün süreçler önceden tanımlanmalı ve yapılan her bir tanımlama süratle uygulanmalıdır (Yaman, 2015).

Hastanelerin acil servislerine başvuran hastalar önce triyaj uygulamasına dahil edilmektedir. Yani hastanın aciliyet durumu derecelendirilerek muayene sırası belirlenmekte ve daha sonra hasta muayene işlemleri için acil tıp hekiminin bulunduğu muayene alanına yönlendirilmektedir (Söyük ve Kurtuluş, 2017). Hastanın muayenesini gerçekleştiren hekim hastanın klinik durumuna göre başka bir branş hekiminin hastayı görmesini istemekte ve ilgili branş hekimini acil servise çağırılmaktadır. Bu durum acil sağlık hizmetleri kapsamında konsültasyon olarak tanımlanmaktadır.

Acil servise çağırılan ilgili branş hekimi, konsültan hekim olarak adlandırılmaktadır. Konsültan hekimin acil servise çağırıldıktan sonra en kısa süre içerisinde gelip hastayı değerlendirmesi ve branşı kapsamında hastaya yaptığı ya da

yapacağı tanı, tetkik ve tedavi sürecini tamamlayarak hastanın durumu hakkında acil servis hekimine bilgi vermesi gerekmektedir (Karakaya ve ark., 2009).

Hastanelerdeki uygulamalarda bu sürecin ne yazık ki en kısa sürede gerçekleşmediği, hastanın saatlerce acil servis müşahede alanlarında konsültan hekim beklediği görülmektedir (Tuğcu ve ark., 2003). Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi ne kadar uzarsa hastaya verilecek sağlık hizmetinin kalitesi de o kadar düşecektir. Düşük kaliteli hizmet hastanın tedavi sürecini etkileyerek hayatını kaybetmesine ya da kronik hastalık ve sakatlık yaşamasına neden olacaktır. Bu sonuçların ortaya çıkmaması için konsültasyon süresi ve süreci ile ilgili tanımlamaların yapıp standart ve göstergelerin belirlenmesi ve bu kapsamda iyileştirme planlarının gerçekleştirilmesi gereklidir. Bu yaklaşımla konsültasyon süresi ve sürecinin etkin yönetimi; hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi, hasta güvenliğinin artırılması, acil bakımının geliştirilmesi ve maliyet verimliliğinin sağlanması bakımlarından büyük önem taşımaktadır (The Royal College of Emergency Medicine, 2010).

Çalışmanın amacı, çalışma kapsamına alınan Ankara ilinde bulunan 36 hastaneye ait Sağlık Bakanlığı veri tabanından alınan veriler ile acil servislerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kalite göstergelerinden birisi olan konsültan hekimin acil servise ulaşma süresinin ve bu süreyi etkileyen faktörleri ortaya koymak ve bu kapsamda öneriler geliştirmektir. Çalışmanın giriş bölümünde acil sağlık hizmetleri, acil servis birimleri ve yönetimi, acil servislerde konsültasyon süreci ve kalite çalışmaları açıklanmış olup; bu konular hakkında genel bilgilere, çalışmanın amacı ve önemine yer verilmiştir. İkinci bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi açıklanmıştır. Üçüncü bölümde analizler neticesinde elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Dördüncü bölüm tartışma, son bölüm ise sonuç ve önerilerden oluşmaktadır.

1.1. Sağlık Hizmetleri ve Acil Sağlık Hizmetleri ile İlgili Kavramlar

İnsan doğar, yaşar ve ölür. Her insan yaşam süresi boyunca sağlıklı olmak, hasta olmamak ister. Bu durum insan olmanın en temel gayesi olmakla birlikte anayasalarda da sağlıklı yaşama hakkı temel haklardan birisi olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşama hakkını karşılayabilmek insanın davranış ve yükümlülükleri kadar ülke yöneticilerinin geliştirdiği veya geliştireceği politikalar ile sağlanabilmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesinde yer alan *“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”* hükmü gereğince bu görev Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

1.1.1. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), anayasasında sağlık kavramını şöyle tanımlamıştır: *“Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir”* (DSÖ, 1948). Bu tanımda bedence ve ruhça iyilik hali sağlığın bilinen yönüdür. “Sosyal yönden tam iyilik hali” açıklanması gereken bir kavram olup bu tanım ile sağlık kavramını açıklayabilmek için sağlığın hem kişisel hem de toplumsal faktörlerden etkilendiği bilinmeli ve bireyin sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasının en önemli şartının sosyal yaşantının sağlıklı olması ile ilgili olduğu unutulmamalıdır (Fişek, 1982).

1.1.2. Sağlık Hizmeti Kavramı

DSÖ, sağlık hizmetlerini “*Hastalığın teşhisi ve tedavisi veya sağlığın teşviki, bakımı ve restorasyonu ile uğraşan tüm hizmetler olup bunlara kişisel ve kişisel olmayan sağlık hizmetleri dahildir*” şeklinde tanımlamıştır (DSÖ, 1948). Bir başka ifadeyle, sağlık hizmetleri, öncelikle insan sağlığının korunmasını amaçlayan, hastalık durumunda tanı, tedavi ve bakım işlemlerini gerçekleştiren ve ayrıca sağlıklı bireylerin sağlığının geliştirilmesi amacıyla çalışmalar yapan kamu, özel ve üniversitelere bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen hizmetlerdir.

1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli sunulabilmesi için dünya genelinde sağlık hizmetleri basamaklandırılmakta ve kişiye ihtiyacı olan sağlık hizmetinin uygun basamakta verilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda Türkiye’de sunulan sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üç ana başlıkta ele alınmaktadır (Alacadağlı, 2016). Öncelik birinci basamak sağlık hizmetlerine verilerek sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, herkese ihtiyacı oranında, ülke genelindeki coğrafi farklılıklar, eğitim durumu gözetilerek dengeli dağıtılmış sağlık profesyonelleri tarafından hizmet sunumu yapmak bir ülke sağlık sisteminin temel amaçlarından biri olarak kabul edilmektedir (Kılavuz, 2010).

1.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli amacı kişinin hasta olmamasını onun hastalıklardan korunmasını sağlamaktır. Bu durumun sağlanabilmesi için birçok bireysel ve toplumsal faktör vardır. Bu basamak bu faktörlerin iyileştirilmesi için çalışmalar yürütmektedir. Temiz içme suyunun sağlanması, çevre temizliği, zararlı alışkanlıklardan (sigara, alkol ve madde bağımlılığı gibi) korunma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve bağışıklama çalışmaları, sağlıklı beslenme, aile planlaması, toplumun sağlık eğitimi ve erken tanı koruyucu hizmetler kapsamında

değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Tüm bu hizmetler köyden kente kadar ulaşılabilir durumdadır ve Türkiye’de bu hizmetler, sağlık evleri, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, ana ve çocuk sağlığı merkezleri, halk sağlığı merkezi, okul sağlığı, gezici sağlık birimleri gibi hizmet birimleri tarafından sunulmaktadır (Başol, 2015).

1.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri basamağına başvuran kişi artık hastalık riskinin ve belirtilerinin ortaya çıktığı kişidir. Buradaki amaç ise sağlığı bozulma riski olan ya da sağlığı bozulan kişinin önceki sağlık durumuna tekrar ulaşmasını sağlamaktır. Bu basamakta sunulan hizmetlerin koruyucu hizmetlerden farkı, artık olayın toplumsal boyutta değil bireysel boyuta inmiş olup bireye özel sağlık hizmeti sunulmakta oluşudur (Tengilimoğlu ve ark., 2009). Tedavi edici sağlık hizmetlerinin kapsamı oldukça geniş olup Türkiye’de bu hizmetler, 1., 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri olarak ayrılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hasta olan kişinin tedavisi için herhangi bir hastaneye yatışının gerekmediği tedavinin evde ya da ayakta tamamlanabilir olması ile ilgilidir (Başol, 2015). Bu basamaktaki hizmetler daha çok tedaviye yönelik koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleridir. Kendisini hasta hisseden kişi öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti sunan hizmet alanlarına başvurur. İlgili alanda hastanın muayenesini yapan hekim gerekli görmesi durumunda bir üst basamağa hastayı yönlendirebilir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde ise hastalar ne ayakta ne de evde tedavi edilemezler ve teşhis ve tedavi işlemleri için bir sağlık kuruluşuna yatış yapılması gerekmektedir (Yüceler, 2011). Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlığına tam olarak kavuşamamış ya da hastalığın tedavisi için daha yüksek sağlık teknolojisinin gerektiği durumlardaki tedavileri içerir. Üniversiteler, dal hastaneleri gibi özellikle belli bir hastalığın tedavisi konusunda uzmanlaşmış kadroya, tanı ve tedavi işlemleri için gerekli tıp teknolojisine sahip gelişmiş sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerdir (Başol, 2015).

1.1.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kişinin hasta olmamasını, tedavi edici sağlık hizmetleri hasta olan kişinin eski sağlık durumuna ulaştırılmasını sağlarken, bir de sağlığını artık kaybetmiş bütün tedavi seçenekleri denenmiş ancak eski sağlık durumuna ulaşamayan insanlar vardır. Sağlık hakkı anayasal bir hak olup bu haklardan herkes eşit düzeyde yararlanma hakkına sahiptir (Sağlık Bakanlığı, 2018a). Bu nedenle sağlığını kaybetmiş, engelli ya da iş göremez hale gelmiş kalıcı sağlık sorunlarıyla uğraşan kişiler için sunulan sağlık hizmetleri ise rehabilitasyon hizmetleri olarak tanımlanmakta olup tıbbi ve soysal olmak üzere iki başlık altında sunulmaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2009).

1.1.4. Acil Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin kapsamı çok geniş olmakla birlikte sağlık kuruluşlarında farklı hizmet alanlarında sunulmaktadır. Bu geniş kapsama giren başlıklardan birisi de acil sağlık hizmetleridir.

Sağlık Bakanlığı, acil sağlık hizmetlerini; *“ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlara bağlı olarak gelişen sağlık sorunlarında, sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastaya acil serviste sunulan hizmetlerin tamamıdır”* şeklinde tanımlanırken (Sağlık Bakanlığı, 2018b); 2014 yılında Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) acil sağlık hizmetlerini, *“konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından acil hastalık ve yaralanma hallerinde tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde ve nakil sürecinde sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetleri”* olarak tanımlamaktadır (AFAD, 2014).

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri ile ilgili iş ve işlemler Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütölmektedir. Bu süreç kapsamında verilen hizmetler 11.05.2000 tarih ve 24046 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”nde belirtilmiştir. Yönetmelik kapsamında ölke genelinde verilen acil sağlık hizmet alanları tanımlanmıştır.

1.1.4.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunulduğu Alanlar

Acil sağlık hizmetleri kapsam olarak incelendiğinde hastaneye ulaşana kadar geçen süreçte sunulan acil sağlık hizmetleri ve hastaneye ulaştıktan sonraki süreçte sunulan acil sağlık hizmetleri olarak ayrılabilir. Hastaneye ulaşım sağlamadan önce sunulan acil sağlık hizmetleri her ilde il sağlık müdürlükleri bünyesinde hizmet yürüten il ambulans servisi başhekimlikleri tarafından sağlanmaktadır. İl ambulans servisi başhekimliklerine bağlı 112 komuta kontrol merkezleri, 112 istasyonları ve ambulanslar yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2000). Ambulans, bireysel ya da ikinci bir kişinin yardımı ile hastaneye ulaşım sağlandıktan sonra hastanede sunulan acil sağlık hizmetleri başlar ve hastanelerde bu hizmetler acil servisler tarafından sunulmaktadır (Demir, 2018).

1.1.4.2. Acil Servisler ve Seviyeleri

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre “hastane acil servisleri” ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde sağlık hizmeti sunan birimler olarak tanımlanmıştır. Acil servislere doğrudan bireysel olarak ya da il ambulans ekipleri aracılığı ile başvurulabilir. Her iki durumda da hastanelere başvuran kişilere ilk müdahalenin yapıldığı hizmet sunum alanları acil servislerdir.

Acil servisler adından da anlaşılacağı üzere ani gelişen hastalıklar ve sakatlıklar, yaralanmalar ya da beklenmeyen akut gelişen hastalıkların tedavisinin yapıldığı alanlardır (Sağlık Bakanlığı, 2018b). Başvurusu alınan hastanın ilk müdahalesi yapıldıktan sonra daha ileri tetkik ve tedavi işlemleri için hastanenin diğer alanlarına sevki istenebilir. Hastanelerde hizmet sunan acil servisler Türkiye’de, şehirlerin coğrafik şartları, hayat koşulları ve bölgede yaşayan insanların gereksinimlerini karşılayacak şekilde 24 saat kesintisiz hizmet sunmaktadır (Demir, 2018).

“Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”e göre Türkiye’de hizmet sunan acil servisler, acil servise başvuru sayısı, başvurusu gerçekleşen hastaların özelliği, hastaların branşlara göre

dağılımı, acil servisin fiziki durumu, sahip olduğu tıbbi donanım, malzeme ve personel, acil servisin hizmet sunduğu bölgenin konumu, özellikleri esas alınarak 1., 2. ve 3. seviye olarak seviyelendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018b).

1.2. Hastanelerde Acil Servislerin Yönetimi

Hastaneler multidisipliner hizmet sunan kompleks yapıda sağlık hizmet alanlarıdır. Bu yapıların yönetim ve organizasyonunun önemi tartışılmazdır. Bir hastanenin yönetim ve organizasyonu ne denli önemli ise o hastanenin acil servisindeki yönetim ve organizasyon da o denli önemlidir. Acil servisler sürprizlere, krizlere açık hizmet alanları olmakla beraber acil sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişilerin ilk müdahalesinin yapıldığı yerlerdir. Bu nedenle acil servislerde yapılacak her planlama, acil servise başvuran hastanın hayatının güvende olmasını sağlayacak bir planlamadır. Hatalı yapılan bir planlama hastanın hayatını kaybetmesine dahi yol açabilir. Acil servislerde insan kaynakları, hasta, malzeme ve tedarik yönetimi gibi her bir madde tek tek ele alınarak değerlendirilmelidir (Yaman, 2015).

Acil servislerdeki yönetim sürecini kolaylaştırmak, yoğunluğu önleyebilmek ve hasta güvenliği ile memnuniyetini artırabilmek adına Sağlık Bakanlığı 2018 yılında acil servislere yönelik bir genelge yayınlamıştır. Bu genelge ile gündüz polikliniklerinin bir kısmının geceye kaydırılması, hastanelerin acil servis birimlerinde uzun süre yatışların önüne geçilmesi, esas olarak kliniklere yatırılarak takip edilen hastaların acil servislerde takip edilmemesi ve acil servislerdeki konsültasyon sürecinin kısaltılması, acil ve basit fiziksel iyileştirilmelerin ivedilikle yapılması gerekliliğini il sağlık müdürlüklerine bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018b). Aslında bu maddeler acil servislerdeki yönetim sürecinin maddelerinin bir kısmını oluşturmaktadır.

Yönetim, hizmet alanında bir işin gerçekleştirilmesine yönelik; o iş neticesinde hedeflenen yere gelebilmek için önceden konu ile ilgili kişilerin ve paydaşların bir araya gelerek hazırladığı bir program ile en az kaynak ile en çok verimin alınması için

gerekli insan gücü, malzeme ve ekipmanın temin edilmesi ve bu süreçte yer alan insan kaynaklarının organize edilmesi için gerçekleştirilen çalışmaların tümüdür (Erigüç ve ark., 2009). Yönetim sürecini tanımlayan beş ana unsur bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanmaktadır; planlama, örgütlenme, yönlendirme, koordinasyon ve denetimdir (Duyar, 2018).

1.2.1. Planlama

Gerçekleştirilmesi amaçlanan bir iş ya da yönetilmesi gereken bir organizasyon için nasıl yapılacak, neden yapılacak, ne zaman yapılacak ve kimler yapacak sorularının cevap bulunduğu aşamadır (Güney, 2007). Geleceğe yönelik tahminde bulunmaktır.

Acil servislerde sunulan hizmetlerin önceden planlanması, bir algoritma veya protokol şeklinde tanımlanması büyük önem taşımaktadır. Bu hizmet alanları doğası gereği acil durumda olan hastaları kabul etmektedir. Bu hastalara en kısa sürede ihtiyaç duydukları hizmeti verebilmek, kargaşanın önüne geçebilmek, kimin, neyi, ne zaman ve nasıl yapacağını planlanması ile mümkün olabilir.

1.2.2. Örgütlenme

Örgütlenme aşamasında gerçekleştirilmesi planlanan faaliyetlerin ve bu faaliyetleri yürütecek insan gücünün belirlenmesi, belirlenen personelin dağıtımının yapılması ve faaliyetin gerçekleştirilmesi için kullanılması gereken malzeme ve ekipmanın tanımlanmasının yapıldığı süreçtir. Örgütlenme sürecinin aşamaları aşağıda yer almaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012);

- Planlama aşamasında belirtilen ve tanımlanan amaçların incelenerek değerlendirilmesi
- Değerlendirme neticesinde belirlenen amaçların başarıya ulaşabilmesi için esas ve yan faaliyetlerin tanımlanması

- Faaliyetleri gerçekleştirecek insan gücünün belirlenmesi, belirlenen insan gücüne yetki ve sorumluluklarının anlatılması
- Tüm bu faaliyetlerin yer aldığı örgütlenme aşamasını ve bu aşamaya dair gerçekleştirilen strateji sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Acil servislerde hizmet sunumuna ilişkin planlama yapıldıktan sonraki basamak örgütlenmedir. Çok iyi bir plan yapılabilir ama bu plan örgütlenmediği sürece amaca ulaşamayacaktır. Plan kapsamında tanımlanan her iş ve işlem basamağında görevli personel, kullanılacak tıbbi cihaz ve malzemeler gibi kısaca amaca ulaşmak için gerekli bütün unsurların tanımlandığı basamaktır.

1.2.3. Yönlendirme

Örgütlenme aşamasının ardından yönlendirme süreci başlamaktadır. Bu süreçte faaliyetleri gerçekleştirecek insan kaynağının ve faaliyetin gerçekleştirilmesinde kullanılacak ekipman ve cihazların amacına uygun bir şekilde kullanılmasını hedefler. Gerçekleştirilmesi planlanan faaliyetlerde uygun nitelikli personelin görevlendirilmesi bu sürecin başarılı yönetilmesi için önemlidir. Doğru kişinin doğru işe yerleştirilmesi tüm organizasyonun doğru işlemesine katkıda bulunur (Ateş, 2011).

Acil servislerde örgütlenme aşamasından sonra yönlendirme gelmektedir. Burada önemli olan ilgili alanda yeteneğine uygun personelin görevlendirilmesi ile kullanılacak tıbbi cihaz ve malzemenin amacına uygun bir şekilde kullanılmasıdır.

1.2.4. Koordinasyon

Hastanelerin birbirinden farklı stratejileri vardır. Var olan bu stratejilere ulaşılabilmesi için hastaneler kendi vizyon ve misyonlarını belirlemiştir. Yine her hastanenin kendisine özgü çalışma düzeni mevcuttur ve hastanede çalışan bütün personelin bu düzene uyum sağlaması gerekmektedir. Hastane tarafından belirlenen çalışma düzeni ve personel arasında herhangi bir problem ortaya çıkmadan önce

planlamalar yapılmalı ve bu sürece uyumu kolaylaştıracak çözümler geliştirilmelidir. Hastane içinde bir işleyiş devam ederken bir de hastane dışında bir süreç işlemektedir. Hastanenin, kendi dışında gelişen bu süreçte yer alan ilişkilerinde de koordinasyonu sağlaması önem arz etmektedir. Tıpkı iç işleyişte olduğu gibi dış ilişkilerde de öngörülebilir ya da öngörülemez her türlü sorun önceden belirlenerek bir planlama yapılması bu plana uygun hareket edilmesi gerekir. Koordinasyon süreci bir ekip işidir. Bu sürecin doğru bir şekilde yürütülmesi için hastane genelinde birimler, komiteler, kurullar, konseyler oluşturularak sorunlara ortak çözümler aranması gerekmektedir (Ateş, 2011).

Acil servislerde sadece doktor ya da hemşireler çalışmamaktadır. Her sağlık hizmet alanında olduğu gibi burada sunulan hizmet de bir ekip işidir. Acil servise girişte karşılayan güvenlik personeli, danışma ve yönlendirme personeli daha sonra tıbbi süreçlerde görevli sağlık personeli, acil servislerin temizliğinde sorumlu personel gibi birçok farklı hizmet sunumundan insanlar bulunmaktadır. Bu süreçte görevli herkesin birbiriyle iletişiminin ve koordinasyonunun tanımlanmış olması gerekir. Aksi takdirde hizmet sunumu sırasında kargaşa, kargaşanın yönetilemediği durumlarda da krizlerin ortaya çıkma ihtimali oldukça yüksektir.

1.2.5. Denetim

Denetim diğer aşamalarda planlanan amaçlara ne derece ulaşılabilirdiğinin ölçülmesi anlamına gelmekte olup bu aşamada kurumlar iç işleyişindeki aksaklıkları da tespit edebilmektedir (Doğan, 2015). Hastanelerde denetim sürecinin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi oldukça önemlidir. Çünkü bu aşama, diğer süreçlerde yapılan planlamalardaki en küçük aksaklıkların dahi belirlenerek bu aksaklıkların kriz aşamasına gelmeden çözümlenmesine olanak sağlamaktadır. Denetim aşaması gerçekleştirilirken hastane içerisinde yönetim kademesi ve her birimden seçilmiş bir alt kademe yönetici yer almaktadır (Ateş, 2011).

Acil servislerde yönetim kapsamında şimdiye kadar incelenen aşamaların (planlama, örgütlenme, yönlendirme ve koordinasyon) bu aşamada yerine getirilip getirilmediğinin kontrol edilmesi, denetlenmesi önem arz etmektedir. Her bir aşamada tanımlanan uygulamaların denetlenmesi, tespit edilen eksikliklerin giderilmesi, iyileştirilmesi ya da geliştirilmesine yönelik faaliyetler bu aşamada gerçekleşir. Belirlenen her bir faaliyet kapsamında yönetimin beş fonksiyonu yeniden devreye girmektedir.

1.3. Acil Servise Başvuran Hastaların Özellikleri ve Hizmet Süreci

Acil servisler çok çeşitli hastalık ve yaralanmalara sahip olan hastaların başvurduğu ilk alanlardır. Acil servise başvuran hastaların sahip olduğu özelliklerin bilinmesi, bu kapsamda bir yaklaşım ve bakımın geliştirilmesi hasta bakım kalitesinde ve çalışanların memnuniyetinde artış sağlayabilir (Kılıçaslan ve ark., 2005). Acil servise başvuru yapan hastaların niteliksel ve niceliksel olarak önceden tanımlanmış olması başvuru anında hastaya nasıl bir hizmet verileceğinin belirlenmesi açısından oldukça önemlidir (Köse ve ark., 2011).

Türkiye’de acil servislerde hizmet sunulan hastaların etkin bir şekilde yönetilebilmesi ve bakım kalitesinin yükseltilmesi amacıyla yataklı sağlık tesislerinde yer alan acil servis hizmetlerinin uygulanmasına ilişkin bir tebliğ yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2009). Bu tebliğde hastaların özellikleri ve öncelikleri dikkate alınarak triyaj işlemi sırasında hastaya kırmızı, sarı ve yeşil alan olmak üzere üç renk kodlaması yapılmaktadır.

Kırmızı alan hastası en acil hasta olup, ağır bir hastalığı veya yaralanması mevcuttur ve acil bakım gerektirmektedir. Sarı alan hastası, klinik durumu itibarıyla biraz bekleyebilen ancak daha fazla bekletilirse kalıcı bir sakatlık ya da hastalıkla karşı karşıya kalan bir gruptur. Yeşil alan hastası ise genel durumu itibarıyla iyi olan hafif yaralanma veya sakatlığı bulunan bakım için bir süre bekleyebilen hastalardır (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Belirlenen bu alanlara hastalar özelliklerine göre yönlendirilmekte ve ilgili alanlarda bulunan acil servis hekimleri tarafından muayene edilerek acil serviste hastaların ve bakım kalitesinin etkin yönetimi hedeflenmektedir.

1.4. Acil Serviste Hasta Hakları

Hasta hakları, insan olmanın getirdiği bir kavram olup insan hakları başlığı altında yer alan ve insanın doğumu ile kazandığı haklardandır (Bilir ve ark., 2015). Bu haklar, hastalanan kişilerin önceki sağlık durumlarına tekrar kavuşmak amacıyla başvurduğu sağlık kuruluşunda çıkarlarının korunmasını kapsamaktadır (Akpınar, 2008). Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta memnuniyetinde önemli yeri olan ve tüm sağlık hizmet alanlarında kişinin bu haklara sahip olduğu gibi acil servislerde de bu haklara sahiptir. Türkiye’de hasta hakları 1998 yılında yayınlanan hasta hakları yönetmeliği ile tanımlanmış olup bu haklara aşağıda yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1998);

- Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı
 - Hakkaniyet ve adalet ilkeleri doğrultusunda faydalanma
 - Bilgi isteme
 - Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme
 - Personeli tanıma, seçme ve değiştirme
 - Öncelik sırasının belirlenmesini isteme
 - Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım
 - Tıbbi gereklilikler dışında müdahale Yasağı
 - Ötenazi yasağı
 - Tıbbi özen gösterilmesi
- Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı
 - Bilgilendirmenin kapsamı
 - Kayıtları inceleme
 - Kayıtların düzeltilmesini isteme
- Hasta haklarının korunması

- Mahremiyete saygı gösterilmesi
- Rıza olmaksızın tıbbi ameliyeye tabi tutulmama
- Bilgilerin gizli tutulması
- Tıbbi müdahalede hastanın rızası
- Tıbbi araştırmalar için rıza
- Güvenliğin sağlanması
- Dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma
- İnsani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret
- Refakatçi bulundurma
- Hizmetin sağlık kurum ve kuruluşu dışında verilmesi

1.5. Acil Serviste Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, hastaların sağlık kuruluşundan aldığı hizmetler sonucunda elde ettiği faydaları, beklediği performansın karşılanıp karşılanmadığını içerisinde bulunduğu sosyal ve kültürel faktörler kapsamında değerlendirmesinin sonucu elde edilen bir fonksiyondur (Akpınar Oruç ve Üzel Taş, 2013).

Sağlık kuruluşlarının varoluş sebeplerinden birisi hasta bireyleri eski sağlık durumlarına kavuşturmak ve aynı zamanda varlıklarının devamını sağlayarak rekabet piyasasında yer almaktır. Günümüzde bu rekabet koşullarının temel faktörlerinden birisi hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin sağlanmasıdır (Kabaroğlu ve ark., 2013).

Acil servisteki hastaların memnuniyet oranları birçok faktörden etkilenmektedir. Türkiye’de acil servis hasta memnuniyeti Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan bir anket ile değerlendirilmekte ve anket sonuçlarına göre iyileştirilmeye açık alanlar tespit edilerek iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmektedir.

1.6. Acil Servislerde Yaşanan Sorunlar

Sağlık hizmetlerinin merkezinde insan sağlığının olması nedeniyle bu alanda sunulan hizmetlerin hatasız ve eksiksiz olması oldukça önemlidir. Acil servisler sağlık hizmetlerinin vitrini konumunda olan alanlar olup ülkelerin gelişmişlik düzeyi hakkında da fikir vermektedir (Söyük ve Kurtuluş, 2017).

Acil servisler hizmet sunduğu alan kapsamında değerlendirildiğinde diğer alanlara göre daha fazla sorun yaşanan birimlerdir. Çalışanların gözünden bu sorunların bazılarını aşağıda yer verilmiştir (Söyük ve Kurtuluş, 2017):

- Acil servislerin gereksiz yoğunluğu
- Konsültasyon sürecinin etkin bir şekilde yönetilememesi
- Triyaj sisteminin etkin bir şekilde çalışmaması
- Fiziki yetersizlik
- Yetersiz ve kalitesiz malzeme, ekipman
- Yasal düzenlemelerin eksik olması
- Çalışanlarda motivasyon eksikliği
- Hasta ve yakınları tarafından sözel ve fiziksel şiddet
- Uzun çalışma saatleri
- Yönetim ile iletişim eksikliği
- Güvenlik yetersizliği
- Müşahede süresinin uzun olması
- Tetkiklerin geç sonuçlanması
- Hastaların tolerans düzeyinin düşük olması

Hastalar tarafından acil servis birimlerinde yaşanan sorunların bir kısmına aşağıda yer verilmiştir (Karcıoğlu, 2018):

- Çok kalabalık olması
- Uzun bekleme süreleri

- Sağlık çalışanları ile iletişim sorunu
- Bilgilendirme eksikliği
- Yetersiz bekleme alanları
- Tetkiklerin geç sonuçlanması

1.7. Acil Servislerde Konsültasyon Süreçleri

Acil servislerde yönetim sürecinin önemi büyüktür. Bu alanda sunulan her bir hizmetin ve hizmet kapsamında belirlenen her bir sürecin etkin yönetimi acil servislerin başarılı ve kaliteli bir hizmet sunması için yerine getirilmesi gereken en önemli konudur. Acil servislerde yönetilmesi gereken en önemli süreçlerden birisi de hiç kuşkusuz “konsültasyon”dur.

1.7.1. Konsültasyon Tanımı ve Süreçleri

Acil servisler, günün her anında her çeşit hasta ve yaralının kabul edildiği aralıksız hizmet sunmaya devam eden ve hastanelerin sunduğu hizmet için özet bilgi sunan önemli alanlardan biridir. Acil servislere başvuran hastaların profilleri, klinik durumları birbirinden oldukça farklıdır. Acil servise başvuran hastaların, genellikle acil müdahale gerektiren, çeşitli medikal ve cerrahi sorunları vardır. Bu hastaların ilk kabulünden hastaneden ayrılmasına kadar geçen süreçte hastayı birçok sağlık profesyoneli görmekte ve müdahale etmektedir. Konsültasyon, hastaya ilk müdahaleyi yapan ve sorumluluğunu alan hekimin, hastanın tedavisinin devamı ya da sonlandırılması için farklı uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına ihtiyaç duyması halinde başka bir uzmanlık dalında görevli meslektaşına danışması olarak tanımlanmaktadır (Karakaya ve ark., 2009).

Konsültasyon, acil servislerde hastaların tanı ve tedavi işlemlerinde disiplinler arası yaklaşımı sağlayan önemli bir araçtır. Hastanelerde konsültasyon sürecinin en fazla yaşandığı alanlardan birisi de acil servislerdir. Acil servis hekimi hastayı kabul eder, muayenesini yapar ve değerlendirir akabinde hastanın klinik durumuna göre

farklı branşta hizmet sunan hekimin hastayı görmesini talep edebilir. Konsültan hekim hastayı görür, branşı ile ilgili alanda görüşünü bildirir gerekirse tetkik isteyebilir girişimsel işlemde bulunabilir ya da hastanın taburcu olması yönündeki görüşünü acil servis hekimine bildirir (Dönmez, 2016).

Acil serviste hastanın sorumluluğunu alan acil servis hekiminin konsültasyon isteme gerekçeleri aşağıda yer almaktadır (Atilla ve Çımrın, 2002):

- Hastaların yatışına karar vermesi durumunda ilgili kliniklere yatışını sağlamak
- Hastaların tanı ve tedavi sürecinde görüş ve yardım almak
- Özel bir tedavi yöntemi gerektiren hastalarda ilgili işlemin yapılabilmesini sağlamak
- Kronik hastalıklar nedeniyle acil serviste bulunan hastaların acil servisten taburcu olmaları için onay almasını sağlamak
- Acil serviste tedavisi tamamlanan ancak daha sonraki süreçte poliklinik hizmetine gereksinimi olan hastaların durumu için planlama ve düzenleme yapılmasını sağlamaktır.

Acil serviste hasta yönetiminde konsültasyon önemli bir süreçtir. Konsültasyona icabet eden hekim acil servise gelerek kendi branşı ile ilgili olarak hastayı muayene eder, önerilerde bulunur ve tüm bunları hasta dosyasında kendisi için ayrılan bölüme kaydeder (Özyurt ve ark., 2018).

1.7.2. Konsültan Hekimin Tanımı ve Sorumlulukları

Konsültan hekim, acil serviste hastayı kabul ederek ilk sorumluluğu alan hekim tarafından istenen konsültasyon davetine karşılık veren, hastanın sorumluluğunu üstlenen bilgi ve deneyim açısından yeterli olan hekimdir (Korkmaz, 2019). Hastaların klinik durumlarına göre konsültasyon sürecinde birden fazla hekim tedavi sürecine katılabilir (Sağlık Bakanlığı, 1960).

Konsültan hekimin en önemli görevi kendisine gelen konsültasyon davetine en kısa sürede cevap vererek hastayı yerinde değerlendirmek, görüş ve önerilerini paylaşmak, süreci tamamladıktan sonra dahi hastanın durumu ile ilgili gelişmeleri izlemektir (Türkan ve ark., 2005).

Acil servisteki hizmet sunumunda yer alan hekimlerden sağlık sektöründeki gelişmeler ile birlikte hasta beklentileri artış göstermektedir. Acil servise kabul edilen hasta, tetkik ve tedavi sürecinin en kısa ve iyi şekilde tamamlanıp acil servisten ayrılmak istemektedir. Bu durum, acil servis birimlerinde sunulan hizmetlerde bir standart yaklaşım geliştirilmesine neden olmuştur. Acil servislerin elinde bulunan tüm kaynak ve olanakların hizmet sunumunda kullanılması oldukça önemlidir (Türkan ve Tuğcu, 2004).

“Türk Ceza Kanunun 83. maddesi kapsamında, acil servise hastanın kabul edilmemesi sonucu kişinin ölümü halinde, icrai davranışla müdahalede bulunması beklenen acil servis hekimi hakkında ihmali davranışla kasten adam öldürme suçu kapsamında dava açılabileceği” bilinmelidir (Türk Ceza Kanunu, 2004).

Acil olgularda hekimin sorumluluklarına aşağıda yer verilmiştir (Tuğcu ve ark., 2003):

- Acil servise başvuran hastaların kabul edilmesi
- Acil servise kabul edilen hastalardan rıza alınması
- Mesleği gereği hasta ile ilgili öğrendiği sırları saklaması
- Gerekli durumlarda adli vakaların bildirimi
- Adli vakalara ilişkin konu ile ilgili rapor hazırlama
- Acil serviste sunulması planlanan tıbbi bakım ve konsültasyon sürecinin etkin yönetimi
- Acil servislerde hatalı tıbbi uygulama sorumluluğu
- Acil servislerde gerçekleşen ölümlerde sorumluluk

- Acil servislerde hastalardan elde edilen bilgilerin kayıt altına alınması sorumluluğu.

1.7.3. Konsültasyon Sürecini Etkileyen Faktörler

Konsültasyon sürecinin başarılı ve başarısız yönetilmesi birçok nedene bağlıdır. Hastanenin türü, acil servise başvuru sayısı, yatan hasta sayısının fazlalığı, yetersiz personel sayısı gibi birçok faktör bu sürecin yönetimini etkileyebilir (Dönmez, 2016). Konsültasyon sürecinin başarılı yönetilememesi nedeni ile hastanın acil serviste kalma süresi uzar, gerekli tedaviyi zamanında alamamasından kaynaklı hastalıklar tedavi edilemez duruma gelebilir ve hatta ölümler yaşanabilir.

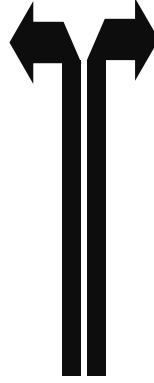
Bu çalışma gerçekleştirilirken konu ile ilgili literatür çalışmaları incelendiğinde konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini etkileyen faktörlerin hekim ile ilgili olan ve olmayan şeklinde değerlendirildiği görülmektedir (Brenner ve ark., 2004; Türkan ve ark., 2005; Rene ve ark., 2008). Bu çalışmada da konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi hekim ile ilgili ve hekim ile ilgili olmayan faktörler olmak üzere 2 ana başlık altında değerlendirilmiştir (Şekil 1.1.).

Hekim ile ilgili olmayan faktörler genellikle ülke genelinde yürütülen politikalar ve hastanenin özellikleri ile ilgilidir. Bunlar; hastanenin türü, büyüklüğü, yatan hasta sayısı, acil servislerinde gerçekleşen muayene sayısı, bazı branşlarda hekim istihdamı ile ilgili sorunlar ve konsültan hekim istem sayısı gibi faktörlerle açıklanmaktadır.

Hekim ile ilgili faktörler ise; konsültan hekime ulaşmada yaşanan güçlükler, konsültan hekimin nihai kararı verememesi, konsültan hekimin hastayı görmeden hizmet sunmaya çalışması ve konsültan hekimin hastayı değerlendirdikten sonra takibini yapmaması olarak sıralanabilir (Korkmaz, 2019).

Hekim ile İlgili Olmayan Faktörler

- Hastanenin Sağlık Hizmet Sunumundaki Profili
- Hastanenin Büyüklüğü
- Hastanede Yatan Hasta Sayısı
- Hastanenin Acil Servisinde Gerçekleşen Toplam Muayene Sayısı
- İlgili Branş Hekimi ile İlgili İstihdam Sorunu
- Konsültan Hekim İstem Sayısı



Hekim ile İlgili Faktörler

- Konsültan Hekime Ulaşmada Güçlükler
- Konsültan Hekimin Nihai Kararı Verememesi
- Konsültan Hekimin Hastayı Görmeden Hizmet Sunmaya Çalışması
- Konsültan Hekimin Hastayı Değerlendirdikten Sonra Takibini Yapmaması

Şekil 1.1. Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresini Etkileyen Faktörler

1.7.3.1. Hekim ile İlgili Olmayan Faktörler

Hekim ile ilgili olmayan faktörler başlığı altında ele alınan konular konsültasyon sürecindeki hekimlerin elinde olmayıp daha çok hastane ya da hastane üzerindeki bir politik otorite tarafından kaynaklanan durumlardır.

1.7.3.1.1. Hastanenin Sağlık Hizmet Sunumundaki Profili

Hastane türünün, konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini etkileyen faktörlerden birisi olduğu söylenebilir (Özyurt ve ark., 2018). Ülke genelindeki hastaneler Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastaneler olmak üzere farklı profillerde hizmet sunmaktadır. Bu hastane türlerinin ülke genelindeki dağılımları incelendiğinde en fazla Sağlık Bakanlığı daha sonra ise sıra ile üniversite ve özel hastanelerin olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018a). Bu dağılımları nedeniyle hasta yoğunlukları da buna paralel olarak değişmekte ve yoğunluğun fazla olduğu yerde konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi de uzamaktadır (Özyurt ve ark., 2018).

1.7.3.1.2. Hastanenin Büyüklüğü

Hastanenin sunduğu hizmetlerin çeşitliliği (ameliyathane, dahili ve cerrahi bütün poliklinikler, kemoterapi, görüntüleme hizmetleri gibi) ve yatak sayısı arttıkça hastanedeki hasta yoğunluğu da artmaktadır (Top, 2006). Bu durumun konsültan hekimin acil servise ulaşım süresini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir (Özyurt ve ark, 2018).

1.7.3.1.3. Hastanede Yatan Hasta Sayısı

Hastanede yatan hasta sayısı arttıkça konsültan hekimin kliniklerdeki iş yoğunluğu artmaktadır (Dönmez, 2016). İş yoğunluğu artan konsültan hekim acil servisten çağrıldığı zaman en kısa süre içerisinde acil servise ulaşım sağlayamamaktadır (Söyük ve Kurtuluş, 2017).

1.7.3.1.4. Hastanenin Acil Servisinde Gerçekleşen Toplam Muayene Sayısı

Hastanelerin acil servislerinde gerçekleştirdikleri hasta muayene sayıları ne kadar fazla ise o acil servisten konsültan hekim istenme sayısı da o kadar fazla olmaktadır (Söyler ve Koç, 2014). Acil servisteki hasta yoğunluğu konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini olumsuz yönde etkilemektedir (Özyurt ve ark, 2018).

1.7.3.1.5. İlgili Branş Hekimi ile İlgili İstihdam Sorunu

Konsültasyon sürecine konu olan branş hekimlerinin (kardiyoloji, nöroloji, nefroloji, ortopedi, göğüs hastalıkları uzmanı gibi) hastanede yeterli sayıda istihdamı bulunmuyor ise bu süre yine olumsuz yönde etkilenmektedir (Korkmaz, 2019).

Branş hekiminin yeterli sayıda olmaması, acil servisten çağrılan bir uzmanın aynı zamanda klinik ve poliklinik hizmetlerini de aksamadan yürütmesi gerektiğinden acile gitme süresi uzayabilecektir (Söyük ve Kurtuluş, 2017).

1.7.3.1.6. Konsültan Hekim İstem Sayısı

Acil servisten ne kadar çok konsültan hekim çağrılır ise o konsültan hekimin acil servise ulaşım süresi de bu duruma paralellik göstererek uzamaktadır (Söyüncü, 2013). Bu nedenle konsültan hekimler gereksiz çağrılmamalı gerçekten ihtiyaç var ise çağrılmalıdır (Korkmaz, 2019).

1.7.3.2. Hekim ile İlgili Faktörler

Hekim ile ilgili faktörler tamamen konsültasyon süreci içinde yer alan acil tıp hekimi ile konsültan hekim arasında yaşanan ve hekim kontrolündeki bir süreçten kaynaklı faktörlerdir.

1.7.3.2.1. Konsültan Hekime Ulaşmada Güçlükler

Konsültan hekim listeleri ilgili kliniklerce her ay güncellenerek acil servislere gönderilmektedir. Acil servise gelen listede yer alan numaralar acil servis hekimi tarafından aradığında her zaman ulaşılamamakta, bu nedenle acil hekimi tekrarlanan telefon görüşmeleri yapmak zorunda kalmaktadır (Atilla ve Çımrın, 2002).

1.7.3.2.2. Konsültan Hekimin Nihai Kararı Verememesi

Konsültasyona gelen hekimin bazı durumlarda karar verememekte ve bu durumu kendi uzman hekimine ulaşıp danışmaktadır. Süreç içinde kaynaklanan gecikme nedeniyle hasta için yapılacak ileri tedavi ya da spesifik girişimde gecikmektedir. Bu durum hafta sonu ya da gece konsültasyonlarında daha belirgin olarak yaşanmaktadır.

Yine ilk konsültasyona gelen hekimin deneyimsiz olması durumunda ileri tedavi ve spesifik girişim daha çok gecikebilmektedir (Atilla ve Çımrın, 2002).

1.7.3.2.3. Konsültan Hekimin Hastayı Görmeden Hizmet Sunmaya Çalışması

Bazı durumlarda konsültan hekim, hastanın yanına acil servise gelip hastayı görmeden, muayene etmeden aldığı bilgiler doğrultusunda tetkik ve teşhis hizmetlerini sunmaya çalışmaktadır. Konsültan hekimin, konsültasyon hizmetini telefonla veya başka yöntemlerle hastayı görmeden yapmaya çalışması, konsültan hekimin görev çağrısına icap etmemesi idari açıdan değerlendirilen bir görevi ihmal durumudur (Dönmez, 2016).

1.7.3.2.4. Konsültan Hekimin Hastayı Değerlendirdikten Sonra Takibini Yapmaması

Konsültan hekim hastayı görüp muayene ettikten sonra hastanın klinik durumuna göre tetkik istemekte ve tedavi önermektedir. Ancak acil servisten ayrılan konsültan hekim hastanın tetkik sonuçlarını ve önerdiği tedavinin takibini yapmadığı zamanlarda acil hekimi konsültan hekimi tekrar tekrar aramak durumunda kalmaktadır (Atilla ve Çımrın, 2002).

1.7.4. Konsültasyon Sürecinin Yasal Yükümlülükleri

Acil servis birimlerinde sunulan hizmetlere ilişkin sorunlar incelendiğinde konsültasyon sürecinin etkin bir şekilde yönetilememesi en sık karşılaşılan bir sorundur. Bu süreçte hekimin konsültasyon davetine geç cevap vermesi, acil servise gelmeden hastanın durumu ile ilgili görüş ve önerilerini telefon ile bildirmeye çalışması yaşanan en büyük sorunlardandır. Konsültan hekimin konsültasyon davetine en kısa sürede cevap vermesi onun mesleki sorumluluğu ayrıca yasal yükümlülüğüdür.

Konsültan hekimin hasta üzerindeki sorumluluğu, acil serviste hastayı kabul eden acil hekiminden farklı değildir. Bu sürecin etkin bir şekilde yönetimi için konsültasyon isteme ile ilgili hastane yönetiminin koordinasyonunda bu süreçte görev alan tüm çalışanların katılımı ile bir protokol hazırlanarak bu süreçlerde yaşanacak sorunlar en aza indirilebilir (Tuğcu ve ark., 2003).

1.7.5. Etkili Konsültasyon Unsurları

Konsültasyon sürecinin etkin bir şekilde yönetiminin önemi tartışmasız bir biçimde çok büyüktür. Etkili bir süreç yönetimi ile hastalara en kısa sürede ihtiyaç duydukları kaliteli hizmet sunulabilir. Bu süreçte gerçekleşmesi beklenen ve gereken etkili konsültasyon unsurları aşağıda yer almaktadır (Eshikumo, 2017):

- Etkili iletişim
- Organizasyon becerileri
- Tıbbi bilgi

1.7.5.1. Etkili İletişim

Etkili iletişim, sağlık hizmet sunumunda ihtiyaç duyulan önemli unsurlardan birisidir. Etkin olmayan iletişim aslında tüm sağlık sistemini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda hastanın tıbbi bakımında aksaklıklar, verimlilik ilkesinin yerine getirilmemesi, hizmet süreçlerinin etkin bir şekilde yönetilememesi ve bunların sonucu olarak hasta bakım kalitesinin düşmesi ve hasta memnuniyetsizliği ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle konsültasyon sürecinde yer alan hekimlerin etkin iletişimi özellikle bu süreçte oldukça önemlidir (Eshikumo, 2017).

Acil hekimi ile konsültan hekimin arasındaki iletişimin nezaket kurallarına uygun, açık ve anlaşılır bir şekilde olması konsültasyon sürecinin başarılı bir şekilde sürdürülmesine olanak sağlamaktadır (Söyüncü, 2013). Etkili iletişim için gerekli olan hususlara aşağıda yer verilmiştir (Marco ve Smith, 2002):

- Acil hekiminin konsültan hekimine ismi ile hitap etmesi
- Acil hekiminin konsültan hekime kendisini tanıtməsi
- Acil hekiminin hasta ile ilgili bilgileri konsültan hekime aktarırken yavaş ve anlaşılır şekilde konuşması
- Konsültan hekim ile görüştüğünü teyit etmesi
- Bütün iletişim sürecinde saygılı olması
- Hekimlerin birbirlerinin sözlerini kesmeden dinlemesi
- İletişim sürecinde herhangi bir konuda küçümseyici konuşulmaması
- Hasta ile ilgili farklı görüş ve önerilerin dinlenmesi ve kabul edilmeye açık olması
- Konsültasyon sürecinin her aşamasında nezaket kurallarına uyulması

1.7.5.2. Organizasyon Becerileri

Organizasyon ile ilgili elde edilen beceriler konsültasyon sürecinin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi için gerekli unsurlardandır. Konsültan hekim ile iletişime geçen acil hekimi hasta ile ilgili anlamlı ve özet bir bilgilendirme yapmalı, bunun içinde konsültasyon için gerekli hazırlıklarını tamamlamış olmalıdır (Kessler ve ark., 2012).

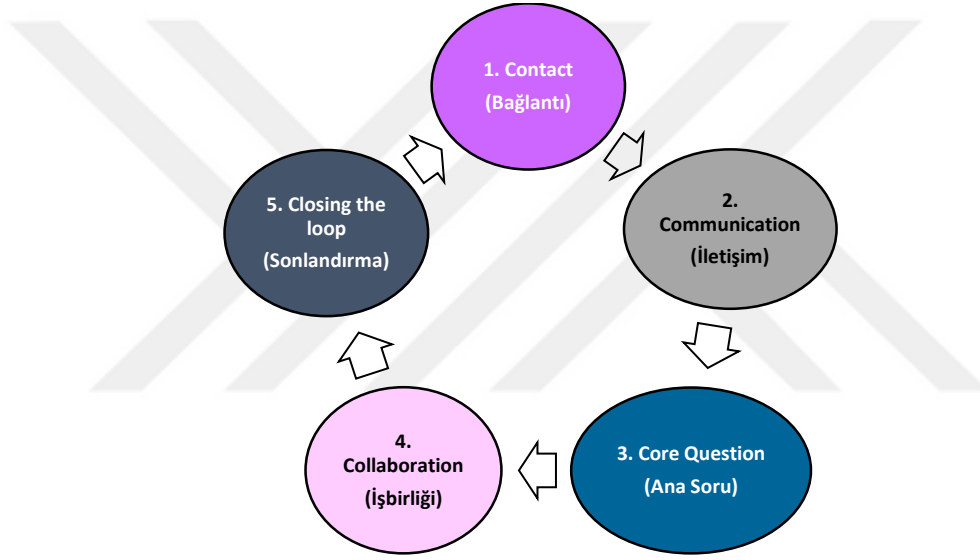
1.7.5.3. Tıbbi Bilgi

Hekimleri branşları kapsamında yeterli bilgi ve donanıma sahip olması, hastanın öyküsünün doğru bir şekilde alınması, tespit edilen problemlerin doğru bir şekilde değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır. Tüm bu hususlar sonuç olarak hasta yönetiminin etkin bir şekilde yapılmasına olanak sağladığı için konsültasyon sürecini de olumlu bir şekilde etkilemektedir (Kessler ve ark., 2012).

1.7.6. Etkili Konsültasyon Sürecinin 5 C si

Mick Cope geliştirdiği bir modelde bütün acil servislerdeki konsültasyon süreçlerinde uygulanması gereken etkili konsültasyon sürecini 5C modeli ile tanımlamıştır (Cope, 2000).

İngilizce sözcüklerin baş harflerinden oluşan 5C modeli; bağlantı (contact), iletişim (communication), ana soru (core question), işbirliği (collaboration) ve sonlandırma (closing the loop) aşamalarını içermektedir (Şekil 1.2.).



Şekil 1.2. Etkili Konsültasyon Sürecinin 5 C si

1.7.6.1. Bağlantı

Bağlantı kelimesi İngilizce’de “contact” kelimesinin karşılığı olup Mick Cope’nin 5 C modelinde yer alan ilk husustur. Acil hekimi ilgili klinikten acil servise teslim edilen konsültan hekim listesindeki iletişim numarasından konsültan hekimi arayarak kendini tanıtır ve kendisini tanıttıktan sonra karşısındakini de tanımaya yönelik iletişimi başlatır (Eshikumo, 2017). Örneğin, “Merhaba ben acil servisten Dr. Ahmet, kiminle görüşüyorum?” ya da kimliğini biliyor ise teyit etmek üzere “Merhaba

ben acil servisten Dr. Ahmet, onkoloji uzmanı Dr. Ayşe hanım ile mi görüşüyorum?” gibi.

1.7.6.2. İletişim

İletişim, 5 C modelinde yer alan ikinci husus olup İngilizce’de “communication” şeklinde ifade edilmektedir. Acil hekimi kendisini tanıtır karşısındakini de tanıdıktan sonra hasta ile ilgili açık, anlaşılır net bir şekilde öyküyü anlatır (Cope, 2000). Örneğin, Erkek bir hasta 52 yaşında, mide kanseri tanısıyla kemoterapi süreci devam ediyor. Bugün 5. günü, 39,3 derece ateş ve yorgunluk şikayetleri ile başvuruyor. Ayrıca nötropenisi de var. Hastanın yatışını yapabilmek için konsültasyon istiyoruz.

1.7.6.3. Ana Soru

Acil hekiminin konsültan hekim ile bağlantı kurup iletişime geçtikten sonra gelen üçüncü husus ana soru olup Cope’nin modelinde “core question” olarak ifade edilmektedir. Bu bölümde acil hekiminin, konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi ile ilgili süreyi nazikçe belirleyerek teyit ettirmesi gerekir (Eshikumo, 2017). Örneğin, “Ayşe hanım, 20 dakika içinde acile gelip hastayı yatış açısından değerlendirebilir misiniz?”

1.7.6.4. İşbirliği

Hekimler arasındaki iletişimde ana soru belirlendikten sonra işbirliği aşaması gelmekte olup Cope’nin modelinde “collaboration” olarak ifade edilmektedir. Konsültan hekim hastanın öyküsünü aldıktan sonra hastayı kendisinden başka bir branş hekiminin de görmesini isteyebilir. Örneğin, “Enfeksiyon hastalıkları uzmanı da antibiyoterapi açısından hastayı görebilir mi?” Acil hekimi: “Tabi ki, biz enfeksiyon hastalıkları uzmanından da konsültasyonu istiyoruz, sizin de 20 dakika içinde gelip hastayı değerlendirmenizi bekliyoruz.”

1.7.6.5. Sonlandırma

İşbirliği aşamasının başarılı bir şekilde tamamlanmasının ardından görüşme sonlandırılır ve bu Cope'nin “closing the loop” şeklinde ifade ettiği modelin son C'sidir. Acil hekim ve konsültan hekim acilde bekleyen hastanın konsültasyon sürecinin etkin bir şekilde yönetimi için fikir birliği içinde olduklarından emin olmalı ve telefonda daha önceden görüşülen noktalar teyit edilerek görüşme tamamlanmalıdır (Söyüncü, 2013). Örneğin, “Teyit etmek için soruyorum, hasta için enfeksiyon hastalıkları uzmanından görüş alındıktan sonra doğrudan sizin servise çıkarıp antibiyoterapi gerekli ise sizin orada yapabilir misiniz?”

1.8. Acil Servislerde Konsültasyon Süresi ve Önemi

Acil servislerdeki konsültasyon sürecinin en önemli yapıtaşlarından birisi konsültasyona cevap verme süresinin mümkün olduğunca kısa tutulmasıdır. Bu sürenin kısa olması sürecin etkin yönetimine katkı sağlayacaktır. Bu süre her hastaneden her hastaneye ya da daha geniş çaplı düşünüldüğünde ülkelerden ülkelere değişiklik göstermektedir. Her sağlık kuruluşu sağlık otoritesi tarafından belirlenen kriterleri esas alarak bir hedef değer belirlemektedir. Bu çalışmalar ülkelerde sağlıkta kalite çalışmaları başlığı altında yapılmakta ve bu süre acil servis hizmetlerinin kalitesini gösteren göstergelerden birisi olmaktadır.

Türkiye’de konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi bir sağlıkta kalite göstergesi olup sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında bu gösterge izlenmektedir. 2018 yılında Sağlık Bakanlığı’nın acil servislere yönelik yayınladığı genelgede bu sürenin 30 dakikayı geçmemesi gerektiği sağlık kuruluşlarına bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018b). Sağlık Bakanlığı tarafından acil servislere yönelik belirlenen bu süre mavi kod olaylarını kapsamamaktadır. Mavi kod olayının varlığında konsültasyona en geç ilk 3 dakikada cevap verilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Mavi kod uygulaması, sağlık tesisinde tedavi görmekte olan hastaların Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon (KPR) uygulamalarının KPR tecrübesi olan bir ekip aracılığı ile mümkün olan en uygun

şekilde gerçekleştirilmesini amaçlayan bir acil kod durumudur (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Konu ile ilgili uluslararası literatürde Kanada'ya ait bir rehberre ulaşılmış ve incelenmiştir. Bu kapsamda Kanada'da bu süre 2014 yılında Medical Advisory Committee (Tıbbi Danışma Kurulu) tarafından St. Michael's Hastanesi'ne yönelik hazırlanan bir rehber ile duyurulmuştur. Bu rehberde KPR ihtiyacı olan hastaya ilk 15 dakikada, ağır yaralanması olan ancak hayati tehlikesi bulunmayan hastalara ilk 30 dakikada, rutin konsültasyonlarda ise ilk 60 dakikada konsültan hekimin acil servise ulaşım sağlaması gerektiği belirtilmiştir (Medical Advisory Committee, 2014).

Konsültasyon süreleri ve yaklaşımları farklılık göstermektedir. Bu sürecin yönetimi sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında planlanmakta ve gerçekleştirilmektedir. Göstergenin esas hedeflerinden birisi acil serviste bekleyen hastaya ihtiyacı olan sağlık hizmetinin en kısa sürede verilmesi ve sağlık durumuna tekrar kavuşmasını sağlamaktır.

1.9. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi ve Amacı

2003 yılında Sağlık Dönüşüm Programı (SDP) ile gündeme gelen nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon ilkesi kapsamında yapılması gereken işlerin planlanması ve uygulanması için Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü görevlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003). Genel Müdürlük bu görevlendirme akabinde çalışmaları başlatmış ve yıllarca süren çalışmalar nihayetinde ulusal sağlıkta kalite sistemi oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

Bakanlık tarafından oluşturulan sağlıkta kalite sisteminin amacı; ülke genelinde sunulan sağlık hizmetlerinin zamanlılık, hakkaniyet, verimlilik, etkinlik ve etkililik ilkeleri çerçevesinde sunulmasının sağlanması bunun yanı sıra hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve nihayetinde hasta ve çalışan memnuniyet düzeyinin yükseltilmesidir (Sağlık Bakanlığı, 2015b).

1.9.1. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Kapsamı ve Yasal Dayanağı

Türkiye sağlıkta kalite sistemi, “ülke genelinde hizmet sunan 1., 2. ve 3. basamak tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını (kamu, özel, üniversite) kapsamaktadır. Ulusal sağlıkta kalite sisteminin yasal dayanağını SDP oluşturmaktadır. SDP’nin 8 ana bileşeninden 6.’sı olan “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” bileşeni, Sağlık Bakanlığı’nın öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır” (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi’nde yer alan 355. Maddenin h bendinde “Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarını belirlemek ve uygulanmasını sağlamak” görevi kapsamındaki çalışmalar, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Ülke genelinde yürütülen tüm bu çalışmalar 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” doğrultusunda yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015b).

1.9.2. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Yapıtaşları

Ülke genelinde yürütülen sağlık kalite çalışmalarının önemli üç noktası bulunmaktadır. Bunlar; kurumsal yapının oluşturulması, sağlık hizmet kalitesi ile ilgili hususların planlanması ve uygulanması ve klinik kalite çalışmalarının yürütülmesidir (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

Kurumsal Yapı

Ulusal sağlıkta kalite sisteminin kurumsal yapısı, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ile başlayarak bütün taşra yapılanmasını ve bu yapıda görevli tüm çalışanları kapsayacak şekilde organize edilmiş ve bu sayede ülke genelinde sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleştirilen kalite çalışmalarında bir organizasyon yapısı oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

Sağlık Hizmet Kalitesi

Yapı taşlarından bir diğeri olan sağlık hizmet kalitesi kapsamında üç ana husus bulunmaktadır. Bunlar; sağlıkta kalite standartları, göstergeleri ile sağlıkta kalite değeriendirmeleridir (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

Sağlıkta kalite standartlarının uygunluğu ve karşılanma düzeyi sağlık kurum ve kuruluşlarında değeriendirilerek gerekli iyileştirme faaliyetlerinin değeriçekleştirilmesi amacı ile hazırlanmaktadır. Farklı nitelikte hizmet sunan her alana özgü sağlıkta kalite standartları değeriştirilmektedir.

Sağlıkta kalite göstergeleri, hizmet sürecinin ve bu süreçten elde edilen çıktılarının ölçülmesi, ölçüm sonucunda elde edilen verilerin değeriendirilmesi için kullanılmaktadır.

Sağlıkta kalite değeriendirmeleri, Bakanlıkça hazırlanan sağlıkta kalite standartlarının ilgili sağlık kuruluşlarında karşılanma düzeyinin belirlenmesi için sertifikalı sağlıkta kalite değeriendiricileri tarafından ile ülke genelinde kapsam dahilinde yer alan tüm sağlık kuruluşlarında değeriçekleştirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

Klinik Kalite

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütölen “kalite çalışmalarının bir parçasını oluşturan klinik kalite programı ile tıbbi süreçler ve klinik çıktılarının izlenmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.” Ülke genelinde öncelikli olarak toplumda görölme sıklığı ve hastalık yükü esas alınarak sağlık olguları belirlenmekte ve belirlenen her bir sağlık olgusuna yönelik klinik kaliteyi ölçen ve değeriendiren rehberler hazırlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

1.10. Acil Servislerde Sağlıkta Kalite alışmaları

Acil servislerde gerçekleştirilen iş ve işlemlerin oldukça yoğun ve karmaşık bir özelliğe sahip olduğu söylenbilir. Acil servislerdeki işleyiş hastanın acil servise başvurusu, ilk tiyajın gerçekleştirilmesi, triyajın ardından hastanın kabul edilmesi, tetkik ve tedavi için hastanın müşahedeye alınması, gerektiğinde konsültasyon sürecinin başlatılması, hastaların yatışına karar verilmesi ve bazen de hastanın sevk işlemlerinin gerçekleştirilmesi gibi birçok karmaşık sürecin bir arada olduğu hususları kapsamaktadır. Bunların yanı sıra acil servislerde acil servis hizmetleri için gerekli ilaç, malzeme ve cihazlar ile ilgili süreçlerin yönetimi, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ile ilgili işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesine ilişkin süreçler hayati önem taşımaktadır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı tarafından tüm bu hizmetlerin kaliteli bir şekilde sunulması için sağlıkta kalite standartları geliştirilmiştir (Altındış ve nal, 2017).

Acil serviste sunulan hizmetlerin ve fiziki yapının hasta ve çalışan güvenliğini esas alacak şekilde düzenlenmesini sağlayarak etkin ve etkili sağlık hizmetine zamanında ulaşılabilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta kalite standartları ve göstergeleri hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015c).

Hazırlanan sağlıkta kalite standartları ve göstergeleri ile Sağlık Bakanlığı sertifikalı sağlıkta kalite değerlendiricileri tarafından yerinde değerlendirmeler gerçekleştirilmekte ve acil serviste iyileştirmeye açık alanlar tespit edilmektedir. 2015 yılında hazırlanan ve yayınlanan acil servis hizmetlerine yönelik 14 adet standart, 4 adet gösterge bulunmaktadır. Dünyada acil servislere yönelik SKS örneklerinden sonra Türkiye’deki standart ve göstergeler ayrıntılı bir biçimde ele alınmıştır.

1.10.1. Dünyada Acil Servislere Yönelik Hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları

DSÖ, 2003 yılında yaptığı çalışmalarla ülkelere sağlıkta kalite standartları belirlenirken 9 hedef kapsamında çalışmalarını gerçekleştirmelerini önermiş olup bu hedeflere aşağıda yer verilmiştir (Altındış ve Ünal, 2017):

- Kamu sağlığının öncelikle korunması
- Hastaların hizmet sunuculardan beklentilerinin karşılanması ve hasta deneyimlerinin esas alınması
- Çalışanların bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların teşviki
- Sağlık kuruluşlarının iyi bir şekilde organize olması ve yönetilmesi
- Sağlık kuruluşlarında güvenli bir ortamın sağlanması
- Verimliliğin sağlanması
- Bilgi sistemlerinin güvenliğinin sağlanması

Acil sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlar olan acil servisler içinde sağlıkta kalite standartlarını belirlemek ve uygulamak oldukça önemlidir. Ülkeler DSÖ'nün önerdiği bu hedefler kapsamında kalite standartları geliştirerek standartlara uyumu değerlendirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015c). Bu kapsamda bu alanda başarılı örnekleri oluşturan İngiltere, Avustralya ve ABD'de acil servislere yönelik hazırlanan standartlara aşağıda sırasıyla yer verilmiştir.

1.10.1.1. İngiltere'de Acil Servislerde Kullanılan Sağlıkta Kalite Standartları

İngiltere'de 2015 yılında Londra Sağlık Programı tarafından sağlık hizmet sunumunda yer alan acil servislere yönelik sağlıkta kalite standartları hazırlanarak yayınlanmıştır. Hazırlanan bu standartlar acil servise başvuran hastalara yönelik

planlanan ve uygulanan işlemleri yerine getirmeyi amaçlamaktadır (Altındış ve Ünal, 2017). Bu standartlara aşağıda yer verilmiştir (National Health Service, 2015):

- Acil servise başvuran hasta acil servise kabul edilmesinden sonraki 12 saat içerisinde ilgili branş hekimi tarafından muayene edilmelidir.
- Müşahedede yatışı yapılan hastaların sağlık ihtiyaçlarına yönelik ihtiyaçlar multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmelidir.
- Acil servisteki bütün hastalar erken uyarı sistemi ile sürekli izlenmeli ve yüksek riskli olarak belirlenen hastaların muayenesi ilgili uzman hekim tarafından bir saat içinde gerçekleştirilmelidir.
- Acil serviste görev başında olan (tıbbi müdahale, konsültasyon, kontrol vb) uzman hekim ve hizmet sürecinde yer alan diğer ekip üyelerinin tek sorumluluğu olmalı ve aynı anda sadece bir hastanın sorumluluğunu üstelenebilmelidir.
- Acil servisler yatan hastalar için günde en az iki kere ilgili hekim tarafından ziyaret planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Görüntüleme hizmetleri en kısa sürede sunulmalı ve raporlanmalıdır. Bu süre kritik hastalar için 1 saat, acil hastalar için 12 saat ve acil olmayan hastalar için 24 saat içinde gerçekleştirilmelidir.
- Acil servislerde sosyal hizmetlere erişim kesintisiz sağlanmalıdır.
- Acil kabul edilerek cerrahi düşünülen hastalar ile ilgili sürecin işleyişi sorumlu uzman hekime danışılmalı ve alınan karar notlara kaydedilmelidir.
- Acil ameliyat edilmesi gereken hastaların durumları ilgili branş hekimi (anestezi uzmanı) ile görüşülmelidir.
- Hastalar ve yakınları hasta ile ilgili karar verme sürecine dahil edilmelidir.
- Hastaların acil servislerdeki deneyimleri kayıt altına alınarak değerlendirilmelidir.
- Bakım kalitesinin iyileştirilmesi için bakımda yer alan bütün çalışanlar hasta sonuçlarının kontrol edilmesi sürecine dahil olmalıdır.

1.10.1.2. Avustralya’da Acil Servislerde Kullanılan Sağlıkta Kalite Standartları

Avustralya’da hazırlanan ve uygulanan acil servis kalite standartları farklı başlıklarda kategorize edilmiştir. Bunlar; klinik, yönetim, mesleki standartlar, eğitim-öğretim ve araştırma standartlarıdır (Altındış ve Ünal, 2017). Avustralya Acil Tıp Okulu (Australasian College for Emergency Medicine) tarafından hazırlanan acil servis kalite standartlarının teknik ve fonksiyonel kaliteye odaklandığı görülmekte olup bu standartlara aşağıda yer verilmiştir:

- Acil servise yönelik hazırlanan bu beş başlıktan birisi olan klinik standartlar; acil servise başvuru, kabul süreci, bekleme alanlarına yönelik düzenlemeler, triyaj, kayıtların doğru ve güvenilir toplanması, acil servisten taburculuk veya konsültasyon sürecine yönelik işlemlere odaklanır.
- Yönetim standartları; acil servisin yönetimi, hasta merkezli bakım, gerekli iş gücü, fiziksel çevrenin iyileştirilmesi için gerekli kaynakların temini, bilgi sistemlerinin yönetimi, hasta deneyimine önem verilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik hususlara odaklanır.
- Mesleki standartlarda; liderlik, mevzuat çalışmaları, etik ilkeler, ekip çalışmasına yönelik işbirliği, kamu sağlığının önemine yönelik standartlar yer almaktadır.
- Eğitim öğretim standartları, acil sağlık hizmet sunumunda yer alan ekiplerin bilgi ve becerilerini geliştirmeyi hedeflemektedir.
- Araştırma standartları ise acil servisin hastalara kaliteli ve kanıta dayalı bakım hizmetinin sağlanabilmesi için araştırmaya katılım ve işbirliğini teşvik edici standartları içermektedir.

1.10.1.3. ABD’de Acil Servislerde Kullanılan Sağlıkta Kalite Standartları

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nin farklı bölgelerindeki acil servisler için hazırlanan kalite standartlarında bir bütünlük olmasa da ülke genelinde kalite

alışmaları yrtlmektedir. ABD’de acil servislere yönelik hazırlanan standartlar genel hatları ile birlikte aşağıda paylaşılmıştır (Altındış ve nal, 2017):

- Çalışanların bilgi ve deneyimlerinin geliştirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
- Sistemin organizasyonu ve yönetimi, iletişim, karşılama, yönlendirme, hasta bakım süreci, veri toplama ve halkın eğitilmesine yönelik tanımlamalar yapılmalıdır.
- Acil servislerde kaynak, tesis ve eğitim yönetimi gibi konular planlanmalı ve uygulanmalıdır.

1.10.2. Türkiye’de Acil Servislere Yönelik Hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları ve Göstergeleri

Türkiye’de acil servislere yönelik hazırlanan sağlıkta kalite standartları ile hizmet sunumu alanında iyileştirmeye açık alanlar tespit edilmektedir. Standartlar acil servisin bütün işleyiş sürecini ele almaktadır. Hastanelerin acil servis birimlerine yönelik 2015 yılında hazırlanan standartlar aşağıda yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015c):

- “Acil sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
- Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- Acil servislerin fiziksel ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır
- Acil servis hizmetleri için gerekli ilaç, malzeme ve cihaz bulunmalıdır.
- Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunulması sağlanmalıdır.
- Triyaj uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır
- Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalıdır.
- Konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.

- Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.
- Teşhis ve tedavi sürecinde, hasta ve hastaya ait materyal/numunenin transferi, hastane personeli tarafından gerçekleştirilmelidir.
- Yatış, sevk ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.
- İlgili personele KPR eğitimi verilmelidir
- Hastane bünyesinde bulunan ambulanslara/hasta nakil araçlarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.”

Türkiye’de acil servislere yönelik standartlar 14 başlıkta toplanmış olup bu standartlardan birisi doğrudan konsültasyon süreci ile ilişkilidir. Bu standart ile konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi, bu kapsamda hasta güvenliğinin esas alınması ve etkin yürütülen konsültasyon sürecinin sonucunda hasta memnuniyetinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Sağlıkta kalite standartlarının nasıl değerlendirileceğine ilişkin hem değerlendiricilere hem de hastanelere yol gösterici her bir standarda ait değerlendirme ölçütleri de ayrıca yer almaktadır.

Göstergeler

Sağlıkta kalite göstergeleri ile hizmet sunumu sürecinde göstergeler aracılığıyla ölçülebilir alanlar tespit edilerek düzenleyici önleyici faaliyetler başlatılmaktadır. Her bir göstergeye ilişkin veriler 3 aylık zaman aralıklarıyla toplanarak analiz edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015d).

Sağlık kuruluşları her bir göstergeye ait gösterge kartında yer alan bilgileri takip etmek ve takip sonucuna göre iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirmekle görevlidir. Sağlık kuruluşları tüm bu çalışmalar kapsamında elde ettiği verileri Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi’ne (TÜR-GÖS) girmektedir. Hastanelerin acil servis birimlerine yönelik hazırlanan sağlıkta kalite göstergeleri; acil servise yeniden başvuru oranı, acil serviste ortalama müşahade süresi, konsültan hekimin acil servise

ortalama ulaşma süresi ve hasta sevk oranı olup, bu göstergeler sırasıyla açıklanacaktır.

- **Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı**

Hastanenin acil servisinde tedavisi gerçekleştirilerek taburcu edilen hastanın hastaneden ayrılmasının ardından geçen 24 saat içerisinde yine aynı şikayet ile acil servise başvuru oranının takip edilmesi için geliştirilen bir göstergedir. Bu göstergenin amacı tekrar başvuru nedenini belirleyerek iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesidir (Sağlık Bakanlığı, 2015d).

- **Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi**

Hastanın tetkik ve tedavi süresinin tamamlanması için acil servisteki yatış süresinin izlendiği bir göstergedir. Amacı, müşahede alanlarında gereksiz yatışların önlenmesi ve bu alanların etkin bir şekilde kullanılmasının sağlanmasıdır.

- **Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi**

Acil hekiminin acil servise çağırdığı konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini izleyen bir gösterge olup, amacı zamanlılık ve hasta güvenliği hedeflerine ulaşabilmektir (Sağlık Bakanlığı, 2015d).

- **Hasta Sevk Oranı**

Acil serviste tedavisi gerçekleştirilemeyen hastaların başka bir sağlık kuruluşuna sevkini izlenmesini sağlayan göstergedir. Buradaki amaç acil servisin nitelik ve nicelik olarak hizmet kapasitesinin etkin bir şekilde kullanılıp kullanılmadığının belirlenmesidir.

1.10.2.1. Türkiye’de Konsültasyon İşlemlerinin Etkin Bir Şekilde Yürütülmesi Standardına İlişkin Gerçekleştirilen Çalışmalar

Hastalar acil servise farklı şekillerde (ayaktan, refakatçi ile, ambulansla vb) başvurabilir. Acil serviste başvurusu alınan hasta triyaj alanına yönlendirilir. Triage, hastanelerin acil servis birimlerine başvuran bireylerin içinde bulundukları durumun tanımlandığı, hayati tehlike oranlarına göre hekim muayenesinin gerçekleştirilmesi için yapılan bir seçim sürecidir (Akyolcu, 2007). Triage sürecine yönelik temel kurallara aşağıda yer verilmiştir: (Sağlık Bakanlığı, 2019):

- Triage’da harcanan zaman en fazla 1 dakika olmalı
- Triage tedavi yapmaya yönelik olmamalı
- Triage’da kullanılan yöntem basit ve herkesin kabul edebileceği bir yöntem olmalı
- Acil servise başvuran herkese uygulanabilir olmalı
- Triage’da görevli çalışanlar eğitilmiş ve deneyimli olmalı
- Triage sürecinde din, dil ve ırk gibi ayrımlar yapılmamalı
- Her basamakta tekrar yapılmalı.
- Triage sürecinde hastanın onamını almak zorunlu olmamalı.

Triage sürecini tamamlayan hasta acil servis hekimine muayene olmak üzere muayene alanına geçer. Hastanın, acil servis hekimi tarafından muayene, gerekli tetkik sonuçları ile değerlendirilmesi yapılır ve konsültasyona gerek olup olmadığına karar verilir. Konsültasyonun gerekliliğine karar verildi ise acil servis hekimi tarafından bilgi yönetim sistemi üzerinden konsültasyon istemi yapılır. Bu istem hasta dosyasına kaydedilir ve konsültan hekim acil servis hattı veya cep telefonu ile aranarak hastanın genel durumu hakkında bilgi verilerek acil servise davet edilir.

Konsültan hekimin acil servise davet edilmesi üzerine konsültan hekimin ilk 30 dakika içerisinde (mavi kod olayları dışında, mavi kodda en geç 3 dakikada olay yerine gelmesi beklenir) acil servise gelmesi beklenir (Sağlık Bakanlığı, 2018c). Acil servise

gelen konsültan hekim hastayı bire bir değerlendirir. Konsültan hekim branşı gereğince yaptığı muayene, tetkik ve tedavi işlemleri ile ilgili sözlü bilgilendirmeyi acil servis hekimine yapar ve tüm süreçle ilgili durumları da hasta dosyasına kaydeder. Tüm bu işlemler neticesinde konsültan hekim hastanın yatışına karar verir ise hastanın ilgili kliniğe yatışı gerçekleştirilir.

1.10.2.2. Türkiye’de Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi Göstergesine İlişkin Gerçekleştirilen Çalışmalar

Her sağlık kuruluşunda kalite çalışmalarının yürütülmesini koordine etmek, izlemek ve değerlendirmek üzere kalite direktörü görevlendirilmiştir. Kalite direktörleri sağlık kuruluşlarında sağlıkta kalite standartları ve göstergeleri ile ilgili olarak gerçekleştirilen faaliyetleri izlemekle yükümlüdür. Kalite direktörleri her bir göstergeye ilişkin gösterge kartları hazırlayarak ilgili göstergeye ilişkin sorumluları belirleyerek çalışmaları planlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015c).

Konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi göstergesine ilişkin kalite direktörü acil servis sorumlusu hekimi ve hemşiresi ile iletişime geçerek süreç hakkında bilgi verir. Daha sonra bu göstergeye ilişkin bir hedef değer belirlenir (örn. 45 dakika gibi). Daha sonra göstergeye ilişkin alt göstergeler de belirlenerek onların da takibi yapılır. Örneğin branş bazlı konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi gibi. İlgili göstergeye ilişkin veri kaynağı tanımlanır. Bu kaynak hastanelerde bilgi yönetim sistemidir. Daha sonra acil serviste belirlenen konsültasyon süreci kapsamında takip edilen değerler üç ayda bir analiz edilir. Analiz neticesinde elde edilen verilerin belirlenen hedef değer ile olan ilişkisi değerlendirilir. Bu analiz toplantıları sağlık kuruluşunun yöneticilerinin de yer aldığı kalite direktörü koordinasyonunda gerçekleştirilir (Sağlık Bakanlığı, 2015c).

Toplantılarda hedef değerden sapmalar tartışılır, sorunlar tespit edilir ve tespit edilen sorunlara ilişkin düzeltici önleyici faaliyetler (DÖF) planlanır. Kalite direktörü

planlanan DÖF'lere ilişkin uygulamaları belirlenen zaman aralıklarında yerinde değerlendirir ve başarı ile sonuçlanan DÖF'ler kalite direktörü tarafından kapatılır.

1.10.3. Konsültasyon Süresi ve Sürecinin Sağlıkta Kalite Çalışmaları Açısından Önemi

Türkiye ve farklı ülkelerde acil servislere yönelik hazırlanan sağlıkta kalite standartları incelendiğinde, tüm ülkelerde konsültasyon süresi ve sürecine yer verildiği görülmüştür. Bu göstergenin kalite çalışmaları açısından önemi çalışmanın bu bölümünde bahsedilmiştir.

Konsültasyon süresi ve sürecinin tanımlanması ve bu kapsamda takip edilmesinin önemi 4 farklı başlıkta aşağıda yer almaktadır (The Royal College of Emergency Medicine, 2010);

- Hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi
- Hasta güvenliğinin artırılması
- Acil bakımının geliştirilmesi
- Maliyet verimliliğinin sağlanması

Konsültasyon süresi ve süreci ile ilgili tanımlamaların yapılması standart ve göstergelerin belirlenmesi ve bu kapsamda iyileştirme planlarının gerçekleştirilmesi hasta bakım kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2015c). Konsültasyon sürecinin etkin bir şekilde yönetilmemesi hasta güvenliğinin önemli ölçüde tehlikeye atmaktadır. Bu süreçte hasta güvenliğini artırabilmek için aşağıda yer alan hususların sağlanması gerekmektedir (The Royal College of Emergency Medicine, 2010);

- Konu ile ilgili bir danışman belirlenmeli ve onun liderliğinde işler yürütülmeli,
- Gelişmiş klinik karar verme süreçleri tanımlanmalı,

- Acil servis ekibi üyeleri arasında göreve yeni başlayanlar için denetimler yapılmalı,
- Daha az istenmeyen ciddi olayların yaşanması için planlamalar yapılmalı,
- Gereksiz tetkiklerden kaçınılmalı.

Acil serviste görev alan bütün çalışanlar her bir vaka için multidisipliner bir yaklaşım içerisinde olmalı ve hastaya bu yaklaşımla bakım sunulmalıdır. Ancak bu durumda acil bakım kalitesi geliştirilebilir. İlgili çalışanlar belirlenen periyotlarda bir araya gelerek bu sürecin analizini yapmalı ve tespit edilen uygunsuzluklara yönelik çözüm önerileri geliştirmelidir.

Konsültasyon süresi ve sürecinin etkin yönetimi hem bakımın hem de maliyetin verimliliğini artırmaktadır. Bu sürecin yukarıda belirlenen kriterlere göre yönetiminin hastane maliyet verimliliğine katkıda bulunması Londra’da yapılan bir çalışma ile kanıtlanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre Londra’da hizmet sunan Kingston Hastanesi’nde acil servislerde konsültasyon süreçlerine ilişkin yukarıda belirtilen hususlar dikkate alınarak bir model geliştirilmiş bu çalışma neticesinde acil servise başvuruların % 27 azaldığı, şikayetlerin % 41 azaldığı, ortalama bekleme süresinin % 15 düştüğü, hastanenin net 3 milyon euro net tasarruf sağladığı tespit edilmiştir (The Royal College of Emergency Medicine, 2010).

1.10.4. Türkiye’de Uygulanan Acil Servis Hasta Memnuniyeti Anketi

Hastanelerin acil servislerinde kalite çalışmaları kapsamında hasta memnuniyet anketleri uygulanmaktadır. Bu anketlerin uygulanması bir standart ve gösterge ile de ilişkilendirilmiştir. Hastanenin acil servislerinde hizmet alan ve hizmetin acil serviste tamamlanmasının ardından hastalara acil servisten aldıkları hizmet kapsamını içeren sorulardan oluşan anket hastane tarafından uygulanmaktadır. Bu ankette yer alan sorular aşağıda yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015e);

- “Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi.

- Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti genel olarak iyiydi.
- Bekleme salonları rahattı.
- Tüm personel bana karşı ilgiliydi.
- Acil servis çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.
- Beni muayene eden doktor hastalığım ile ilgili bana bilgi verdi.
- İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım.
- Acil servis genel olarak temizdi.
- Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.
- Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.”

Ankette yer alan sorulara “Evet/Biraz-Kısmen/Hayır” cevapları verilmektedir. Anket sonucunda hastanelerin acil servislerinde hasta memnuniyet oranları hesaplanmaktadır. Anket sonuçlarına göre soru bazında analiz gerçekleştirilerek hangi soruya “Hayır” ya da “Biraz/Kısmen” cevabı verilmiş ise o alana yönelik düzeltici ve önleyici faaliyet çalışmaları başlatılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015e).

1.10.5. Türkiye’de Gerçekleştirilen Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri

Standartlara ve göstergelere ilişkin hastanelerde gerçekleştirilen uygulamalar, Sağlık Bakanlığı sertifikalı “Sağlıkta Kalite Değerlendiricileri” tarafından yerinde incelemeler şeklinde değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015a). Değerlendirme sonucunda elde edilen veriler değerlendiriciler tarafından Kurumsal Kalite Sistemi’ne (KKS) girilmektedir. Ayrıca değerlendiriciler, sağlık kuruluşlarını değerlendirmeleri sırasında tüm göstergelere ilişkin verileri ve yapılan çalışmaları sağlık kuruluşlarının TÜR-GÖS ekranından görebilmektedir. Tüm standart ve göstergelere ilişkin yerinde değerlendirmeler neticesinde sağlık kuruluşlarının kalite puanı belirlenmektedir.

1.11. Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresine Yönelik Çalışmalar

Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi ve bu süreyi etkileyen faktörlere ilişkin özet bilgileri içeren literatür taraması aşağıda paylaşılmıştır:

Dönmez'in (2016) "Acil serviste gerçekleştirilen konsültasyon sürecinin incelenmesi" konulu araştırması, Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulamaları Araştırma Merkezi Acil Servisi'nde uygulanmıştır. 1 aylık süre içinde erişkin acil servisine 9 294 kişi başvurmuş, bu hastaların 2013'üne (% 21,6) konsültasyon istendiği saptanmıştır.

Gürsoy'un (2014) "Acil serviste dahiliye konsültasyonu yapılan hastaların epidemiyolojik özellikleri ve konsültasyonla ilişkili sorunların irdelenmesi" konulu araştırması, Bursa Uludağ Sağlık Uygulamaları ve Araştırma Merkezi Acil Servisi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışma bulgularına göre dahiliye konsültasyonlarının % 84,7'si ilk 3 saat içerisinde, % 94,7'si ilk 6 saat içinde sonlandırılmıştır. Sadece 3 hastada (% 0,05) konsültasyon sonuçlanma süresi 24 saati aşmış ve ortalama konsültasyon sonuçlandırma süresi 121 dakika olarak saptanmıştır.

Köse ve arkadaşları (2011) "Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu" konulu araştırmayı Van Devlet Hastanesi acil servisinde uygulamıştır. Acil servise başvuran toplam 32 800 hastanın verileri değerlendirilmiştir. Konsültasyon oranının % 4,5 olduğu saptanmıştır.

Eshıkumo (2017) "Acil hekimlerinin konsültasyon sürecinde yaşadıkları zorlukların değerlendirilmesi" konulu araştırmayı Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisinde uygulamıştır. Çalışmaya 307 acil hekimi katılmıştır. Konsültasyon sürecinde yaşanan sorun türlerine bakıldığında konsültan hekimlerin başka bölümlere konsültasyon için yönlendirmesi (% 71,7), yatış endikasyonu olan hastanın çeşitli nedenlerle yatışının yapılmadığı ve bu hastaların acil serviste takip edildiği (% 68,1) saptanmıştır.

Çelikten (2016) “Bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran hastaların demografik özellikleri ve acil servis klinik hizmetlerinin değerlendirilmesi: beş yıllık analiz” konulu araştırmayı Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisinde uygulamıştır. Hastaların 1 041’i (% 0,27) Triyaj 1 (çok acil), 118 931’i (% 31,21) Triyaj 2 (acil), 261 091’i (% 68,52) ise Triyaj 3 (acil olmayan) kategorisine girmiştir. Acil servisten konsültasyon istenme oranı %13,44, en çok konsültasyon istenen bölüm % 22,03 oranı ile ortopedi ve travmatoloji bölümüyken başvuruların büyük bir çoğunluğunun (356 418 hasta; % 93,53) acil servisten taburcu edildiği saptanmıştır.

Çıkrıklar ve arkadaşlarının (2016) “Acil serviste zor hastaların yönetimi” konulu araştırmasına Sakarya, Bursa ve Kayseri illerindeki ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinin acil servislerinde çalışan hekimler dâhil edilmiştir. Tüm hasta grubu için zorluk nedenleri değerlendirildiğinde “Güvenlik endişesi”, “Konsültan hekimlerin hastayı sahiplenmemesi”, “Hastanın hangi branş tarafından yatırılacağına belirsizliği” ve “Yer bulunamadığı için hastaların yatırılmaması” en önemli dört neden olarak öne çıktığı tespit edilmiştir.

Akpınar Oruç ve Üzel Taş’ın (2013) “Acil servise başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri” konulu araştırması Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servis birimine başvuran 180 kişiye uygulanmıştır. Hastaların % 22,3’üne konsültasyon gereksinimi olduğu tespit edilmiş olup bu hastaların bu hizmeti alabilmeleri için % 40,7’sinin 15-30 dakika, % 29,6’sının 30-45 dakika ve % 22,2’sinin 60 dakikadan daha uzun süre beklediği belirlenmiştir.

Woods ve arkadaşlarının (2007) “Acil serviste konsültasyon sonuçları: yoğunluk ve karmaşıklık” konulu araştırması Kanada’da ikinci ve üçüncü basamak acil servilerde uygulanmıştır. 105 klinik vardiyada, 1 930 hasta 21 acil hekimi tarafından kabul edilmiştir. Hastaların % 38’inde en az 1 konsültasyon istenmiştir. Yaşlılar için konsültasyonlar daha sık görülmüş ve konsültasyonların % 89’unda acil hekimi ve konsülte hekim işbirliği sağlamıştır.

Dunn (2003) “Avustralya’da bölüm bekleme süreleri: tarihsel bir kontrol gözlem çalışması” konulu araştırmasında hastane doluluk oranındaki % 5,9’luk bir düşüşün, acil servis biriminde beklenen süreyi 58,5 dakikadan 37,1 dakikaya (% 36,6) ve yine tedavi olabilmek için bekleyen hasta sayısını 19,1’den 14,8’e (% 22,5) azalttığı bildirilmiştir.

Geskey ve arkadaşlarının (2013) Amerika Pensilvanya Eyalet Üniversitesi acil servisinde yaptıkları bir araştırma sonucuna göre, acil servise konsültan hekimin geç gelmesinin kötü klinik sonuçlara neden olacağı öngörülmüştür. Bu kapsamda konsültasyon süreci ile ilgili kurumsal bir rehber hazırlanmış ve hazırlanan rehber çalışanlara özenle tanıtılmıştır. Rehberin yayınlanmasından önce konsültan hekimin konsültasyon çağrısına cevap verme süresi 121 dakika iken rehber yayınlandıktan 6 ay sonra bu sürenin 100 dakikaya düştüğü görülmüştür.

Shen ve Lee (2018) “Acil serviste konsültasyon sürelerinin iyileştirilmesi” konulu araştırmasını 1 600 yataklı Singapur Genel Hastane acil servisinde gerçekleştirmiştir. Bu acil servis yılda 135 binden fazla hasta kabul etmektedir. Bu çalışmada acil serviste uzun süre bekleme sürelerinin artmış morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu ve hasta memnuniyetini azalttığı ileri sürülmüştür. Çalışma kapsamında hastanede bir kurul oluşturulmuş ve konsültasyon sürecinin daha etkin yönetilebilmesi için stratejiler geliştirilmiştir. Hazırlanan stratejiler 6 ay boyunca hastanede uygulanmış ve 1 Ekim 2016 - 30 Nisan 2017 arasında sonuçları izlenmiştir. Çalışma sonucuna göre konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi 162 dakikadan 124 dakikaya gerilemiştir. Düşük maliyetli müdahaleler, şeffaflık, hakkaniyetli iş yükü ve takım bazlı bakım modeli, sürekli geri bildirimde bulunmak hastalar için bekleme sürelerini azaltmaya yardımcı olmuştur.

American College of Emergency Physicians (Amerika Acil Tıp Akademisi) (2009) yaptığı çalışmada acil serviste uzun bekleme sürelerinin nedenlerini sırasıyla; triyaj, tanı ve teşhis işlemleri (röntgen, tomografi gibi), kliniklerde yatan hasta oranının yüksekliği, konsültasyon çağrısı, kitlesel olaylar (doğal afet, salgın hastalıklar gibi), acil servise gereksiz başvuru, yetersiz insan gücü şeklinde sıralamıştır. Yine aynı

çalışmada konsültasyon hekiminin acil servise ortalama ulaşma süresi 135 dakika olarak belirlenmiştir.

Kessler ve Asrow'un (2011) yaptığı "Acil serviste konsültasyon; bakım sağlayıcılar arasındaki iletişimin iyileştirilmesi" konulu araştırma Canlandırma Tıp Merkezi, Chicago'da yapılmıştır. Çalışmada konsültasyon sürecinde iletişimin önemi vurgulanmıştır. Takım içindeki iletişimin, hastanın bakım planı için çok önemli olduğu belirtilmiştir. 2007 Ulusal Sağlık İstatistikleri Raporuna göre acil servise 117 milyon hasta başvurmuştur. Başvuran hastaların % 20-40'ı için bir veya daha fazla konsültasyon istenmiştir. Konsültasyon çağrılarının % 73'ü iyi yönetilememiştir. Yönetilemeyen konsültasyonlarda ilgili uzman hekimin konsültasyon süreci ile ilgili yeterli eğitim almadığı saptanmıştır. Bu çalışma hasta güvenliği kapsamında hekimlerin tıp eğitiminde konsültasyon sürecinin önemi ve yönetimi ile ilgili yeterli bilgi aldığı takdirde iyileşme oranlarının yükseleceğini savunmuştur.

1.12. Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı, çalışma kapsamına alınan Ankara ilinde bulunan 36 hastaneye ait Sağlık Bakanlığı veri tabanından alınan veriler ile acil servislerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kalite göstergelerinden birisi olan konsültan hekimin acil servise ulaşma süresinin ve bu süreyi etkileyen faktörleri ortaya koymak ve bu kapsamda öneriler geliştirmektir.

1.13. Çalışmanın Önemi

Sağlık hizmet sunumunda kaliteli hizmet sunulduğunun söylenebilmesi için hasta güvenliği, hasta odaklılık, sağlıklı çalışma yaşamı, süreklilik, etkinlik, etkililik, verimlilik, uygunluk, zamanlılık ve hakkaniyet hedeflerine ulaşılmış olması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015a). Sağlık hizmet sunum alanlarından birisi olan acil servislerde kaliteli sağlık hizmet sunumundan bahsedilebilmesi için sunulan hizmetlerin bu hedeflere uygun olarak gerçekleştirilmesi esastır. Acil servis

birimlerinde yürütülen hizmet süreçlerinden birisi olan konsültasyon süreci içinde hasta güvenliği, etkinlik, etkililik, uygunluk ve zamanlılık hedeflerinin karşılanması gerekir. Konsültasyon sürecinin etkin yönetimi acil serviste hekimi bekleyen bir hastanın gelecekteki yaşantısının sağlıklı bir şekilde devam etmesi açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmanın önemi aşağıda yer alan maddeler ile detaylandırılmıştır;

- Konu ile ilgili ulusal literatürde Sağlık Bakanlığı verileri tarafından gerçekleştirilmiş bir çalışmanın bulunmaması nedeniyle bu çalışmanın literatüre yeni bir bilgi getirecek olması.
- Araştırma kapsamında kullanılmasına izin verilen verilerin analizi ile elde edilen sonuçların Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile paylaşılması, araştırmada geliştirilen önerilerin dikkate alınması ve soruna ilişkin çözümlerin sağlık otoritesi tarafından gerçekleştirilmesi ihtimalinin yüksek olması
- Çalışma sonucunda elde edilen veriler neticesinde geliştirilen önerilerin, sağlık yöneticilerine acil servislerde kritik konulardan birisi olan konsültasyon sürecinin etkin bir şekilde yönetilmesi konusunda yol gösterici olma özelliğine sahip olması.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD) 2014 yılında, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine ilişkin bir inceleme yaparak inceleme rapor hazırlamıştır. Hazırlanan bu rapor ile inceleme sonucunda elde edilen eksikliklerin giderilmesine rehberlik etmesi amacıyla OECD tarafından Türkiye’ye öneriler geliştirilmiştir. Bu öneriler bakım kalitesini standartlaştırmak ve izlemek, mesleki gelişimi teşvik etmek, hasta görüşlerini değerlendirmek, ihtiyaçlarına cevap vermek, bilgi sistemlerinin sağlamlığını artırmaktır (OECD, 2014). Bu çalışmada bu önerileri kapsayan konsültasyon sürecine ilişkin verilerin analiz edilerek değerlendirilmesi ile Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için yol gösterecek verilerin ortaya konmuş olması.

- İngiltere Kraliyet Acil Tıp Koleji'nin (The Royal Collage of Emergency Medicine) 2010 yılında yapmış olduğu bir çalışma sonucunda acil servislerdeki konsültasyon sürecinin etkin yönetiminin; hasta bakım kalitesini geliştirdiği, hasta güvenliğini artırdığı, acil bakım kalitesine katkı sağladığı ve maliyet verimliliğini artırdığını tespit etmiş olması.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın yapıldığı yer, araştırmanın türü, evreni ve örnekleme, veri toplama aracı, varsayımları, kısıtlılıkları, süresi, veri analizi ve değerlendirme ile bağımlı ve bağımsız değişkenlere ilişkin bilgiler yer almaktadır.

2.1. Araştırmanın Yeri

“Ankara İlinde Konsültan Hekimlerin Acil Servise Ulaşma Sürelerinin ve Bu Süreleri Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” konulu araştırmanın yeri; Ankara ilinde Sağlık Bakanlığı, özel ve üniversite hastanesi profilinde hizmet sunmakta olan toplam 36 hastanenin acil servis birimleridir.

2.2. Araştırmanın Türü

“Olgu ve olayları nesnelleştirerek gözlemlenebilir, ölçülebilir ve sayısal olarak ifade edilebilir bir şekilde ortaya koyan araştırma türlerine nicel araştırma denir” (Şen, 2016). Bu kapsamda bu araştırma sayısal verileri ortaya koyabilmek amacı ile yapılmış olup nicel araştırma özelliği taşımaktadır. Araştırma verileri Sağlık Bakanlığı veri tabanından alınmış olup 2018 yılına ait veriler olması nedeniyle çalışma aynı zamanda tanımlayıcı ve retrospektif özellik taşımaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni Ankara ilinde hizmet sunan ve TÜR-GÖS’e veri girişi yapmakla yükümlü olan hastanelerin acil servis birimleridir. Evren, hakkında araştırma ya da genelleme yapılan tüm birey ya da öğelerden oluşan bir bütündür (Şen, 2016).

Türkiye genelinde hizmet sunan hastaneler il bazında, hastane hizmet profili (Sağlık Bakanlığı, özel ve üniversite) ve TÜR-GÖS'e eksiksiz veri girişi yapmış olmaları esas alınarak gruplandırılmıştır. İl bazında yapılan değerlendirme neticesinde TÜR-GÖS'e eksiksiz veri girişi yapan hastanelerin sayıca en fazla Ankara ilinde olduğu görülmüştür. Ayrıca eksiksiz veri girişi yapan hastanelerin içerisinde farklı nitelikte hizmet sunan hastanelerin de olduğu tespit edilmiştir. Tüm bu hususlar neticesinde en uygun ilin Ankara olduğu tespit edilmiş ve evren Ankara ili olarak belirlenmiştir.

2018 yılında Ankara ilinde hizmet sunan ve TÜR-GÖS'e veri girişi yapmakla yükümlü 44 hastane (27 Sağlık Bakanlığı, 5 üniversite, 12 özel) bulunmaktadır. Evrenin tümüne ulaşılması amaçlanmış, ancak 44 hastaneden 8'inin (2 Sağlık Bakanlığı, 3 üniversite, 3 özel) TÜR-GÖS'e veri girişi yapmadığı görülmüş ve evren 36 hastane (25 Sağlık Bakanlığı, 2 üniversite, 9 özel) olarak belirlenmiştir. Evrendeki Sağlık Bakanlığı hastanelerinin (25/27) % 92,5'ine, üniversite hastanelerinin (2/5) % 40'ına, özel hastanelerin ise (9/12) % 75'ine ulaşım sağlanmıştır.

2.4. Veri Toplama Aracı

Veriler Sağlık Bakanlığı sistemlerinden olan TÜR-GÖS ve KKS veri tabanından alınmıştır. Her iki sistemden alınan veriler, verilerin özellikleri, bu verilerin hangi amaçla toplandığı ve sistem üzerindeki analiz süreçlerine aşağıda yer verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, sağlıkta kalite göstergeleri ile ülke genelinde hizmet sunan sağlık kuruluşlarında ölçme ve değerlendirme yaparak iyileştirmeye açık alanları tespit edip DÖF'ler gerçekleştirmeyi hedeflemektedir. Memnuniyet anketleri ile de hastaların sağlık kuruluşunda aldığı hizmeti değerlendirmesine olanak sağlamaktadır. Bu veriler sayesinde hem bakanlık hem de sağlık kuruluşları hizmet sunum alanlarında ve süreçlerinde iyileştirmeye açık alanları tespit ederek DÖF'ler planlayarak uygulamaktadır.

2.4.1. Kurumsal Kalite Sisteminden Alınan Veriler

Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından yönetimi sağlanan bu sistemde Daire Başkanlığının kalite çalışmaları kapsamında yürüttüğü süreçlere ait veriler bu sisteme aktarılmaktadır. Bu sistemden;

- Kurum türü
- Yatak sayısı
- Yatan hasta sayısı
- Acil serviste muayene sayısı
- Acil serviste gerçekleşen ölüm sayısı
- Acil servis hasta memnuniyet oranları alınmıştır.

Çalışmanın konusu 2019 yılında belirlenmiştir. Bu nedenle ilgili tarih itibariyle göstergelere ilişkin verilerin en güncel hali 2018 yılına ait verilerdir. Göstergelere ilişkin veriler üçer aylık zaman dilimlerinde yılda dört kez veri tabanına girilir ve ilgili yıldan sonra gelen yılın ocak ayında verilerin analizi gerçekleştirilir. 2018 yılına ait verilerin analizi 2019 yılı ocak ayında gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle çalışmada kullanılan veriler 2018 yılına ait verilerden oluşmaktadır.

Kurum Türü, Yatak Sayısı, Yatan Hasta Sayısı, Acil Servis Muayene Sayısı, Acil Serviste Gerçekleşen Ölüm Sayısı

KKS veri tabanından alınan kurum türü, yatak sayısı, yatan hasta sayısı, acil servis muayene sayısı ve acil serviste gerçekleşen ölüm sayılarına ilişkin veriler, Türkiye Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) verileridir. TSİM sağlık hizmet sektöründe genel sağlık durumu ve risk gruplarına ilişkin bilgi sunulmasına yönelik geliştirilen bir yazılımdır (Sağlık Bakanlığı, 2018a). TSİM'den elde edilen veriler sonucunda ülke genelindeki sağlık kuruluşlarının hizmet kapasitesi belirlenmekte ve bu kapasitenin yükseltilmesi hedeflenmektedir.

Acil Servis Hasta Memnuniyet Oranları

Sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan memnuniyeti sağlık hizmetlerinin kalitesinin göstergelerinden biridir. Sağlık hizmetlerinin başarı düzeyini ortaya koymak için hasta ve çalışanların görüş ve deneyimlerine başvurmak ve beklentilerini doğru algılamak önemlidir. Bu kapsamda 2015 yılında hasta ve çalışan memnuniyet anketleri hazırlanmıştır.

“Memnuniyet anketleri, kamu, üniversite ve özel hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile il ambulans servislerinde uygulanmak üzere belirlenen asgari soruları içermekte olup, verilen hizmetlere dair sorunların akut dönemde tespitine yönelik uygulanan bir soru setidir, hipotez sınaması ya da tutum ölçme amacı taşımamaktadır. Bu anketler aynı zamanda kurumda verilen hizmetlerin farklı bir göz tarafından değerlendirilmesine de olanak sağlamaktadır” (Sağlık Bakanlığı, 2015c).

Anketler, ulusal ve uluslararası çalışmalar, güncel uygulamalar dikkate alınarak ihtiyaçları ortaya koymak amacıyla Daire Başkanlığı tarafından oluşturulan çalışma grupları tarafından hazırlanmakta ve taslak haline getirilen anketler için akademisyen, uzmanlar ve sahada anketi kullanacak paydaşlardan görüş ve öneri alınmaktadır.

Hasta memnuniyet anketleri farklı nitelikte sağlık hizmeti sunan alanlar dikkate alınarak 5 farklı kategoride hazırlanmıştır. Bunlar;

- Yatan hastalar için geliştirilen anketler
- Ayaktan hastalar için geliştirilen anketler
- Acil servis hastaları için geliştirilen anketler
- Ayaktan hasta yakını için geliştirilen anketler (Ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri)
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamında hizmet alan hastalara yönelik geliştirilen anketler

Bu çalışma kapsamında 2018 yılında acil servislerde uygulanan “Acil Servis Hasta Memnuniyeti Anketleri”nden elde edilen veriler kullanılmıştır. Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketi toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Anketin giriş bölümünde kişisel bilgiler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu) sorgulandıktan sonra ikinci bölümünde hizmet sunum alanlarının özelliklerine göre sorular yer almaktadır. “Her soruya “Evet, Biraz/Kısmen, Hayır” cevapları verilebilmektedir. Her soru için tek bir cevap seçeneği işaretlenebilmektedir. Bu anket hastanelerde ayda bir uygulanmaktadır. Hastalar acil servisten taburcu edilirken veya gözlemlenirken (hekimin izin vermesi durumunda) anketler uygulanmaktadır. Hastanelerin yatak kapasiteleri dikkate alınarak her ay hastaneler tarafından doldurulması gereken anket sayıları belirlenmiştir. 0-200 yatak sayısı olan hastaneler her ay 15 anket, 200-501 yatak sayısı olan hastaneler her ay 20 anket, 501 üzeri yatak sayısı olan hastaneler her ay 25 anket uygulamışlardır.” Anketler, hastanelerde anketlerin nasıl uygulanması gerekliliği ile ilgili eğitim almış çalışanlar tarafından uygulanmıştır. Her ay yapılan anketlere ilişkin sonuçlar bir sonraki ayın 15. gününe kadar KKS’ye girilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015c).

İlgili ankete ait “Her Kategoride Verilen Toplam Cevap Sayısı”, “Tüm Kategorilerde Verilen Toplam Cevap Sayısı”, “Kategori Bazında Karşılanma Oranı” ve “Soru Bazında Karşılanma Oranları”nı sistem tarafından hesaplamaktadır.

“Her Kategoride Verilen Toplam Cevap Sayısı (Evet Toplamı, Biraz/Kısmen Toplamı, Hayır Toplamı)

Tüm Kategorilerde Verilen Toplam Cevap Sayısı (Anketteki Soru Sayısı X Anket Uygulanan Kişi Sayısı)

Kategori Bazında Karşılanma Oranı (Her Kategoride Verilen Toplam Cevap Sayısı/ Tüm Kategorilerde Verilen Toplam Cevap Sayısı) x100

Soru Bazında Karşılanma Oranları

*Her bir soru için oransal dağılım hesaplanırken aşağıdaki formülasyon esas alınmıştır.

Evet Oranı: Evet Cevabı veren Kişi Sayısı/Anket Uygulanan Kişi Sayısı x100

Biraz/Kısmen Oranı: Biraz/Kısmen Cevabı veren Kişi Sayısı/Anket Uygulanan Kişi Sayısı x100

Hayır Oranı: Hayır Cevabı veren Kişi Sayısı/Anket Uygulanan Kişi Sayısı x100”

Tüm bu işlem basamaklarından sonra hastanelerin acil servis hasta memnuniyet oranları elde edilmiş olup, ilgili anket Ek-3’te yer almaktadır.

Daire Başkanlığı tarafından uygulanan “Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi” üzerinde revizyon çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalar neticesinde rehberin ismi ile ankette yer alan bazı sorular değiştirilmiş ve bazı hizmet alanları için yeni anketler hazırlanmıştır. Revizyon çalışmaları akabinde rehberin adı “Anket Uygulama Rehberi”, hasta memnuniyet anketleri hasta deneyimi anketleri, çalışan memnuniyet anketleri ise çalışan geri bildirim anketleri olarak güncellenmiştir. Hasta ve çalışan memnuniyetini ölçme görevi Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü’ne devredilmiştir. Anket Uygulama Rehberi, 2019 yılı Nisan ayında yayınlanarak kullanıma sunulmuştur.

2.4.2. Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sisteminden Alınan Veriler

“Kaliteli sağlık hizmeti sunmaya odaklı, modern bir sağlık sisteminin oluşturulması kadar bu sistemin parçalarını oluşturan her hizmetin etkinliğinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi de aynı derecede önem taşımaktadır. Her sistem, sunduğu hizmetin amaca ne derece ulaştığını saptayabilmek için öncelikle gerçekleştirdiği etkinlikler hakkında bilgi toplamaktadır. Yani ölçme yapmalı, ölçüm sonuçlarından yararlanarak bazı sonuçlara, kararlara ulaşmaya çalışmalı ve bu sonuçları ileride yapılacak çalışmalar için yol gösterici olarak kullanılmalıdır.” Bu doğrultuda, sağlık kurumlarında hizmet süreçleri ve hizmetin etkinliğinin ölçülmesi amacı ile göstergeler oluşturulmuştur” (Sağlık Bakanlığı, 2015c).

Göstergelerin sağlık kuruluşuna sağladığı yararlar şöyle sıralanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2015c):

- Sunulan hizmetin kalitesi ölçülmektedir.
- Göstergeye ilişkin yönetimin başarısı ortaya konmaktadır.
- Göstergeye ilişkin başarı ve başarısızlık durumu tespit edilmektedir.
- Göstergeyle ilgili bölümler arasında karşılaştırma sağlanmaktadır.
- Sağlık kuruluşunda göstergeye ilişkin iyileştirme planları yapılmaktadır.
- Sağlık kuruluşunun ileriye dönük politikalarını belirlemektedir.
- Ayrıca sağlık kuruluşuna hesap verebilirlik sağlamaktadır.

Sağlık kuruluşları gösterge izlemi çalışmalarını aşağıda yer alan hususları dikkate alarak gerçekleştirmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2015c):

- Sağlık hizmeti alanında ölçülmesi planlanan göstergelerin belirlenmesi
- Göstergelere ilişkin sorumluların belirlenmesi
- Göstergelere ilişkin izlem sürecinin kontrol edilmesi
- Her bir göstergeye ilişkin alt göstergelerin belirlenmesi
- Göstergelere ilişkin veri toplama modelinin tanımlanması
- Gösterge bazında analiz ve veri toplama aralıklarının belirlenmesi
- Göstergeler ile ilgili personele gerekli eğitimlerin verilmesi
- Gösterge bazında verilerin de toplanması
- Toplanan verilerin sonuçlara dönüştürülmesi
- Elde edilen sonuçların analiz edilmesi ve yorumlanması
- Gösterge bazında hedef değer belirlenmesi
- Göstergelere ilişkin iyileştirme çalışmalarının gözden geçirilmesi
- Verilerin analizinde elde edilen sonuçlar neticesinde ihtiyaç durumunda iyileştirme çalışmalarının başlatılması
- Her bir göstergeye ilişkin izlem sürecinin yeniden kontrol edilmesi.

Tüm bu gösterge yönetimi çalışmalarının basamaklandırılmasının ardından her bir gösterge için sağlık kurum ve kuruluşlarına yol göstermesi amacıyla gösterge kartları oluşturulmuştur. İlgili gösterge kartları “Gösterge Yönetimi Rehberi” ile kullanıcılara duyurulmuştur.

Göstergelere ilişkin veriler gösterge kartları aracılığıyla toplanmakta ve elde edilen sonuçlar TÜR-GÖS’e aktarılmaktadır. TÜR-GÖS’e veri girişleri her üç ayda bir olmak üzere yılda dört kez yapılmakta olup ilgili döneme ait veri dönemin bitimini izleyen ay içerisinde analiz edilmektedir.

Bu çalışmada kullanılan ve TÜR-GÖS’den alınan veriler aşağıda yer almaktadır;

- Konsültan Hekim İstem Sayısı
- Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi
- Acil Serviste Müşahede Süresi

Konsültan Hekim İstem Sayısı

Konsültan hekim istem sayısına ilişkin veriler TÜR-GÖS’de takip edilen “Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi” göstergesinin hesaplama formülünde paydada yer alan bir veridir.

Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi

Acil servise çağrılan konsültan hekimin, çağrıldığı andan itibaren acil servise ulaşma sürelerinin izlenmesi ve acil servis hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır. Göstergenin amacı, acil servis hizmetinin zamanında ve hasta güvenliğini riske atmayacak şekilde sunulmasıdır. Sağlık Bakanlığı’nın 2018 yılında acil servisler için yayınladığı genelgede bu sürenin mavi kod olayları dışında 30 dakika içinde tamamlanması yönündedir (Sağlık Bakanlığı,

2018b). Yine aynı genelgede bu sürelerin takip edilerek hastane yönetimine bildirilmesi gerekliliği de yer almaktadır.

Göstergeye ait tanımlanan gösterge kartında yer alan bilgiler aşağıda belirtilmiştir:

“Gösterge Adı: Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi

Gösterge Kodu: GBAS03

Tanım : Acil servise çağrılan konsültan hekimin, çağrıldığı andan itibaren acil servise ortalama ulaşma sürelerinin tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş ölçüm aracıdır.

Hesaplama Yöntemi: İlgili dönemde; Konsültasyona ulaşma süreleri toplamı (dakika)/Acil servise konsültasyon istem sayısı”

İlgili göstergeye ait gösterge kartı Ek-4’te yer almaktadır.

Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi

Acil servis birimlerinde müşahede alanında yatışı yapılan hastaların yatış sürelerinin izlenmesini sağlayan bir göstergedir. Göstergenin amacı, acil servis müşahede alanlarının amacına uygun şekilde kullanılması ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır. Sağlık Bakanlığı’nın acil servislere yönelik 2018 yılında yayınladığı genelgede müşahede sürelerinin 2 saati (120 dakika) aşmaması gerektiği, eğer hastanın klinik durumu bu süreyi aşıyor ise hastaların müşahede alanlarından alınarak acil servis yataklı gözlem alanlarında tedavilerinin devam etmesi gerektiği yönündedir (Sağlık Bakanlığı, 2018c).

Göstergeye ait tanımlanan gösterge kartında yer alan bilgiler aşağıda belirtilmiştir:

“Gösterge Adı: Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi

Gösterge Kodu: GBAS02

Tanım: Acil servislerde, müşahedede yatırılan hastaların yatış sürelerini izleme amacı ile geliştirilen ölçüm aracıdır.

Hesaplama Yöntemi: İlgili dönemde; Müşahedede yatan hastaların yatış süreleri toplamı (dakika)/Müşahedeye yapılan toplam yatış sayısı”

İlgili göstergeye ait gösterge kartı Ek-4’ te yer almaktadır.

2.5. Araştırmanın Varsayımları

Bu araştırmada 36 hastanenin evreni temsil ettiği, 36 hastanenin çalışma kapsamında analiz edilen bütün verilerini doğru bir şekilde elde ettiği, hastanelerin elde ettiği verileri Sağlık Bakanlığı veri tabanına doğru bir şekilde aktardığı varsayılmıştır.

2.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırma kapsamında kullanılan veriler, Sağlık Bakanlığı veri tabanından alınan 2018 yılı içerisinde Ankara ilinde hizmet sunan 44 hastanenin 36’sından elde edilen veriler ile sınırlıdır.

2.7. Araştırmanın Süresi

Araştırma kapsamına alınan veriler 2018 yılı içerisinde Ankara ilinde hizmet sunan 36 hastanenin Sağlık Bakanlığı veri tabanına aktırdığı verilerdir. Bu verilerin analizi, 2019 yılın Ocak ayının ilk haftasında Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmiştir.

2.8. Veri Analizi ve Değerlendirme

Sağlık Bakanlığı’ndan alınan veriler 9 başlıkta değişken (1 bağımlı, 8 bağımsız değişken) olarak tanımlanmıştır. Değişken, her durumda farklılık gösteren bir nitelikte olup araştırmalarda değişkenleri belirlemek oldukça önemlidir. Değişkenler yapıları ve özelliklerine göre nitel ve nicel olarak ayrılmakta olup bir değişkenin özelliği sayı ve miktar olarak açıklanabiliyorsa buna nicel değişken denir (Üstün, 2016). Bu çalışmadaki bağımlı ve bağımsız değişkenler sayısal özellik göstermesi nedeni ile nicel değişken olarak kabul edilmiştir.

2018 yılında Sağlık Bakanlığı’nın yayımladığı acil servis genelgesinde konsültasyonun çabuklaştırılması maddesinde acil servis konsültasyonlarında mavi kod kapsamında olmayan hastalar için bu sürenin 30 dakika içinde tamamlanması gerektiği bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018b). Çalışma kapsamında bu süreyi etkilediği düşünülen faktörler kurum türü, yatak sayısı, yatan hasta sayısı, acil servis muayene sayısı, acil serviste gerçekleşen ölüm sayısı, acil serviste ortalama müşahade süresi, acil servis hasta memnuniyet oranları ve konsültan hekim istem sayısı başlıklarında belirlenmiştir.

Kurum türü, yatak sayısı, yatan hasta sayısı, acil servis muayene sayısı ve konsültan hekim istem sayısının fazla olmasının konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini de uzatacağı düşünülmüş ve bu nedenle çalışma kapsamına alınmıştır. Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresinin uzadıkça hastanın klinik tablosunun kötüleşerek hayatını kaybetme ihtimalinin artması nedeniyle acil serviste gerçekleşen ölüm sayısı da çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. Konsültan hekimin acil servise geç gelmesi, hastanın acil serviste müşahadede geçireceği sürenin de artmasına neden olabileceği için acil serviste ortalama müşahade süresi çalışma kapsamına alınmıştır. Acil servis hasta memnuniyet oranları, acil servislerden hizmet alan ve acil servisten ayrılan hastalara yapılan bir anketten elde edilen sonuçtur. Ankette toplam 10 soru olup bu sorulardan bazıları konsültasyon sürecinin de hasta tarafından değerlendirilerek cevap vereceği sorulardır. Bu sorular; “Bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi, İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım, Acil serviste verilen

hizmet genel olarak iyiydi.” Bu soruların konsültasyon sürecinde çok bekleyen bir hasta tarafından olumlu değerlendirilemeyeceği ve bu durumun acil servis hasta memnuniyet oranlarını düşürebileceği düşünülmüş ve çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. Her bir değişkene ilişkin kesme noktaları Sağlık Bakanlığı veri tabanından alınmış şekli ile çalışmada kullanılmıştır. KKS ve TÜR-GÖS veri tabanından alınan veriler kamu ile paylaşılan halka açık veri özelliği taşımamaktadır. Elde edilen bu verilerden herhangi bir bilgi, internet ortamında ya da basılı yayın şeklinde paylaşılmamaktadır. Sistemlerden sadece hastaneler kendi verilerini görebilmekte, bütün veriler Sağlık Bakanlığı veri tabanından sadece bakanlık tarafından görülebilmektedir.

Çalışma kapsamında belirlenen bağımlı değişken ve bağımsız değişkenlere yönelik gerçekleştirilen analizlere aşağıda yer verilmiştir;

- Betimsel İstatistikler
- Korelasyon Analizi
- Test Varsayımları
 - Kayıp Değerler
 - Uç Değerler
 - Normallik Varsayımı
 - Doğrusallık Varsayımı
 - Homojenlik Varsayımı
 - Çoklu Doğrusal Bağlantı Sorunu
- Çok Değişkenli Regresyon Analizi
 - Aşamalı Regresyon (Stepwise) Analizi
 - Geriye Doğru Eleme (Backward Elimination) Yöntemi

Betimsel İstatistikler

Betimsel istatistik ile çalışma kapsamına alınan veriler derlenir, toplanır, özetlenir ve analizleri gerçekleştirilir. Çalışma kapsamına alınan değişkenler için hesaplanan betimsel istatistiklere Çizelge 2.1.'de yer verilmiştir.

Çizelge 2.1. Değişkenlere İlişkin Betimsel İstatistikler

	Kurum Türü	Yatak Sayısı	Acil Servis Muayene Sayısı
N	36	36	36
Ortalama	1,5	1,36	2,3
Ortanca	1,0	1,0	2,0
Mod	1,0	1,0	3,0
Standart Sapma	0,876	0,59	0,74
Minimum Değer	1 ,0	1,0	1,0
Maksimum Değer	3,0	3,0	3,0
	Acil Servis Memnuniyet Oranı	Acil Servis Ölüm Sayısı	Acil Serviste Ortalama Müşahade Süresi
N	36	36	36
Ortalama	2,8	1,416	1,4
Ortanca	3,0	1,0	1,0
Mod	3,0	1,0	1,0
Standart Sapma	0,401	0,769	0,694
Minimum Değer	2,0	1,0	1,0
Maksimum Değer	3,0	3,0	3,0
	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	Konsültan Hekim İstem Sayısı	Yatan Hasta Sayısı
N	36	36	36
Ortalama	2,0	1,5	1,472
Ortanca	2,0	1,0	1,0
Mod	2,0	1,0	1,0
Standart Sapma	0,792	0,845	0,696
Minimum Değer	1,0	1,0	1,0
Maksimum Değer	3,0	3,0	3,0

Korelasyon Analizi

Çoklu regresyonda bazen hangi bağımsız değişkenin daha önemli olduğunu ve bağımlı değişkeni daha çok etkilediğini bilmek gerekir ve bu nedenle önce korelasyon analizi yapmak gerekir (Gültekin, 2013). Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki

doğrusal ilişkiyi saptamak veya bir değişkenin iki ya da daha çok değişken ile olan ilişkisini analiz etmek için kullanılmakta olup en yaygın kullanılan korelasyon analizleri; pearson ve spearman korelasyon analizleridir (Köse, 2011).

Değişkenler normal dağılıma uygunluk gösteriyorsa pearson korelasyon analizi ile analiz edilmekte, değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda spearman korelasyon analizi yapılmaktadır (Çolak, 2014).

Bu çalışmada bağımlı değişken ile her bir bağımsız değişken arasındaki doğrusal ilişkinin derecesini ölçmek için pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Pearson korelasyon katsayısının kullanımı için verilerin normal dağılım göstermesi yani parametrik veri özelliği taşıması gerekmektedir (Şen, 2016). Çalışma kapsamına alınan verilerin normal dağılımlarının tespiti skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) katsayıları değerlerine bakılarak analiz edilmiş ve bu analiz sonucunda verilerin normal dağılım gösterdiği ve parametrik özellik taşıdığı tespit edilmiştir (Çizelge 2.3.) Pearson Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değerler alır. Eğer;

- r değerinin -1 olması durumunda negatif yönde tam doğrusal bir ilişkinin varlığından söz edilir.
- r değerinin +1 ise olması durumunda pozitif yönde tam doğrusal ilişkinin varlığından söz edilir.
- r değerinin 0 olması durumunda ise iki değişken arasında bir ilişkinin olmadığından söz edilir (Köklü ve ark., 2006).

İki değişken arasındaki pearson korelasyon katsayısının yorumu Çizelge 2.2.'de yer almaktadır. Çizelge 2.2.'ye göre korelasyon analizi sonucunda değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları belirlenmiştir. Buna göre p değerinin % 5'ten büyük olduğu değerler arasındaki ilişkinin varlığı Çizelge 2.2.'de ifade edilmiştir (Köklü ve ark., 2006).

Çizelge 2.2. Korelasyon Katsayısı Yorumları

Korelasyon Katsayısı Yorumları	
r	İlişki
0,00	İlişki bulunmamaktadır
0,01-0,29	Düşük düzeyde ilişki bulunmaktadır
0,3-0,7	Orta düzeyde ilişki bulunmaktadır
0,71-0,99	Yüksek düzeyde ilişki bulunmaktadır
1,0	Mükemmel ilişki bulunmaktadır

Test Varsayımları

Değişkenlerin sayısı ve türüne göre uygun istatistiksel testlerin yapılması gerekmektedir (Mertler ve Vannatta, 2005). Mertler ve Vannatta'nın 2005 yılında çalışmış olduğu değişkenlerin türü ve sayılarına göre uygun istatistiksel testler tablosunda çalışma kapsamında bir bağımlı değişken ve 8 bağımsız değişkene karşılık gelen analiz yönteminin çok değişkenli regresyon analizi olduğu tespit edilmiştir. Verilerden geçerli sonuçların elde edilebilmesi için elde edilen verilerin kalitesinin incelenerek analiz edilmesi gerekmektedir. Nitelikli veriler ile çalışmaların gerçekleştirilmesi önemli olup çok değişkenli analizler öncesinde verilerin aşağıdaki başlıklarda incelenmesi gerekmektedir (Mertler ve Vannatta, 2005).

Kayıp Değerler

Kayıp değerlerin ve bunların etkilerinin değerlendirilmesi araştırma kapsamında kullanılan veri seti için önem arz etmektedir (Çokluk ve ark., 2010). Bu çalışmada kullanılacak veri setinde kayıp değer analizi gerçekleştirilmiş, analiz sonucunda herhangi bir kayıp değer olmadığı tespit edilmiş ve bu varsayım karşılanmıştır.

Uç Değerler

Beklenen değerlerin dışında kalan değerlere veya dağılımın uç noktalarında yer alan aşırı değerlere sahip olan denekler uç değerler olarak adlandırılmaktadır (Tabachnick ve Fidell, 1996). Aşırı bir uç değer bir istatistiksel test sonucunu etkileyebileceği için uç değerlerin incelenmesi gerekir (Mertler ve Vannatta, 2005). Uç değerler; tek ve çok değişkenli olabilir (Tabachnick ve Fidell, 1996).

Tek değişkenli uç değerlerin analizine yönelik +3'ten büyük ve -3'ten küçük Z değerlerine sahip denekler uç değer olarak kabul edilir, büyük örneklemelerde ($n > 100$) bu değer aralığı +4, -4 olarak genişletilirken küçük örneklemelerde ($n < 10$) ise bu kural +2,5, -2,5 olarak kabul edilir (Mertler ve Vannatta, 2005). Tek değişkenli uç değer ayrıca kutu grafiği (box plots) yardımıyla da incelenir ve kutu grafiğinde kutu içerisinde olmayan denek değerler uç değer olarak nitelendirilmektedir (Büyüköztürk, 2009). Bu çalışmada örnekleme yer alan hastane sayısının $n=36$ olması nedeniyle veri setinde tek değişkenli uç değer olup olmadığını belirlemek amacıyla -3 ile +3 aralığı dışında kalan Z değerleri incelenmiştir. Ayrıca tek yönlü uç değerler, kutu grafiği ile de analiz edilmiştir. Analizler neticesinde veri setinde uç değerlerin olduğu görülmüştür. Yapılan değerlendirmeler sonucunda veri setinde aşırı uç değer olan hastanelerin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çok değişkenli uç değerler, 2 ya da daha fazla değişkene ilişkin puanların normal dışı kombinasyonları anlamına gelmekte ve Mahalanobis uzaklığı olarak bilinen istatistiksel işlemle belirlenmektedir (Çokluk ve ark., 2010). Mahalanobis uzaklığı, çalışmada yer alan bir deneğin diğer deneklerin merkezinden olan uzaklığını ifade etmektedir (Tabachnick ve Fidell, 1996). Çalışmada Mahalanobis uzaklığı incelendiğinde örneklemden farklılık gösteren uç değerlere sahip hastaneler olduğu görülmüştür. Ancak gerçekleştirilen değerlendirmeler ile aşırı uç değere sahip olan hastanelerin olmadığı sonucuna varılmıştır.

Normallik

Normallik testi tek değişkenli ve çok değişkenli olarak 2 başlıkta ele alınmaktadır. Tek değişkenli normallik, örneklemede bir değişkene ilişkin gözlemlerin normal dağılım şekli gösterdiği anlamına gelmekte olup değerlendirmesininin grafiksel ve istatistiksel yöntemleri vardır (Çokluk ve ark., 2010). Bunlar; histogram grafikleri, Q-Q grafiği, basıklık ve çarpıklık katsayıları, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleridir. Kolmogorov-Smirnov testi, gözlem sayısı az olduğunda, sorunlara duyarlı olmamakta, $n > 50$ ise Kolmogorov Smirnov testi kullanılmakta olup Shapiro-Wilk testi, gözlem sayısı az olduğunda ($n < 50$) uygulanmaktadır (Terzi, 2019).

Çalışma kapsamına alınan verilere öncelikle Shapiro-Wilk testi uygulanmış ancak $p < 0,05$ olması nedeniyle verilerin normal dağılım göstermediği görülmüştür. Ancak George ve Mallery'nin 2010 yılında yaptığı çalışmaya göre skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerlerinin +2 ile -2 arasında olduğu durumlarda verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmektedir (George ve Mallery, 2010). Çalışma kapsamındaki veri setinde basıklık ve çarpıklık katsayıları ile Q-Q grafiği incelenmiş olup normallik varsayımının sağlandığı tespit edilmiştir. Çizelge 2.3.'te görüldüğü üzere bu çalışma sonucundan elde edilen verilere göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin istenen değerler arasında (+2 ile -2) olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre verilerin normal dağıldığı ve parametrik özellikte olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 2.3. Normal Dağılım (Normallik) Test Sonuçları

Normallik Testi Analiz Sonuçları		
Değişkenler	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
Kurum Türü	1,0	-0,8
Yatak Sayısı	1,4	1,2
Yatan Hasta Sayısı	1,1	0,1
Acil Serviste Muayene Sayısı	-0,5	0,9
Acil Serviste Gerçekleşen Ölüm Sayısı	1,4	0,4
Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi	1,2	0,3
Acil Serviste Hasta Memnuniyet Oranı	-1,6	0,6
Konsültan Hekim İstem Sayısı	1,2	-0,4
Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	0,0	-1,3

Çok değişkenli normallik, örneklemdeki değişkenlerin bütün kombinasyonları kapsamında normal dağılım gösterdiği anlamına gelmekte ve saçılma diyagramları incelenerek, elde edilen saçılma grafiklerinin elips şeklinde olması ile tespit edilmektedir (Mertler ve Vannatta, 2005). Çok değişkenli normallik varsayımının test edilmesi amacıyla saçılma diyagramları kullanılmış ve elde edilen diyagramlarının elips şeklinde olduğu tespit edilerek verinin çok değişkenli normal dağılıma sahip olduğu görülmüştür.

Doğrusallık

Doğrusallık iki farklı değişken arasındaki ilişkinin bir doğru ile özetlenebilmesi anlamına gelmekte ve regresyon analizindeki artık grafiği (residuals plots) ile değerlendirilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 1996). Artıklar, çok değişkenli analizlerde açıklanamayan puan oranlarıdır ve bu artık değerlerin sıfır çizgisi etrafında kümelenmesi beklenmektedir (Çokluk ve ark., 2010). Çalışma kapsamında verilerin doğrusallığı, regresyon analizi artık grafiği (residuals plots) ile incelenmiştir. Çalışma kapsamına alınan verilerin gerçek değerleri ile model belirlenmesinin ardından tahmin edilen değer arasındaki fark artık değer olarak tanımlanmakta ve regresyon modelinde hata kısmını temsil etmekte olup modelin iyi uyum göstermediği durumlarda artık değerler büyük çıkmakta ve artık değerlerin büyük çıkması verilerin uç değere sahip olduğunu işaret etmektedir (Şen, 2016).

Artık değerler standartlaştırılmamış ve standartlaştırılmış olarak 2 farklı şekilde hesaplanabilir. Bu çalışmada studentleştirilmiş artık değer kullanılmıştır (Şen, 2016). Ham (ei) ve student türü artıklar (ri) analiz edilerek Çizelge 2.4.'te bağımlı değişken ve bağımsız değişkenler için analiz edilmiştir. Student türü artıkların (ri) +2 -2 sınırından aşırı bir sapma göstermediği durumlarda model uyumunu olumsuz yönde etkilemediği söylenebilir (Alpar, 2020).

Bu analiz kapsamında elde edilen student türü artıklar +2 -2 aralığında yer almakta olup model uyumunda olumsuzluk olmadığı tespit edilerek doğrusallık varsayımının karşılandığı görülmüştür.

Çizelge 2.4. Artık Değerlerin Analizi

	e_i	r_i
Kurum Türü	1,7	0,6
Yatak Sayısı	2,8	1
Acil Servis Muayene Sayısı	0,9	0,5
Yatan Hasta Sayısı	2,3	0,9
Acil Servis Ölüm Sayısı	2,0	0,9
Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi	2,1	0,9
Acil Servis Hasta Memnuniyet Oranı	-2,0	0,5
Konsültasyon İstem Sayısı	1,8	0,6
Konsültasyona Ortalama Ulaşma Süresi	1,2	0,0

Homojenlik

Homojenlik, bir değişkene ait puanlarda saptanan değişimin diğer değişkenlerde de benzer bir şekilde saptanmasıdır. Tek değişkenli durumlarda homojenlik, Levene Testi ile değerlendirilir ve $p > 0,05$ olması durumunda homojenlikten bahsedilir (Çokluk ve ark., 2010). Çalışma kapsamında verilerin tek değişkenli homojenliği Levene Testi ile değerlendirilmiştir. Test sonucunda $p > 0,05$ elde edilerek değişkenler arasında homojenlik varsayımı sağlanmıştır.

Çok değişkenli durumlarda ise homojenlik, Box M testi ile analiz edilebilir. Bu test çok değişkenli Anova (MANOVA) penceresi açılarak yapılması nedeniyle MANOVA varsayımı olarak da bilinir (Çokluk ve ark., 2010). Box M testi sonucunda elde edilen $p > 0,025$ olması homojenliğin sağlandığını göstermektedir (Mertler ve Vannatta, 2005). Çok değişkenli homojenlik analizi için yapılan MANOVA varsayımı araştırmada 1'den fazla bağımlı değişkenin olması durumunda kullanılabilmektedir (Şen, 2016). Bu çalışmada sadece 1 bağımlı değişkenin olması nedeniyle test şartlarının sağlanamadığı görülmüş ve çok değişkenli homojenlik varsayımı test edilememiştir.

Çoklu Doğrusal Bağlantı Problemi

Çalışmada yer alan bağımsız değişkenler arasında güçlü ilişkilerin varlığına çoklu bağlantı adı verilmektedir (Çokluk ve ark., 2010). Değişkenler arasında çoklu bağlantılılık problemi olup olmadığının tespit edilmesi amacıyla değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları, varyans artış faktörleri (Variance Inflation Factor-VIF), Tolerans ve Koşul İndeksi (CI) değerleri incelenebilir (Albayrak, 2005).

Değişkenler arasında korelasyon katsayısının yüksek ($r > 0,9$) olması çoklu bağlantı probleminin işaretidir (Büyüköztürk, 2009). Çalışma kapsamına alınan verilerde korelasyon analizleri yapılmış ve Pearson korelasyon katsayıları $r < 0,9$ tespit edilmiştir. VIF için genel bir kural olarak $VIF \geq 10$ olması, çoklu doğrusal bağlantı probleminin varlığından söz edilmektedir (Albayrak, 2005). Çalışma kapsamına alınan verilerde regresyon analizlerinde elde edilen VIF değerleri $VIF < 10$ olması nedeniyle çoklu bağlantı problemi olmadığı görülmüştür. Tolerans değerleri $(1 - R^2) > 0,1$ olması durumunda değişkenler arasında çoklu bağlantı probleminin olmadığına işaret edilmektedir (Field, 2005). Bu çalışma kapsamında tolerans değeri $> 0,1$ olması nedeniyle çoklu bağlantı problemi olmadığı tespit edilmiştir. CI değerinin 10-30 arasında olması “orta düzeyde”, 30’dan büyük olması ise “yüksek düzeyde” çoklu doğrusal bağlantı probleminin göstergesidir (Albayrak, 2005). Bu çalışma kapsamında $CI < 10$ olduğu tespit edilerek çoklu doğrusal bağlantı problemi olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak veri setinde çoklu doğrusal bağlantı probleminin olup olmadığı için korelasyon katsayı, VIF, tolerans değeri ve CI değerleri incelenmiş ve çoklu doğrusal bağlantı probleminin olmadığı tespit edilmiştir.

Değişkenlerin sayısı ve türüne göre uygun istatistiksel testlerin yapılması gerekmektedir (Mertler ve Vannatta, 2005). Mertler ve Vannatta’nın 2005 yılında çalıştığı değişkenlerin türü ve sayılarına göre uygun istatistiksel testler tablosunda çalışma kapsamında bir bağımlı değişken ve 8 bağımsız değişkene karşılık gelen analiz yönteminin çok değişkenli regresyon analizi olduğu tespit edilmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi içinde bir adet bağımlı değişken ve birden fazla bağımsız değişkenin bulunduğu regresyon modelleri için uygulanmaktadır (Gültekin, 2013). Ancak bu

analize başlamadan önce verilerin kalitesinin ve doğruluğunun incelenmesi amacıyla kayıp değer, uç değer, normallik, doğrusallık, homojenlik koşullarının sağlanıp sağlanmadığının ve çoklu doğrusal bağıntı probleminin olup olmadığının test edilmesi gerekmektedir (Mertler ve Vannatta, 2005).

Veri seti üzerinde bu koşulların sağlandığı ve çoklu doğrusal bağıntı probleminin olmadığı tespit edilerek çok değişkenli regresyon analizi yöntemlerinden birisi olan aşamalı regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Aşamalı regresyon analizi kapsamında Durbin Watson (DW) ve VIF değerleri incelenerek otokorelasyon ve çoklu doğrusal bağıntı olmadığı test edilmiştir.

Çok Değişkenli Regresyon Analizi

Bir bağımlı değişkeni birçok bağımsız değişkenin etkilemesi durumunda kullanılan bir yöntemdir (Efe ve ark., 2000). Çok değişkenli regresyon analizinde, bir bağımlı değişken ve bu bağımlı değişkeni etkilediği düşünülen birden daha çok bağımsız değişkenin varlığından söz edilir (Erdem ve ark., 2006).

Çoklu Değişkenli Regresyon Modeli: $Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_n X_n + \epsilon$ şeklinde geliştirilmiştir (Şen, 2016):

- Y : Bağımlı Değişken
- X_i : Bağımsız Değişken
- β_i : Tahmin Edilecek Parametreler
- ϵ : Hata Terimi

Çok değişkenli regresyon analizinde aşağıda yer alan farklı yöntemler uygulanabilir (Gültekin, 2013).

Enter Metodu: Bağımsız değişkenlerinin hepsinin tek bir adımda girilerek analiz edildiği yöntemdir (Gültekin, 2013).

İleriye Doğru Seçim (Forward Selection) Metodu: İlk olarak en iyi açıklayan tek değişkenli model ile başlanarak her aşamada en yüksek katkıyı sağlayacak değişken modele dahil edilerek uygulanan bir yöntemdir (Efe ve ark., 2000).

Geriye Doğru Eleme (Backward Elimination) Metodu: Bağımsız değişkenlerin hepsi modele dahil edilerek sıra ile belirlenen kriterlere göre eleminin yapıldığı yöntemdir (Gültekin, 2013).

Aşamalı Regresyon (Stepwise) Metodu: Aşamalı regresyon (stepwise) analizi, bağımlı değişkeni en çok etkileyen bağımsız değişkeni bulmak amacıyla yapılmakta olup bağımlı değişkeni etkileyen bağımsız değişkenlerin en güçlüsünden başlanarak, teker teker bağımlı değişken üzerindeki önemli etkisi olan bağımsız değişkenler saptanmaktadır (Kayaalp ve ark., 2015). İki değişken arasında varlığı analiz edilen korelasyon katsayısı çalışmadaki başka değişken veya değişkenler tarafından etkilenmesi durumunda korelasyon katsayısı bu ilişkiyi açıklamada yeterli kalmamaktadır (Köse, 2011). Konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini etkileyen değişkenler hem ikili olarak hem de üçüncü bir değişkenin etkisine bağlı olduğundan ve tüm değişkenler birbirini dolaylı veya doğrudan etkilediği için değişkenler arasında aşamalı regresyon analizi yapılmıştır.

Aşamalı regresyon analizi yapılırken hangi değişkenlerin hangi sırayla modele gireceğinin kararı 2 farklı yöntem ile verilebilir. Bunlar;

İleriye Doğru Seçim (Forward Selection): Analize öncelikle bir değişken eklenir sonra ikinci ve üçüncü değişken eklenerek ileri doğru artırılır ve bu işlem SPSS programında stepwise sekmesinin seçilmesi ile gerçekleştirilir (Şen, 2016).

Geriye Doğru Eleme (Backward Elimination): Analizde tüm değişkenler ilk başta modele alınır ve birer birer eksiltiilerek geriye doğru gidilir bu işlem SPSS’te stepwise sekmesinin seçilmesi ile gerçekleştirilir (Şen, 2016).

Geriye doğru eleme yöntemi ileriye doğru seçim yöntemine göre daha çok önerilen bir yöntem olması nedeniyle bu çalışmada geriye doğru eleme yöntemi tercih edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin hepsi analiz kapsamına alınmış sonra bağımlı değişkeni etkileyen en güçlü bağımsız değişken tespit edilerek modelden çıkarılmış ve kalan bağımsız değişkenler de aynı yöntemle analiz edilmiştir. Aşamalı regresyon analizi 4 aşamada gerçekleştirilmiş olup analiz sonucunda 4 bağımsız değişkenin anlamlı bulunduğu 3 model geliştirilmiştir.

Aşamalı regresyon analizi kapsamında bağımsız değişkenlere ait DW ve VIF değerleri de elde edilmiştir. DW değeri, otokorelasyonu (ilişkili hata değeri) test etmekte ve 0-4 arasında değerler alması normal kabul edilmekte olup DW değeri 1,5-2,5 arasında ise otokorelasyon olmadığını göstermekte ve 2'ye yakın olması arzu edilmektedir (Terzi, 2019). 0'a yakın olması pozitif korelasyonu, 4'e yakın değerler ise negatif korelasyon olduğunu işaret etmektedir (Terzi, 2019). VIF için genel bir kural olarak $VIF \geq 10$ olması durumunda, çoklu doğrusal bağlantı probleminin söz konusu olacağı vurgulanmaktadır (Albayrak, 2005).

Çalışma kapsamında yapılan bütün analizler IBM Sosyal Bilimler için İstatistik Programı, SPSS-Version 24'te gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya alınan 36 hastaneye ait verileri SPSS'e aktarılabilir bir forma dönüştürebilmek için verilere ilişkin her bir başlık soru haline getirilmiş, toplam 9 sorudan oluşan soru listesi hazırlanmıştır. Hazırlanan soru listesi Ek-5'te yer almaktadır.

2.8.1. Bağımlı Değişken ve Bağımsız Değişkenler

Araştırma kapsamına alınan ve analizleri gerçekleştirilen bağımsız değişken ve bağımlı değişkenler aşağıda belirtilmiştir:

Bağımlı Değişken: Bu çalışmada konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi bağımlı değişken olarak belirlenmiştir.

Bağımsız Değişkenler: Bu çalışmada kurum türü, yatak sayısı, yatan hasta sayısı, acil serviste muayene sayısı, acil serviste gerçekleşen ölüm sayısı, acil serviste ortalama müşahede süresi, acil serviste hasta memnuniyet oranı, konsültan hekim istem sayısı ise bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.



3. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde 2018 yılı içerisinde Ankara ilinde hizmet sunan ve TÜRGÖS'e veri girişi yapan farklı niteliklerdeki 36 hastanede konsültan hekimlerin acil servise ulaşma süresi ile ilgili bağımlı ve bağımsız değişken olarak gruplandırılan verilere ilişkin analiz sonucundan elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Sisteme veri girişi yapan 36 hastanenin 25'i (% 69,4) Sağlık Bakanlığı hastanesi, 2 (% 5,6) tanesi üniversite hastanesi, 9 (% 25) tanesi de özel hastanedir (Çizelge 3.1.).

Araştırmaya dahil edilen 36 hastanenin 25'inin (% 69,4) 1-300 yatak sayısı arası olduğu, 9'unun (% 25) 301-600 yatağa sahip olduğu, 2 (% 5,6) tanesinin ise 601 ve üzeri yatağa sahip olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.).

Yatan hasta sayıları incelendiğinde, hastanelere 2018 yılı içerisinde yatan hastaların % 63,9'u 1-15 000 aralığında, % 25'i 15 000 – 75 000 aralığında, % 11,1'i ise 75 000 ve üzeri aralığındadır (Çizelge 3.1.).

Hastanelerin acil servislerinde gerçekleştirdikleri muayene sayıları incelendiğinde % 47,2'sinin 75 001 ve üzeri sayıda, % 36,1'inin 15 000 – 75 000 arasında, % 16,7'sinin ise 1 –15 000 arasında hasta muayene ettikleri görülmektedir (Çizelge 3.1.).

Acil servislerde gerçekleşen ölüm sayıları incelendiğinde, hastanelerin % 75'inde 1-50 arasında, % 16,7'sinde 101 ve üzeri ölüm gerçekleşmiştir (Çizelge 3.1.). Acil serviste ortalama müşahede sürelerine bakıldığında, hastanelerin 24'ünde (% 66,7) ortalama müşahede süresi 1-100 dakika aralığında iken, 8'inde (% 22,2) 101-250 dakika, 4'ünde (% 11,1) ise 251 ve üzeri dakika olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.).

Çizelge 3.1. Tanımlayıcı Bulgular

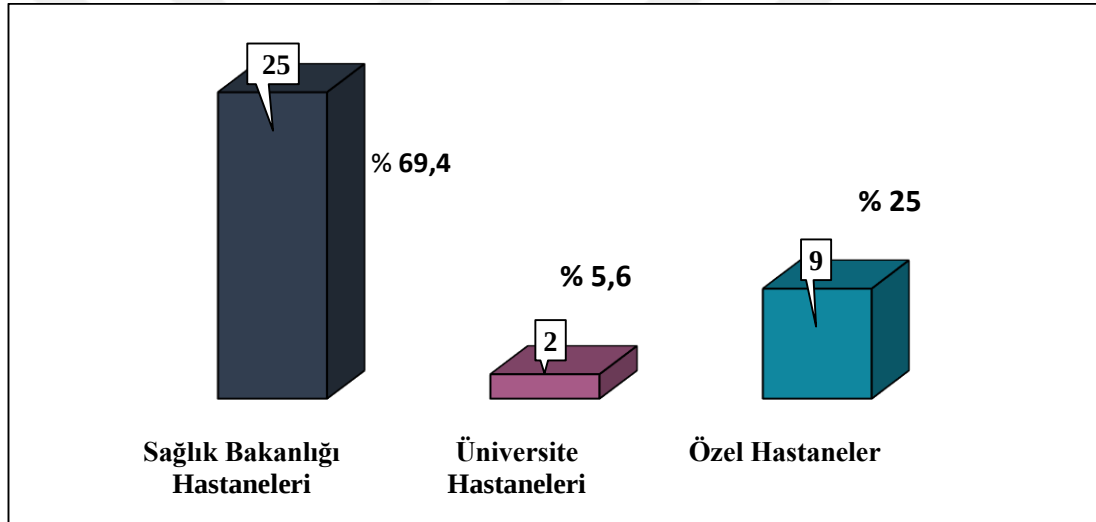
		n	%
Kurum Türü	Sağlık Bakanlığı	25	69,4
	Üniversite	2	5,6
	Özel	9	25
Yatak Sayısı	1-300	25	69,4
	301-600	9	25
	601 ve üzeri	2	5,6
Yatan Hasta Sayısı	1-15 000	23	63,9
	15 001-30 000	9	25
	30 001 ve üzeri	4	11,1
Acil Servis Muayene Sayısı	1-15 000	6	16,7
	15 000-75 000	13	36,1
	75 001 ve üzeri	17	47,2
Acil Serviste Gerçekleşen Ölüm Sayısı	1-50	27	75
	51-100	3	8,3
	101 ve üzeri	6	16,7
Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi (dakika)	1-100	24	66,7
	101-250	8	22,2
	251 ve üzeri	4	11,1
Acil Serviste Hasta Memnuniyet Oranları	0-50	0	0
	51-85	7	19,4
	86 ve üzeri	29	80,6
Konsültan Hekim İstem Sayıları	1-5 000	26	72,2
	5 001-10 000	2	5,6
	10 001 ve üzeri	8	22,2
Konsültan Hekim Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi (dakika)	1-15	11	30,6
	16-45	14	38,9
	46 ve üzeri	11	30,5
Toplam		36	100,0

Araştırma kapsamına alınan 29 hastanenin (% 80,6) acil servis hasta memnuniyet oranının 86 ve üzeri puan olduğu görülürken, 7 (% 19,4) hastanenin memnuniyet oranının 51-85 puan aralığında olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.). Konsültan hekim istem sayılarına bakıldığında 26 hastanede (% 72,2) 1-5 000 arası istem yapıldığı, 8 hastanede (% 22,2) ise 10 001 ve üzeri sayıda acil servise konsültan hekim çağırıldığı görülmektedir (Çizelge 3.1.). Konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi incelendiğinde, 14 hastanede (% 38,9’unda) konsültan hekimin acil servise 16-45 dakika aralığında ulaştığı, 11 hastanede (% 30,6’sında) 1-15 dakika aralığında ulaştığı, 11 hastanede ise (% 30,5’ inde) 46 ve üzeri dakikada ulaştığı görülmektedir (Çizelge 3.1.).

Tanımlayıcı Bulgulara İlişkin Sayısal Veriler

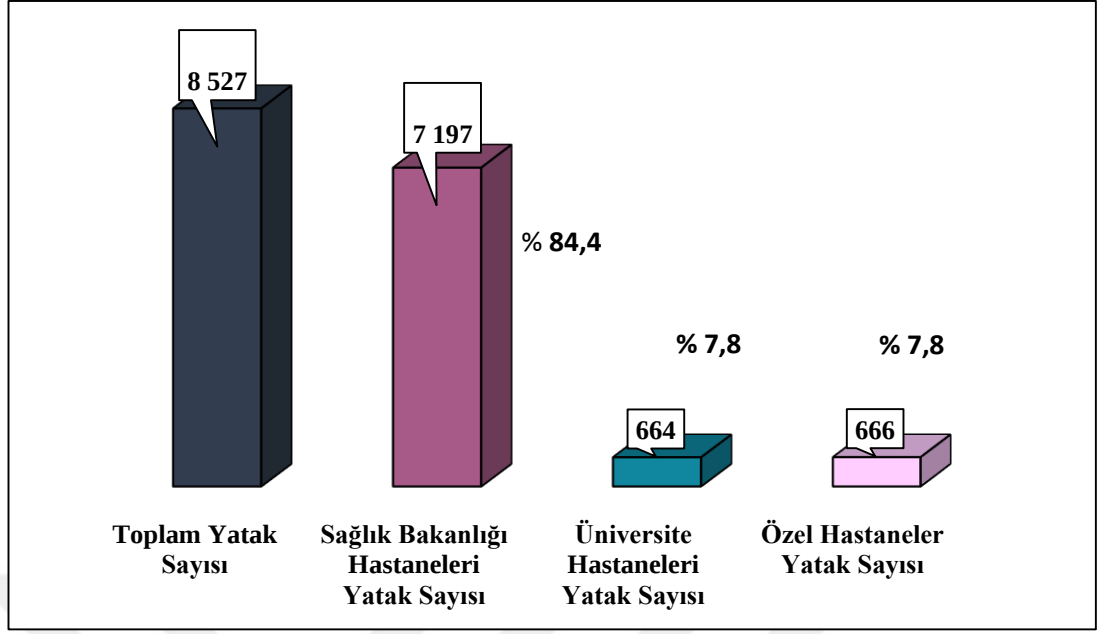
Tanımlayıcı bulgular kapsamında analiz edilen her bir değişken için çalışma kapsamına alınan bütün hastanelerin hizmet profilleri (Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel) esas alınarak elde edilen verilerin sayısal ve oransal dağılımlarının yer aldığı şekiller aşağıda sunulmuştur.

Tanımlayıcı bulgular çizelgesinin (Çizelge 3.1.) yalnızca aralık değerleri içermesi nedeniyle, aşağıda sunulan sayısal değerlerin açıklayıcı olacağı düşünülmüştür.



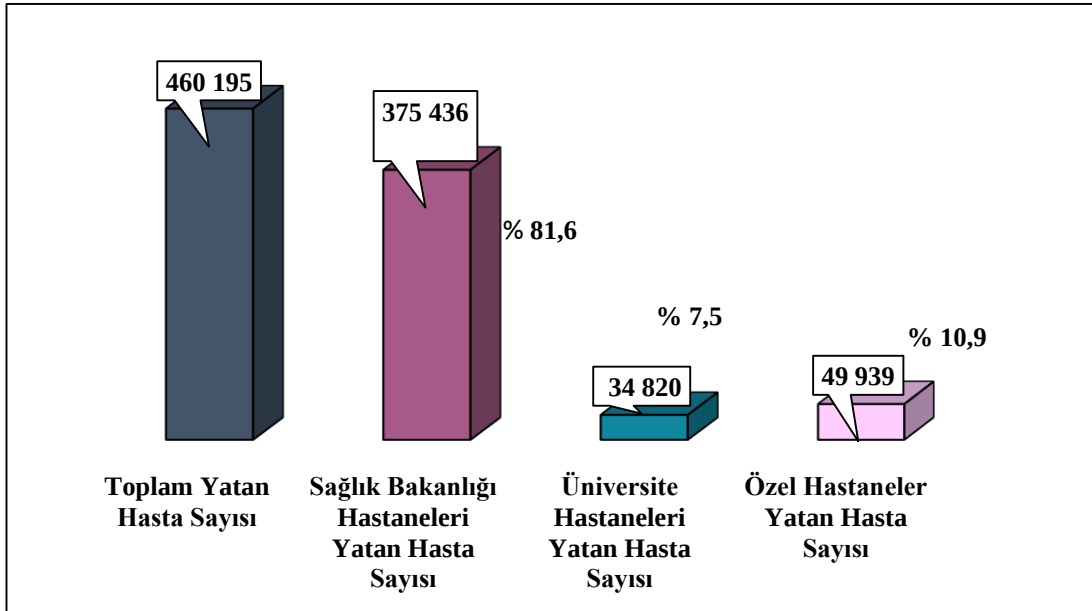
Şekil 3.1. Kurum Türlerinin Sayısal ve Oransal Dağılımı

Şekil 3.1. incelendiğinde çalışma kapsamına alınan hastanelerin 25’inin (% 69,4) Sağlık Bakanlığı hastanesi, 2’sinin (% 5,6) üniversite hastanesi, 9’unun (% 25) ise özel hastane olduğu görülmektedir.



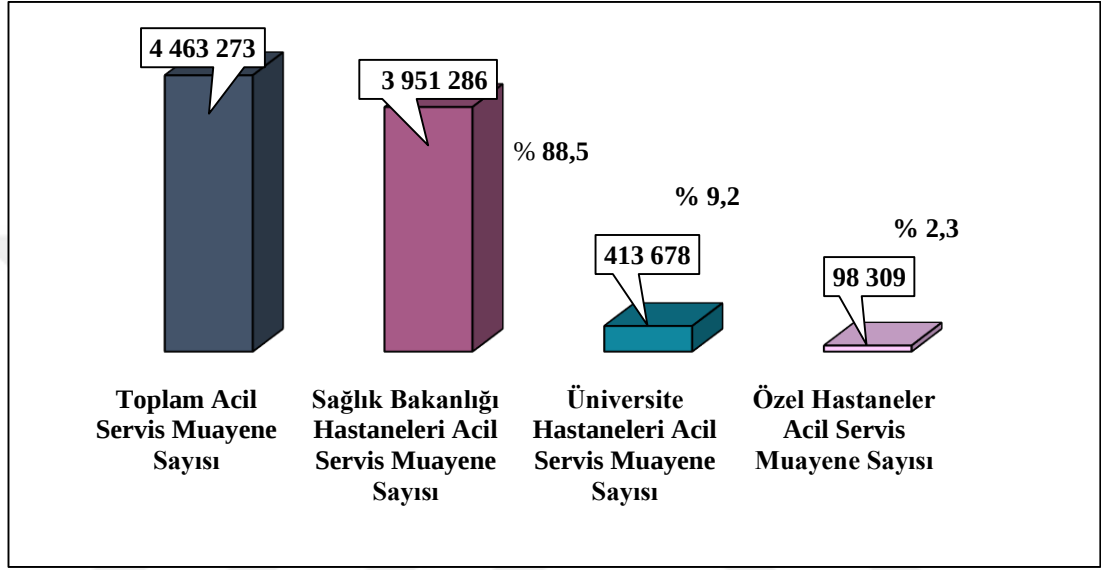
Şekil 3.2. Kurum Türlerine Göre Yatak Sayıları ve Oranlarının Dağılımı

Şekil 3.2.'de kurum türlerine göre kesme noktaları verilmeksizin toplam sayılara yer verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan 36 hastanenin toplam yatak sayısı 8 527 olup, bu yatakların 7 197'si (% 84,4'ü) Sağlık Bakanlığı hastanelerine, 666'sı (% 7,8'i) üniversite hastanelerine, 664'ü (% 7,8'i) ise özel hastanelere aittir.



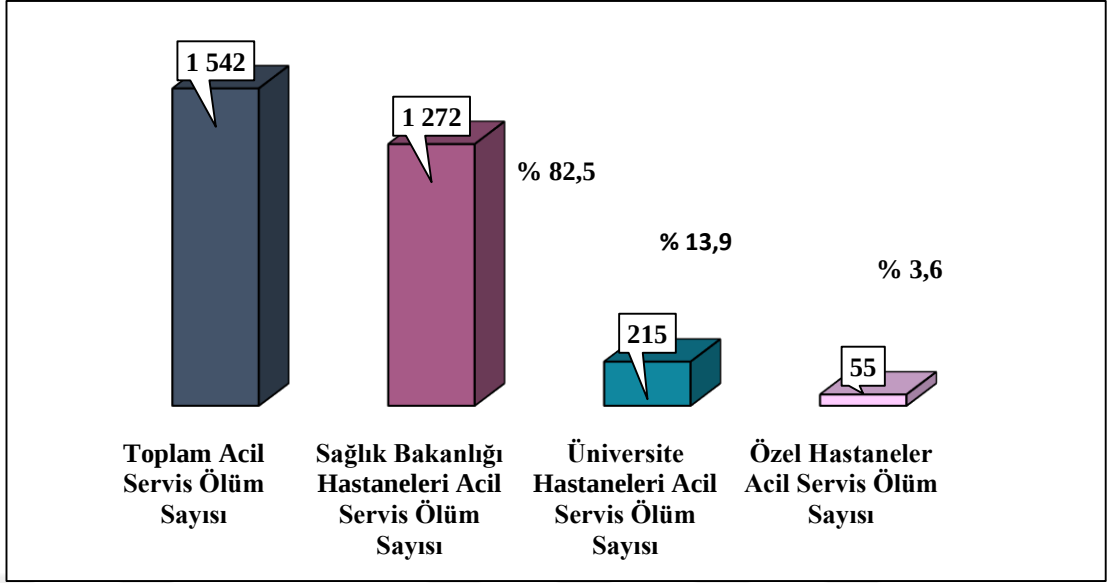
Şekil 3.3. Kurum Türlerine Göre Yatan Hasta Sayıları ve Oranlarının Dağılımı

Şekil 3.3.'te kurum türlerine göre kesme noktaları verilmeden toplam sayılar paylaşılmıştır. Çalışma kapsamındaki 36 hastanede 2018 yılı içerisinde toplam 460 195 hasta yatışı yapılmıştır. Bu yatışların % 81,6'sı (375 436) Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, % 7,5'i (34 820) üniversite hastanelerinde, % 10,9'u (49 939) ise özel hastanelerde yapılmıştır.



Şekil 3.4. Kurum Türlerine Göre Acil Servis Muayene Sayılarının ve Oranlarının Dağılımı

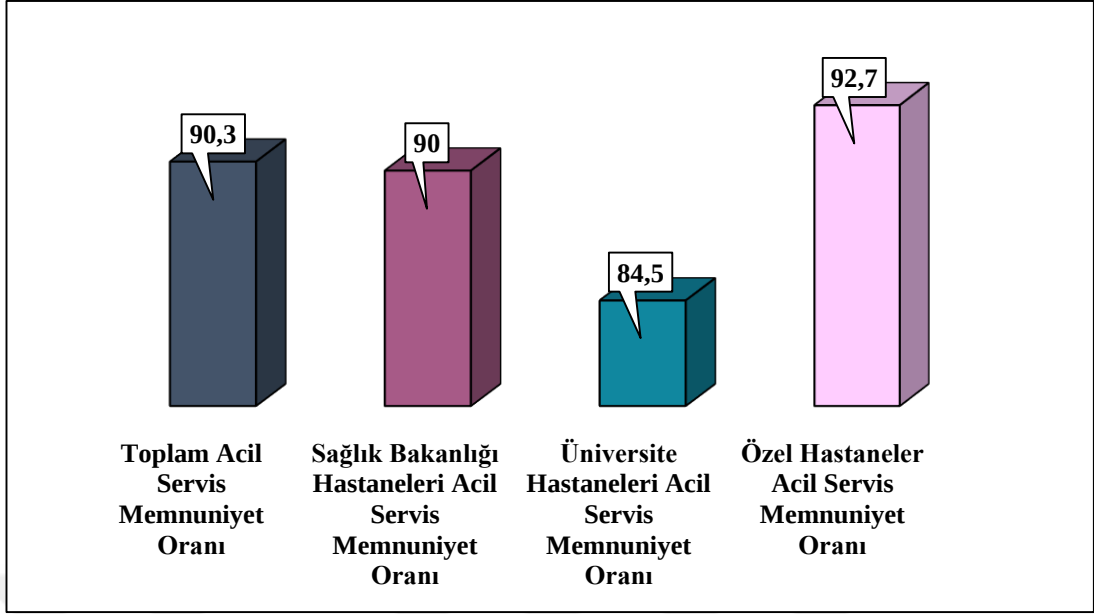
Şekil 3.4.'te kurum türlerine göre acil servis muayene sayılarına ve oranlarına bakıldığında, hastanelerin tümünün acil servisinde 2018 yılında toplam 4 463 273 muayene gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu muayenelerin % 88,5'i (3 951 286'sı) Sağlık Bakanlığı hastanelerinin, % 9,2'si (413 678'i) üniversite hastanelerinin, % 2,3'ü (98 309'u) ise özel hastanelerin acil servislerinde gerçekleştirilmiştir.



Şekil 3.5. Kurum Türlerine Göre Acil Serviste Gerçekleşen Ölüm Sayılarının ve Oranlarının Dağılımı

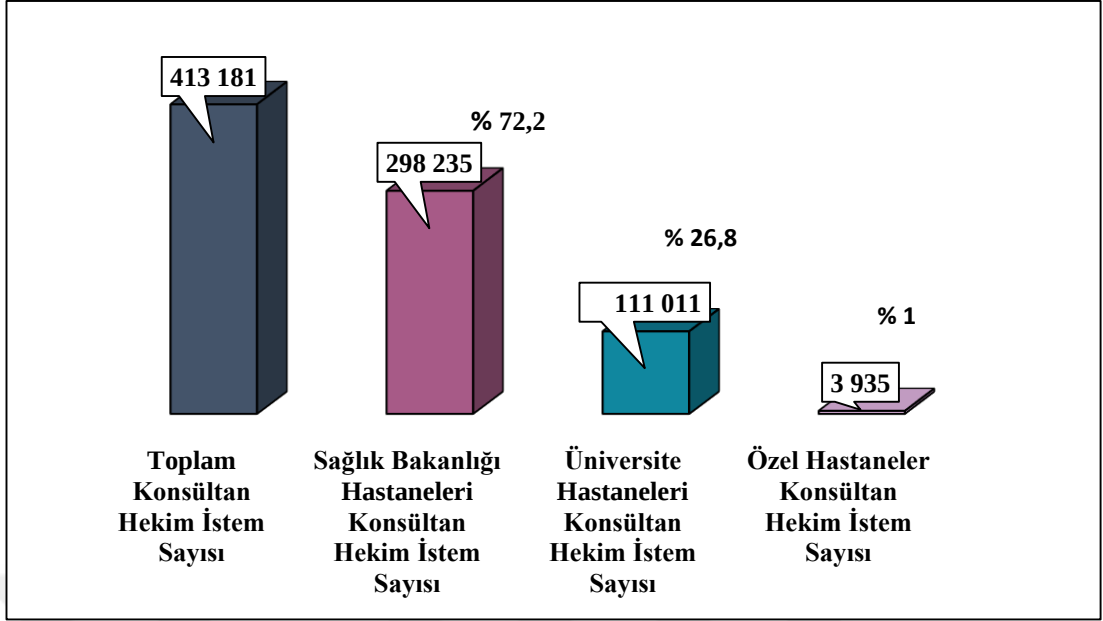
Kurum türlerine göre acil serviste gerçekleşen ölüm sayıları ve oranları Şekil 3.5.'te sunulmuştur. Şekil 3.5. incelendiğinde, hastanelerin acil servislerinde toplam 1 542 ölüm gerçekleştiği görülmektedir.

Acil serviste gerçekleşen ölüm oranlarının kurum türü düzeyinde dağılımları incelendiğinde % 82,5'inin (1 272'si) Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, % 13,9'u (215'i) üniversite hastanelerinde, % 3,6'sı (55'i) ise özel hastanelerde gerçekleşmiştir.



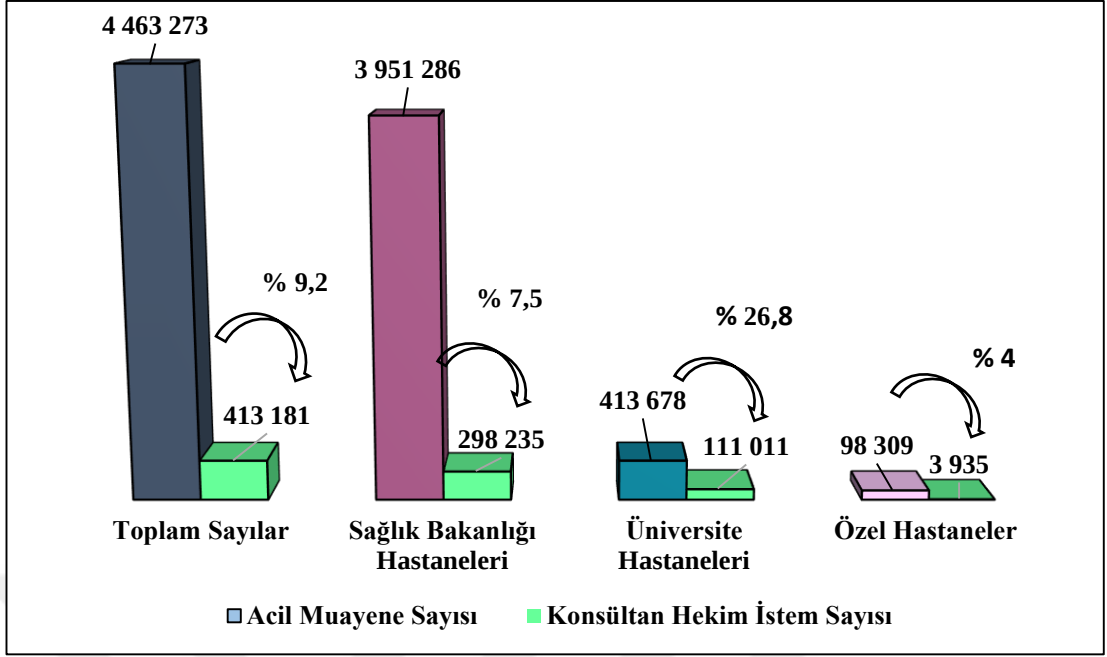
Şekil 3.6. Kurum Türlerine Göre Acil Serviste Hasta Memnuniyet Oranlarının Dağılımı

Kurum türlerine göre acil serviste hasta memnuniyet oranlarının dağılımı Şekil 3.6.'da sunulmuştur. Şekil 3.6. incelendiğinde, hastanelerin memnuniyet oranı ortalamasının 100 üzerinden 90,3 puan olduğu, bu oranın Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 90, üniversite hastanelerinde 84,5, özel hastanelerde ise 92,7 puan olduğu görülmektedir. Üniversite hastanelerinin acil servis hasta memnuniyet oranlarının çalışma kapsamına alınana hastanelerin acil servis memnuniyet oranlarının ortalamasının altında kaldığı tespit edilmiştir.



Şekil 3.7. Kurum Türlerine Göre Acil Servis Konsültan Hekim İstem Sayılarının ve Oranlarının Dağılımı

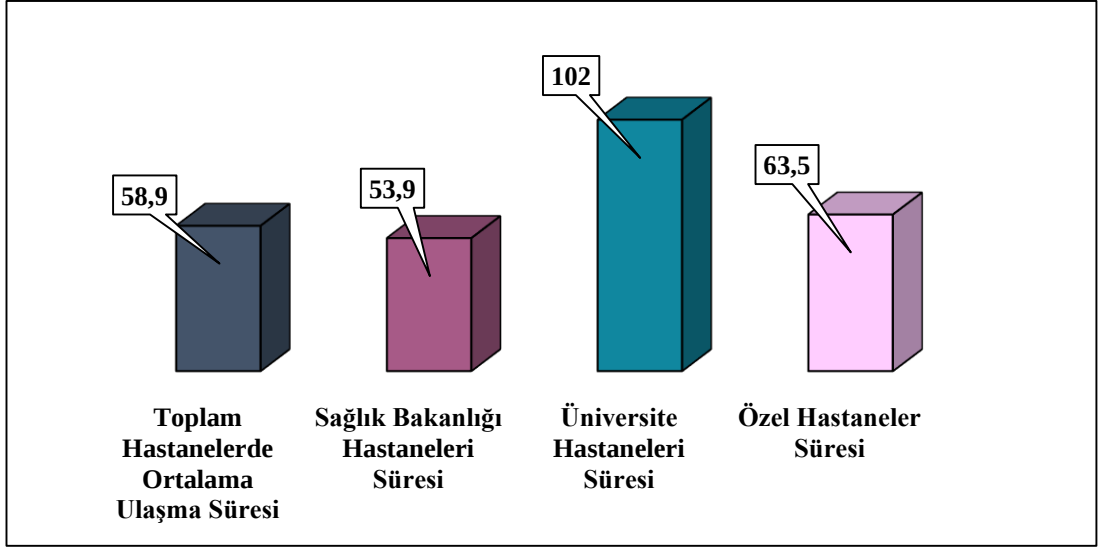
Şekil 3.7.’de acil servis konsültan hekim istem sayılarının ve oranlarının kurum türlerine göre dağılımı incelendiğinde, hastanelerin acil servislerinde istenen toplam konsültasyon sayısının 413 181 olduğu görülmektedir. Bunların % 72,2’si (298 235’i) Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, % 26,8’i (111 011’i) üniversite hastanelerinde ve % 1’i (3 935’i) özel hastanelerde gerçekleşmiştir.



Şekil 3.8. Kurum Türlerine Göre Acil Servis Muayene Sayıları ve Konsültan Hekim İstem Sayılarının Karşılaştırılması

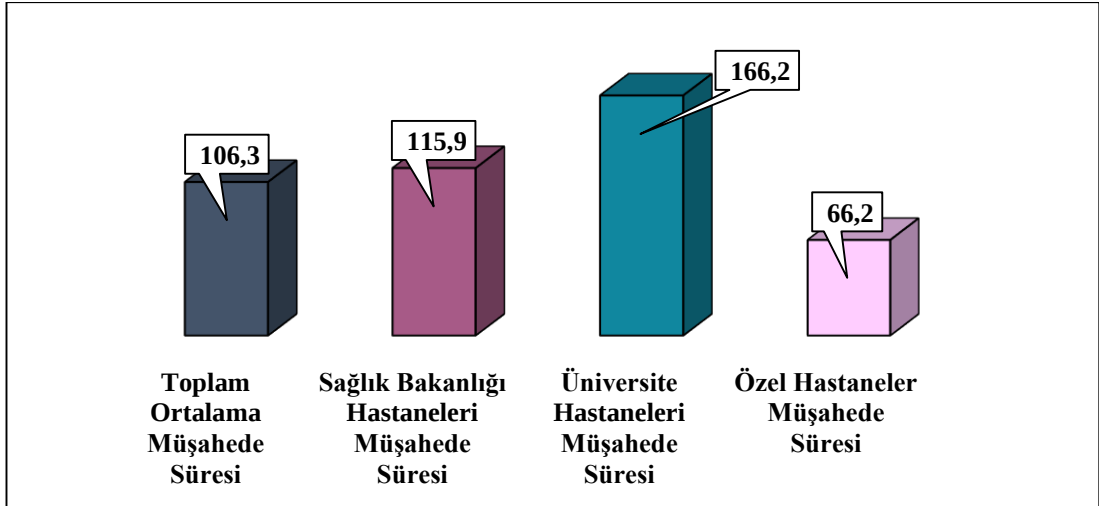
Şekil 3.8.'de kurum türlerine göre acil servis muayene sayıları ile acil servis konsültan hekim istem sayılarının karşılaştırılması incelendiğinde, hastanelerin acil servislerinde gerçekleşen toplam muayene sayılarının % 9,2'sinde (413 181) konsültan hekim istemi yapıldığı görülmektedir.

Konsültan hekim isteme oranları kurum türü düzeyinde incelendiğinde bu oranın Sağlık Bakanlığı hastanelerinde % 7,5 (298 235), üniversite hastanelerinde % 26,8 (111 011), özel hastanelerde ise % 4 (3 935) olduğu tespit edilmiştir (Şekil 3.8.).



Şekil 3.9. Kurum Türlerine Göre Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Sürelerinin Dağılımı (dakika)

Şekil 3.9. incelendiğinde, çalışma kapsamına alınan hastanelerde konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresinin 58,9 dakika olduğu görülmektedir. Bu süre Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 53,9 dakika, üniversite hastanelerinde 102 dakika, özel hastanelerde ise 63,5 dakikadır.



Şekil 3.10. Kurum Türlerine Göre Acil Serviste Ortalama Müşahede Sürelerinin Dağılımı (dakika)

Kurum türlerine göre acil serviste ortalama müşahade sürelerinin dağılımı Şekil 3.10.'da sunulmuştur. Şekil 3.10. incelendiğinde, hastanelerin acil servislerinde

ortalama müşahade süresinin 106,3 dakika olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bu süre 115,9 dakika, üniversite hastanelerinde 166,2 dakika, özel hastanelerde ise 66,2 dakikadır.

3.2. Korelasyon Analizi ve Sonuçları

Normal dağılım gösteren ve doğrusallık varsayımının sağlandığı veriler üzerinde korelasyon analizi yapılarak pearson katsayısı kullanılmıştır. Bu bölümde konsültasyon sürecini etkilediği düşünülen 8 bağımsız değişkenin bağımlı değişken ile arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin analizi için korelasyon testi uygulanarak sonuçlar Çizelge 3.2.'de özetlenmiştir.

Çizelge 3.2. Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	
	r	p
Kurum Türü	-0,452**	0,006
Yatak Sayısı	0,365*	0,029
Yatan Hasta Sayısı	0,259	0,129
Acil Serviste Muayene Sayısı	0,577**	0,000
Acil Serviste Gerçekleşen Ölüm Sayısı	0,328	0,051
Acil Serviste Ortalama Müşahade Süresi	0,311	0,065
Acil Serviste Hasta Memnuniyet Oranı	-0,180	0,295
Konsültan Hekim İstem Sayısı	0,426**	0,01

Korelasyonun 0.05 düzeyinde anlamlı olduğunu göstermektedir. ($p < 0.05$)

** Korelasyonun 0.01 düzeyinde anlamlı olduğunu göstermektedir. (** $p < 0.01$)

Sağ üst köşesinde yıldız işareti bulunmayan değişkenler arasında $p > 0,05$ olması nedeniyle anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir.

Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi ile yatan hasta sayısı, acil serviste gerçekleşen ölüm sayısı, acil serviste ortalama müşahade süresi ve acil servis hasta memnuniyet oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin ($p > 0,05$)

bulunmadığı tespit edilmiştir (Çizelge 3.2.). Bağımlı değişken ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilen bağımsız değişkenler; acil serviste muayene sayısı, kurum türü, konsültan hekim istem sayısı ve yatak sayısı olup, anlamlı ilişki tespit edilen bağımsız değişkenlere aşağıda yer verilmiştir.

Acil Servis Muayene Sayısı

Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi ile acil serviste gerçekleşen hasta muayene sayıları arasında 0,577** korelasyon katsayı ile orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin varlığı saptanmıştır. Test sonucuna göre acil serviste hasta muayene sayısı arttıkça konsültan hekimin acil servise gelme süresinin de bu duruma paralel artış gösterdiği tespit edilmiştir (Çizelge 3.2.).

Kurum Türü

Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi ile kurum türü arasında -0,452** korelasyon katsayısı ile orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Özel hastanelerde konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi en kısa iken Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bu sürenin en uzun olduğu şeklinde yorumlanabilir. Üniversite hastaneleri ise 2. sıradadır. Burada Sağlık Bakanlığı hastanelerinin sayıca fazla olması ve üniversite hastanelerinin ise sayıca az olması bu ilişkiyi etkilemektedir (Çizelge 3.2.).

Konsültan Hekim İstem Sayısı

Konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi ile acil servise konsültan hekim istemi yapılan sayı arasında 0,426** korelasyon katsayısı ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Test sonucuna göre acil serviste konsültan hekim istem sayısı arttıkça bu artışa paralel konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi uzamaktadır (Çizelge 3.2.).

Yatak Sayısı

Acil servise konsültan hekimin ortalama ulaşma süresi ile hastanenin sahip olduğu yatak sayısı arasında 0,365* korelasyon katsayısı ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Test sonucuna göre hastanenin yatak sayısı arttıkça konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi de artış göstermektedir (Çizelge 3.2.).

3.3. Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi ve Sonuçları

Korelasyon analizi sonucunda bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında yüksek düzeyde bir ilişki ($r=0,71-0,99$) tespit edilmemiştir. Bu nedenle çalışmanın bu bölümünde bağımlı değişkeni etkilediği düşünülen bütün bağımsız değişkenler aşamalı regresyon analizi kapsamına alınmış ve değerlendirilmiştir. Aşamalı regresyon analizi gerçekleştirilirken geriye doğru eleme yöntemi tercih edilmiş, bu kapsamda önce bütün değişkenler analize alınmış, bağımlı değişkeni en çok açıklayan bağımsız değişken belirlendikten sonra analizden çıkarılarak devam edilmiş ve bu analiz 4 aşamada tamamlanarak anlamlı 3 model oluşturulmuştur.

Analizin 1. Aşaması;

Model 1

Analizin 1. aşamasında çalışma kapsamında tanımlanan 8 bağımsız değişkenin (kurum türü, yatak sayısı, yatan hasta sayısı, acil serviste muayene sayısı, acil serviste gerçekleşen ölüm sayısı, acil serviste ortalama müşahade süresi, acil serviste hasta memnuniyet oranı, konsültan hekim istem sayısı) hepsi analize dahil edilmiştir. Analiz sonucunda acil servis muayene sayısının bağımlı değişkeni en çok açıklayan değişken olduğu tespit edilmiştir.

Acil Servis Muayene Sayısı

Bütün bağımsız değişkenlerin analize dahil edildiği ilk aşamada, acil servisteki muayene sayısının konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini ($R^2=0,333$) % 33,3'lük varyansı açıklama yüzdesi ile ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Acil servis muayene sayısındaki bir birimlik artışın konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini 0,577 ($\beta=0,577$) birim artıracığı görülmüştür.

Acil servis muayene sayısı bağımsız değişkenine ilişkin $DW=2,261$, $VIF=1,000$ olarak hesaplanmıştır. DW değerinin 1,5-2,5 arasında, $VIF<10$ olması nedeni ile otokorelasyon ve çoklu bağlantı problemi tespit edilmemiş, bu nedenle Model 1 anlamlı bulunmuştur (Çizelge 3.3.).

Çizelge 3.3. Acil Servis Muayene Sayısının Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresine Etkisine İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	Standart Hata	Beta	t	p	VIF
Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	Acil Servis Muayene Sayısı	0,611	0,148	0,577	4,123	0,000	1,000
$R=0,577$, $R^2=0,333$, $F=16,997$, $p=0,00$, Durbin-Watson=2,261							

Analizin 2. Aşaması;

Model 2

Analizin 2. aşamasında hesaplamadan acil muayene sayısı çıkarılarak geriye kalan 7 bağımsız değişken üzerinden analiz yapılmıştır. Analiz sonucunda kurum türü ile konsültan hekim istem sayısı bağımsız değişkenlerinin birlikte bağımlı değişkeni açıkladığı görülmüştür.

Kurum Türü ile Konsültan Hekim İstem Sayısı

Kurum türü ile bağımlı değişken arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki, konsültasyon hekim istem sayısı ile bağımlı değişken arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Analizin 2. aşamasında bu iki bağımsız değişken birlikte hareket etmiştir. Kurum türü ile konsültan hekim istem sayısının % 30,4'lük varyansı açıklama yüzdesine ($R^2=0,304$) sahip olduğu tespit edilmiştir. Kurum türü ile konsültan hekim istem sayısındaki bir birimlik artışın konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini 0,328 birim artıracığı görülmüştür.

Kurum türü ve konsültan hekim istem sayısı bağımsız değişkenlerine ilişkin $DW=2,039$ ve $VIF= 1,079$ değerleri elde edilmiş olup otokorelasyon ve çoklu bağıntı problemi tespit edilmemiştir. Bu veriler kapsamında Model 2 anlamlı bulunmuştur (Çizelge 3.4.).

Çizelge 3.4. Kurum Türü ve Konsültan Hekim İstem Sayısının Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresine Etkisine İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p	VIF
Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	Kurum Türü ve Konsültan Hekim İstem Sayısı	-0,329 0,308	0,68	-0,364 0,328	2,177	0,003	1,079
$R=0,552$, $R^2=0,304$, $F=7,221$, $p=0,003$, Durbin-Watson=2,039							

Analizin 3. Aşaması;

Model 3

Analizin 3. aşamasında hesaplama kurum türü ve konsültan hekim istem sayısı çıkarılmış geriye 5 bağımsız değişken kalmıştır. Bu 5 bağımsız değişken ile

yapılan analiz sonucunda yatak sayısının bağımlı değişkeni açıkladığı tespit edilmiştir (Çizelge 3.4.).

Yatak Sayısı

Yatak sayısı ile bağımlı değişken arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin varlığı ve yatak sayısının bağımlı değişkeni % 13,3'lük varyans açıklama yüzdesi ($R^2=0,133$) ile açıkladığı tespit edilmiştir. Ayrıca yatak sayısındaki bir birimlik artışın konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini 0,365 ($\beta=0,365$) birim artıracak görülmüştür (Çizelge 3.5.).

Yatak sayısı bağımsız değişkenine ilişkin DW=1,704 ve VIF= 1,000 değerleri elde edilmiş olup otokorelasyon ve çoklu bağıntı problemi tespit edilmemiştir. Analiz sonucunda elde edilen bu bilgiler doğrultusunda Model 3 anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 3.5. Yatak Sayısının Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresine Etkisine İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p	VIF
Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	Yatak Sayısı	0,488	0,749	0,365	2,284	0,029	1,000
$R=0,365$, $R^2=0,133$, $F=5,215$, $p=0,029$, Durbin-Watson=1,704							

Analizin 4. Aşaması;

Analizin 4. aşamasında yatak sayısı analiz kapsamından çıkarılarak kalan 4 bağımsız değişken ile analize devam edilmiştir. Ancak analiz sonucunda 4 bağımsız değişken olan yatan hasta sayısı, acil serviste gerçekleşen ölüm sayısı, acil serviste ortalama müşahade süresi ve acil servis hasta memnuniyet oranının bağımlı değişkeni açıklaması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmayıp ($p>0,05$) modelin dışında kalmıştır.

Model dışında kalan bu 4 bağımsız değişken bu çalışma kapsamına alınan Ankara ilindeki 36 hastanenin acil servislerindeki konsültasyon süreci için anlamlı bulunmayarak model dışında kalmıştır. Ancak Türkiye genelindeki hastanelerin acil servislerinde yürütülen konsültasyon süreçleri için bu 4 değişkenin anlamlı olma ihtimali bulunmaktadır.

Çizelge 3.6. Model Dışında Kalan Bağımsız Değişkenlere İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	βeta	t	p	VIF
Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	Yatan Hasta Sayısı	-0,124	-0,439	0,664	3,064
Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	Acil Servis Ölüm Sayısı	0,228	1,354	0,185	1,139
Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi	0,189	1,071	0,292	1,229
Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	Acil Servis Hasta Memnuniyet Oranı	-0,333	-0,187	0,853	1,210

Aşamalı regresyon analizi neticesinde, acil servis muayene sayısı, kurum türü ve konsültan hekim istem sayısı ile yatak sayısının konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresine etkisi elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki şekilde ifade edilir:

$$\text{Çoklu Regresyon Modeli: } Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_n X_n + \epsilon$$

Y : Bağımlı değişken

Xi : Bağımsız değişken

Bi : Tahmin edilecek parametreler

ε : Hata Terimi

$$Y = (0,577 \times 1) + (-0,364 \times 2) + (0,328 \times 3) + (0,365 \times 4) + (1 - (0,333 + 0,304 + 0,133))$$

$$Y = 0,577 \times 1 - 0,364 \times 2 + 0,328 \times 3 + 0,365 \times 4 + 0,23$$

Analizler kapsamında konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini etkileyen faktörlerden; acil servis muayene sayısının % 33,3'lük kısmını, kurum türü ve konsültan hekim istem sayısının % 30,4'lük kısmını, yatak sayısının ise % 13,3'lük kısmını açıkladığı tespit edilmiştir. Geriye kalan % 23'lük kısım ise hata terimi vasıtasıyla modele dâhil edilmeyen değişkenler tarafından açıklanabilir.

4 bağımsız değişkeni anlamlı bulan Model 1, Model 2, Model 3 genel olarak özetlendiğinde; bu 4 değişkene ilişkin p değerleri, korelasyon katsayıları ve R^2 değerleri (0,333, 0,304 ve 0,133) istatistiksel açıdan anlamlıdır. Artıklar normal dağılıma uymakta, VIF değerleri 10'un altında ve DW değerleri 1,5-2,5 değerleri arasındadır. Bu şartlarda analiz kapsamında elde edilen modellerin yeterli olduğu söylenebilir.

4. TARTIŞMA

Çalışma kapsamında bağımlı değişken olarak belirlenen konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi ile bağımsız değişkenler arasında önce korelasyon analizi daha sonra ise aşamalı regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analizler sonucunda, acil servis muayene sayısı, kurum türü, konsültan hekim istem sayısı ve hastane yatak sayısı model kapsamında anlamlı bulunmuştur. Model kapsamında anlamlı bulunan bu bağımsız değişkenlerin, konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini etkileyen faktörlerin % 77'sini açıkladığı tespit edilmiştir. Bağımlı değişken ile yatan hasta sayısı, acil serviste gerçekleşen ölüm sayısı, acil serviste ortalama müşahede süresi, acil serviste hasta memnuniyet oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Bağımlı değişkeni açıklayan bağımsız değişkenler sırasıyla; acil servis muayene sayısı, kurum türü ile konsültan hekim istem sayısı ve yatak sayısıdır.

Acil Servis Muayene Sayısı

Ankara ilinde 2018 yılında hizmet sunan 36 hastanenin acil servislerinde toplam 4 463 273 hasta muayene olmuştur. Kurum türlerine göre acil servis muayene sayı ve oranlarına bakıldığında, acil servis muayenelerinin 3 951 286'sının (% 88,5'i) Sağlık Bakanlığı hastanelerinin acil servislerinde, 413 678'inin (% 9,2'sinin) üniversite hastanelerinin acil servislerinde, 98 309'unun (% 2,3'ünün) ise özel hastanelerin acil servislerinde gerçekleştiği görülmüştür (Şekil 3.4.).

Çalışmada, konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi ile acil serviste gerçekleşen hasta muayene sayıları arasında 0,577** korelasyon katsayı ile orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin varlığı saptanmıştır. Test sonucuna göre acil serviste hasta muayene sayısı arttıkça konsültan hekimin acil servise gelme süresinin de bu duruma paralel artış gösterdiği tespit edilmiştir (Çizelge 3.2.).

Çalışmada, acil servisteki muayene sayısının konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini ($R^2=0,333$) % 33,3'lük varyansı açıklama yüzdesi ile ilk sırada etkileyen bağımsız değişken olarak yer aldığı görülmüştür. Acil servis muayene sayısındaki bir birimlik artışın konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini 0,577 ($\beta=0,577$) birim artıracığı belirlenmiştir. Dolayısıyla araştırma neticesinde acil servislerde muayene sayısının artması ile birlikte konsültan hekimin acil servise ulaşma süresinin uzadığı tespit edilmiştir.

Literatür incelendiğinde acil serviste muayene sayısı ile konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi arasındaki ilişki ve etkiyi doğrudan inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Dönmez ve arkadaşlarının (2017) bir eğitim araştırma hastanesinde acil servise başvuran ve herhangi bir servisten konsültasyon istenen 2013 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada, öncelikle acil servislere başvuru oranlarının çok arttığı ve bu artışın nedenleri arasında; hastanede yatak bulma sıkıntısı, ağır hastalığı olan hasta sayısındaki artış, acil servislerdeki yaşlı hasta sayısında artış, acil serviste alan sınırlılığı, personel yetersizliği, tanısal tetkiklerdeki gecikmeler ve konsültan hekimlerin acil servise geç gelmelerinin yer aldığı belirtilmektedir. Çalışmada bu nedenlere ek olarak, acil servis hastalarının önemli bir kısmında tanı ve tedavide disiplinler arası yaklaşımın, yani konsültasyon isteminin artmış olması da sayılmaktadır. Aynı çalışmada acil servis konsültasyon süresini uzatan nedenler arasında ise en sık olarak herhangi bir bölüm tarafınca uygulanan ek tedavi veya tanısal girişimlerin (% 2,8) olduğu tespit edilmiştir.

Hastanelerin acil servislerinde gerçekleştirdikleri hasta muayene sayıları ne kadar fazla ise o acil servisten konsültan hekim istenme sayısı da o kadar fazla olmaktadır (Söyler ve Koç, 2014). Türkiye’de yapılan çalışmalarda acil servislerde konsültasyon isteme oranının genel olarak % 20-40 aralığında bulunduğu tespit edilmiştir (Aygencel ve ark., 2012). Ergin’in (2008) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi için yaptığı çalışmada bu oran % 30’dur. Acil servisteki hasta yoğunluğu konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini olumsuz yönde etkilemektedir (Özyurt ve ark, 2018).

Amerika Acil Tıp Akademisi'nin (2009) yaptığı çalışma acil serviste uzun bekleme sürelerinin nedenlerini sırasıyla; triyaj, tanı ve teşhis işlemleri (röntgen, bilgisayarlı tomografi), kliniklerde yatan hasta oranının yüksekliği, konsültasyon çağrısı, kitlesel olaylar (doğal afet, salgın hastalıklar gibi), acil servise gereksiz başvuru, yetersiz insan gücü şeklinde sıralamıştır. Amerika'da yapılan bu çalışma sonucunda acil servise gereksiz başvuru sayılarının sıralamada alt sıralarda yer aldığı görülmektedir. Bu çalışma neticesinde ise acil servis muayene sayısının konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini etkileyen faktörler arasında ilk sırada olduğu tespit edilmiştir.

Kurum Türü

Çalışmada kurum türü ile konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi arasında $-0,452^{**}$ korelasyon katsayısı ile orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Çizelge 3.2.). Kurum türünün konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini ($R^2=0,304$) % 30,4'lük varyansı açıklama yüzdesine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Ankara ilinde 2018 yılında hizmet sunan 36 hastanenin 25 tanesi (% 69,4) Sağlık Bakanlığı hastanesi, 2 tanesi (% 5,6) üniversite hastanesi ve 9 tanesi (% 25) özel hastanedir (Şekil 3.1.). Ankara ilinde 2018 yılında hizmet sunan 36 hastanenin kurum türlerine göre konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi 58,9 dakika iken, bu süre Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 53,9 dakika, üniversite hastanelerinde 102 dakika, özel hastanelerde ise 63,5 dakikadır (Şekil 3.9.). Aynı veriler ayrıca özel hastanelerin büyük bölümünde (%77,7) konsültan hekimin acil servise ulaşma süresinin ilk 15 dakika içinde sağlandığını gösterirken, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin sadece % 16'sında konsültan hekimin acil servise ilk 15 dakikada ulaştığını göstermektedir.

Özel hastanelerin acil servislerinde gerçekleştirilen muayene sayılarının daha az, özel hastanelerde hastaların alacağı hizmet beklentisinin daha yüksek olması, hastanın alacağı hizmet kapsamında cepten ödeme yapacak olması özel hastanelerde

konsültasyon sürecinin daha etkin bir şekilde yönetilmesine neden olabilir. Üniversite hastanelerinin örneklemede daha az sayıda yer alması ve işleyişteki durumları da dikkate alındığında bu sürenin diğer hastane profillerine göre daha uzun olması beklenen bir durumdur.

Çalışma kapsamındaki iki üniversite hastanesinde konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi incelendiğinde, hastanenin birinde bu süre 16-45 dakika aralığında iken, diğerinde 46 dakika ve üzeri olup bu iki hastanenin ortalamasının ise 102 dakika olduğu tespit edilmiştir. Gürsoy'un (2014) Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yaptığı araştırmada ortalama konsültasyon sonuçlandırma süresi 121 dakika olarak saptanmıştır. Gürsoy'un çalışma sonucuna göre 121 dakika olan konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi bu çalışmada 102 dakika olarak tespit edilmiştir. İki çalışma sonucunda elde edilen süreler arasında yaklaşık 20 dakikalık bir fark bulunmaktadır.

Amerika Acil Tıp Akademisi'nin (2009) yaptığı çalışmada konsültasyon hekiminin acil servise ortalama ulaşma süresi 135 dakika olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada elde edilen verilere göre çalışma kapsamına alınan bütün hastanelerdeki konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi 58,9 dakika olup Amerika Acil Tıp Akademisinin yaptığı çalışma sonuçlarından elde edilen veriye göre çok daha iyi olduğu söylenebilir.

Konsültan Hekim İstem Sayısı

Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi ile konsültasyon istem sayısı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Pearson Korelasyon Katsayısı=0,519**, $p<0,01$) (Çizelge 3.2.). Konsültan hekim istem sayısının kurum türü ile birlikte konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini ($R^2=0,304$) % 30,4'lük varyansı açıklama yüzdesi ile açıkladığı tespit edilmiştir.

Acil servislere hasta başvurusu arttıkça acil tıp hekiminin hastaların muayenesini gerçekleştirdikten sonra hastanın klinik durumuna göre ilgili başka bir branş hekiminin görmesini isteme olasılığı da artmaktadır. Acil servis muayene başvuruları incelendiğinde en fazla başvurunun sırasıyla Sağlık Bakanlığı hastaneleri (% 88,5), üniversite hastaneleri (% 9,2) ve özel hastaneler (% 2,3) olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra acil servis muayene sayılarına hangi oranda konsültasyon istemi yapıldığı da incelenmiştir. Ankara ilinde 2018 yılında çalışmaya dahil edilen 36 hastaneden elde edilen verilere göre, hastanelerin toplam acil servis muayene sayılarının % 9,2'si için konsültan hekim istemi yapılmış olup, bu oran Sağlık Bakanlığı hastanelerinin acil servisleri için % 7,5, üniversite hastanelerinin acil servisleri için % 26,8 ve özel hastanelerin acil servisleri için ise % 4 olarak belirlenmiştir (Şekil 3.8.).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda acil servislerde konsültasyon isteme oranının genel olarak % 20-40 aralığında bulunduğu tespit edilmiştir (Aygencel ve ark., 2012).

Akpınar Oruç ve Üzel Taş’ın (2013) bir üniversite hastanesinin acil servisinde yapmış oldukları araştırma sonucuna göre, hastaların % 22,3’üne konsültasyon gereksinimi olduğu tespit edilmiştir. Çelikten’in (2016) yine bir üniversite hastanesinin acil servisinde gerçekleştirmiş olduğu çalışmada, acil servislerde konsültasyon istenme oranının % 13,4 olduğu saptanmıştır. Ergin’in (2008) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin acil servisi için yaptığı çalışmada konsültasyon isteme oranı % 30 bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servislerinde iç hastalıkları konsültasyonu isteme oranını da yüksek bulmuştur. Aygencel ve arkadaşları (2012) tarafından yürütülen araştırmaya göre Türkiye’de gerçekleştirilen farklı çalışmalara göre acil servislerde iç hastalıkları konsültasyonu isteme oranı % 10-20 arasında değişmekte iken, Gazi Üniversitesi acil servisleri için yürüttükleri çalışmada acil serviste iç hastalıkları konsültasyonu isteme oranı % 25,6 olarak bulunmuştur. Bu yüksekliğin nedenleri olarak da çoğunlukla yaşlı, kronik dahili ağır ve çoklu sorunları olan hastaları acil servis olarak sıklıkla kabul edilmesi, bu hastaların komorbid sorunları nedeniyle acil servisten doğrudan taburcu olamamaları ve özellikle yatış için danışılmaları, Ankara ili içerisinde en çok hematoloji, kemik

iliği nakli ve onkolojik hastaları takip eden üniversite hastanelerinden biri olmasına bağlanmıştır.

Bu çalışmada üniversite hastanelerinin acil servislerinde gerçekleştirdikleri toplam muayene sayısının % 26,8'inin konsültasyon istemi olduğu tespit edilmiştir. Akpınar Oruç ve Üzel Taş'ın çalışmasında bu oran % 22,3, Çelikten'in çalışmasında % 13,4, Ergin'in çalışmasında % 30 olarak tespit edilmiştir. Çalışmalardan elde edilen sonuçlar incelendiğinde, bu çalışma sonucu ile Akpınar Oruç ve Üzel Taş'ın yaptıkları çalışma sonucu benzerlik göstermekte olup, Çelikten'in ve Ergin'in çalışmalarında sırasıyla daha düşük ve daha yüksek bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gerçekleştirilen toplam muayene sayılarının % 7,54'üne konsültasyon istemi yapılmış olduğu tespit edilmiştir. Köse ve arkadaşlarının (2011) bir devlet hastanesinin acil servisinde gerçekleştirdiği araştırma sonucuna göre konsültasyon oranının % 4,5 olduğu saptanmıştır. Bu iki çalışma sonucunda elde edilen bu süreler arasındaki farkın nedeni bu çalışma kapsamına alınan Sağlık Bakanlığı hastanelerinin sayıca fazla olması ile Köse ve arkadaşlarının çalışmalarını gerçekleştirdiği hastanenin acil servisine yapılan başvuru sayısının daha az olması ile açıklanabilir.

Woods ve arkadaşlarının (2007) araştırma sonucuna göre hastaların % 38'inde en az 1 konsültasyon istendiği saptanmıştır. Buradaki oranın yüksek olması 2. ve 3. basamak acil servislere başvuru yapan hastaların klinik durumlarının daha kompleks olması ve multidisipliner yaklaşımla tedavi edilmesi gerekliliği ayrıca çevre hastanelerde tedavi olanağı bulunmayan hastaların sevk edildiği alanlar olması nedenleri ile açıklanabilir.

Yatak Sayısı

Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini etkileyen bir diğer değişken ise hastanenin sahip olduğu yatak sayısıdır. Yatak sayısı ile konsültan hekimin acil servise

ulaşma süresi arasında 0,365* korelasyon katsayısı ile pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Çizelge 3.2.). Hastane yatak sayısı arttıkça konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi artmaktadır.

Yatak sayısının konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini % 13,3'lük varyansı açıklama yüzdesi ($R^2=0,133$) ile açıkladığı tespit edilmiştir. Ayrıca yatak sayısındaki bir birimlik artışın konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini 0,365 ($\beta=0,365$) birim artıracakğı görölmüştür (Çizelge 3.5.).

Ankara ilinde 2018 yılında çalışmaya dahil edilen 36 hastaneden elde edilen verilere göre, hastanelerin toplam yatak sayısı 8 527 olup, bu yatakların 7 197'si (% 84,4) Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, 664'ü (% 7,8) üniversite hastanelerinde, 666'sı (% 7,8) özel hastanelerdedir (Şekil 3.2.). Hastanenin yatak sayısı arttıkça hastanenin büyüklüğü ile sunduğı hizmetin çeşitliliğı de artmakta, bu nedenle hastalar daha çok bu profildeki hastanelere başvurmaktadır. Bu durum doğal olarak hastanenin hasta yoğunluğunu ve dolayısı ile konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini de artırmaktadır.

Dunn'un (2003) gerçekleştirdiğı araştırma, hastane doluluk oranındaki % 5,9'luk bir düşmenin, 58,5 dakika olan acil serviste bekleme süresini 37,1 dakikaya (% 36,6) ve yine tedavi olabilmek için bekleyen hasta sayısını 19,1'den 14,8'e (% 22,5) düştüğünü tespit etmiştir. Dunn'un yaptığı çalışma sonucundan da göröldüğü üzere hastanenin doluluk oranı azaldığında acil serviste bekleme süresi kısalmaktadır.

Diğer Faktörler

Acil servis muayene sayısı, kurum türü, konsültasyon istem sayısı ve yatak sayısının konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini açıklayan faktörlerin % 77'sini oluşturduğu tespit edilmiştir. Model tarafından açıklanamayan % 23'lük bölümünü ise hata terimi ile modele dahil edilmeyen bağımsız değişkenlerin oluşturduğu söylenebilir. Bu değişkenler, konsültasyon istenen ilgili branştaki hekim

sayısındaki yetersizlik, konsültan hekimin iş yoğunluğu, konsültan hekimin hastayı sahiplenmemesi, konsültasyon sürecinde hekimler arasında yaşanan iletişim yetersizliği gibi birçok faktörden oluşabilir. Konsültasyon sürecinin etkin yönetilebilmesinde iletişimin önemi büyüktür. Konsültasyon sürecine dahil olan bütün hekimlere konu ile ilgili bilgilendirme yapılmalı gerekiyorsa eğitim verilmelidir. Bu süreç içerisinde iletişimsizlikten kaynaklanan sorunların en aza indirilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu başlık altında modele dahil edilmeyen ancak literatür incelemesi sonucunda konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini etkilediği tespit edilen ve çalışmanın modeli tarafından açıklanamayan % 23'lük oranı açıklayabileceği öngörülen diğer faktörlere kısa kısa yer verilmiştir (Dönmez ve ark., 2017; Dönmez, 2016; Çıkrıklar ve ark., 2016; Geskey ve ark., 2013; Shen ve Lee, 2018; Kessler ve Asrow, 2011).

İlgili Branş Hekimi ile İlgili İstihdam Sorunu

Konsültan hekim olarak tanımlanan ilgili branş hekimleri (kardiyoloji, nöroloji, göğüs hastalıkları, nefroloji, ortopedi uzmanı gibi) sayının yetersizliği, konsültan hekimin acil servisteki başka bir hastanın tedavi sürecine katılması ve tüm bu durumların üzerine konsültasyon istem sayısının da artması doğal olarak konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini uzatmaktadır. Dönmez'in (2016) araştırmasında acil servise başvuran hastaların % 21,6'sına konsültasyon istenmiştir. Konsültasyon sonlanma süreleri incelendiğinde nefroloji ortalama 306±393, gastroenteroloji ortalama 289±273, nöroloji ortalama 234±273 dakika olarak bulunmuştur. Dönmez'in çalışma sonuçları değerlendirildiğinde farklı branştaki her konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi arasında ciddi farklılıklar görülmektedir. Bu durum bu çalışma sonuçlarında düşünülen ilgili branştaki konsültan hekimin sayısındaki yetersizlik ya da iş yoğunluğu gibi nedenlerle geç kalabileceği düşüncesini desteklemektedir. Her bir branş hekiminin farklı sürelerde acil servise ulaşması bu sürenin ortalamasını da yükseltmektedir.

Konsültan Hekimin Hastayı Sahiplenmemesi

Acil servislerde yaşanan birçok sıkıntıdan birisi de konsültasyon sürecinin yönetilememesidir. Çıkrıklar ve arkadaşlarının (2016) araştırma sonuçlarına göre tüm hasta grubu için zorluk nedenleri değerlendirilmiş ve “Güvenlik endişesi” birinci sırada iken “Konsültan hekimlerin hastayı sahiplenmemesi” ikinci sırada yer almıştır. Konsültan hekimin hastayı sahiplenmemesinin süreci en baştan yönetilemez bir duruma getirdiği söylenebilir.

Konsültan hekim, hastanın ikincil hekimidir. Bu nedenle hastayı sahiplenmesi, önerdiği tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasını ve sonuçlarının izlemesini gerçekleştirmelidir. Bu nedenle hastanın birincil hekimi ile sürekli bir iletişim içinde olması gerekir (Karakaya ve ark., 2009).

Konsültasyon Sürecinde Yetersiz İletişim

Konsültasyon sürecinin etkin yönetilmesinin en önemli çıktısı konsültan hekimin en kısa sürede acil servise gelmesi ve kendi branşındaki tanı ve tetkik işlemlerini biran önce tamamlaması gerekliliğidir. Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi ne kadar uzarsa bu süre o kadar başarısızlıkla sonuçlanabilir. Bu süreç en iyi şekilde iyi bir iletişim ile çözülebilir. Bu konuda hekimlere konsültasyon sürecinin önemi ve etkili iletişim teknikleri ile ilgili eğitimler ve bilgilendirmeler sağlanabilir. Geskey ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları araştırma sonucuna göre acil servise konsültan hekimin geç gelmesinin kötü klinik sonuçlara neden olacağı öngörülmüştür. Bu kapsamda konsültasyon süreci ile ilgili kurumsal bir rehber hazırlanmış ve hazırlanan rehber çalışanlara özenle tanıtılmıştır. Rehberin yayınlanmasından önce konsültan hekimin konsültasyon çağrısına cevap verme süresi 121 dakika iken rehber yayınlandıktan 6 ay sonra bu sürenin 100 dakikaya düştüğü görülmüştür. Bu çalışma sonucunda da görüldüğü gibi bilgilendirmenin önemi oldukça etkilidir.

Shen ve Lee'nin (2018) araştırma sonucuna göre acil serviste uzun süre bekleme sürelerinin artmış morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu ve hasta memnuniyetini azalttığı ileri sürülmüştür. Çalışma kapsamında hastanede bir kurul oluşturulmuş ve konsültasyon sürecinin daha etkin yönetilebilmesi için stratejiler geliştirilmiştir. Hazırlanan stratejiler 6 ay boyunca hastanede uygulanmış ve sonuçları izlenmiştir. Çalışma sonucuna göre konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi 162 dakikadan 124 dakikaya gerilemiştir. Düşük maliyetli müdahaleler, şeffaflık, hakkaniyetli iş yükü ve takım bazlı bakım modeli, sürekli geri bildirimde bulunmak hastalar için bekleme sürelerini azaltmaya yardımcı olmuştur. Ayrıca Shen ve Lee çalışmalarında acil servislerde uzun bekleme sürelerinin hasta memnuniyetini etkileyebileceğini öne sürmüştür. Bu çalışmada konsültasyon hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi ve acil serviste ortalama müşahade süreleri ile acil servis hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Kessler ve Asrow'un (2011) çalışmasında konsültasyon sürecinde iletişimin önemi vurgulanmıştır. Takım içindeki iletişimin, hastanın bakım planı için çok önemli olduğu belirtilmiştir. 2007 Ulusal Sağlık İstatistikleri Raporu'na göre acil servise 117 milyon hasta başvurmuştur. Başvuran hastaların % 20-40'ı için bir veya daha fazla konsültasyon istenmiştir. Konsültasyon çağrılarının % 73'ü iyi yönetilememiştir. Yönetilemeyen konsültasyonlarda ilgili uzman hekimin konsültasyon süreci ile ilgili yeterli eğitim almadığı saptanmıştır. Bu çalışma hasta güvenliği kapsamında hekimlerin tıp eğitiminde konsültasyon sürecinin önemi ve yönetimi ile ilgili yeterli bilgi aldığı takdirde iyileşme oranlarının yükseleceğini savunmuştur. Kessler ve Asrow, bu eğitimin hekimlere görev başında iken değil tıp eğitimi sırasında verilmesinin daha iyi olacağını düşünmüştür.

Özyurt ve arkadaşlarının (2018) Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servislerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, kademeli SMS sistemi ile acil servis konsültasyon süresinin azaldığı belirlenmiştir. Çalışma acil servis konsültasyon isteminin Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden yapılması ile "0" dakika başlamakta, konsültasyon gecikmelerinde "20" "30" "50" dakikalarda sırasıyla uzman doktora, klinik idari sorumlu doktoruna, Acil

Servis Sorumlu Başhekim Yardımcısına standart formatlarda hazırlanan SMS bilgilendirme ve hatırlatma mesajı gönderilerek uygulanmaktadır. Çalışma sonucunda acil konsültasyon müdahale süresinin 64 dakikaya düştüğü, konsültasyon sisteminde % 49'luk iyileşme sağlandığı ve hasta memnuniyet oranında % 3'lük bir artışın olduğu tespit edilmiştir.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın bu bölümde, araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda ulaşılan sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik olarak geliştirilen öneriler sunulmuştur.

5.1. Sonuç

Acil servislerde sunulan hizmetin kalitesini belirleyen en önemli kriterlerden birisi acil serviste bekleyen hastaya hızlı bir şekilde ihtiyacı olan sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Hizmet sunumunu bekleyen hastaya gerekli müdahale gerekli zaman aralığında yapılmadığında kötü klinik tablolar, bunun neticesinde de kalıcı hastalıklar, sakatlıklar ve hatta ölümler yaşanabilmektedir. Bu nedenle acil servise başvuran hastaya ilk müdahaleyi yapan acil tıp hekimi, hastanın klinik durumuna göre başka bir hekimin de hastayı görmesini talep edebilir ve bu durumda konsültasyon süreci başlamış olur.

Konsültan hekimin çağrı yapıldıktan sonra acil servise en kısa sürede gelmesi beklenir. Bu çalışmada bu süreyi etkileyen faktörler incelenmiş ve bu faktörlerin % 77'si tespit edilebilmiştir. Bu faktörler en çoktan en az açıklama oranlarına göre acil servis muayene sayısı, kurum türü ve konsültan hekim istem sayısı ve yatak sayısıdır.

Acil Servis Muayene Sayısı

Konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini en çok açıklayan bağımsız değişken % 33 ($R^2= 0,333$) oranı ile acil servis muayene sayısıdır. Acil servislerde gerçekleştirilen muayene sayısı arttıkça çalışma sonucundan elde edilen verilere göre konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi de artış göstermektedir. Acil servis muayene sayısı ile konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi arasında pozitif korelasyon (Pearson Korelasyon Katsayısı=0,577) bulunmaktadır. Elde edilen pearson

korelasyon katsayısı, orta düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olarak yorumlanmıştır.

Kurum Türü ile Konsültan Hekim İstem Sayısı

Konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini ikinci sırada açıklayan bağımsız değişkenler, kurum türü ve konsültan hekim istem sayısıdır. Bu iki bağımsız değişkenin konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini % 30,4 ($R^2= 0,304$) oranında açıkladığı tespit edilmiştir. Kurum türü ile konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (Pearson Korelasyon Kat Sayısı=-0,452) bulunmaktadır. Elde edilen pearson korelasyon katsayısı, orta düzeyde anlamlı bir ilişki olarak yorumlanabilir. Konsültan hekim istem sayısı ile konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (Pearson Korelasyon Kat Sayısı= 0,426) mevcuttur. Yine bu korelasyon katsayı, orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Yatak Sayısı

Konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini üçüncü sırada ve % 13,3 oranında açıklayan ($R^2= 0,133$) bağımsız değişken, hastane yatak sayısıdır. Yatak sayısı ile bağımlı değişken arasında pozitif yönde (Pearson Korelasyon Katsayısı= 0,365) bir ilişki bulunmaktadır. Bu korelasyon katsayısı orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Çalışma kapsamına alınan diğer bağımsız değişkenler, yatan hasta sayısı, acil serviste gerçekleşen ölüm sayısı, acil serviste ortalama müşahade süresi ve acil serviste hasta memnuniyet oranları ile bağımlı değişken arasında $p>0,05$ olması nedeniyle anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Çalışma kapsamında açıklanamayan ve geriye kalan faktörlerin % 23'ünü oluşturan bölümün ise yetersiz personel istihdamı, konsültasyon sürecinin etkin

yönetilememesi, hekimler arası iletişim sorunları gibi faktörlerden oluştuğu düşünülmektedir. Özellikle hekimler arası iletişimin konsültasyon sürecindeki öneminin büyük olduğu söylenebilir. Acil servisteki hekimin konsültan hekime hastayı, hastanın klinik durumunu kısa ve etkili bir şekilde anlatması yine aynı şekilde konsültan hekimin acil servisteki hekimi iyi bir şekilde dinlemesi sürecin etkin bir şekilde yürütülmesini sağlayacak bir başlangıç olabilir.

5.2. Öneriler

Çalışma kapsamında elde edilen verilere ve bu verilerin analiz sonuçlarına göre konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini etkileyen faktörler ve bu faktörlerin iyileştirilmesine yönelik geliştirilen öneriler ayrı başlıklar altında aşağıda yer almaktadır:

Acil Servis Muayene Sayısı

- Sağlık Bakanlığı, 1. basamak sağlık hizmetleri kapsamında organize olan ve hali hazırda hizmet yürüten aile sağlığı merkezlerinin hizmet kapasitesini nitelik ve nicelik bakımından güçlendirerek acil servislere gereksiz başvuru sayılarını düşürebilir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli kalamadığı, tetkik ve tedavi işlemlerinin bu hizmet basamağında karşılanamadığı durumlarda hastalar, hastanelerin polikliniklerine başvurmaları konusunda aile hekimi tarafından bilgilendirilmeli ve yönlendirilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı düzeyinde ülke genelinde sevk sisteminin etkin bir şekilde yönetilmesini sağlamaya yönelik politikalar geliştirilerek kişilerin isteklerine göre acil servise başvurularının ve acil servislere yaşanan gereksiz hasta yoğunluğunun önüne geçilebilir.
- Aile sağlığı merkezlerine ve hastane polikliniklerine başvuran hastalara, hastalıkları ile ilgili hangi durumlarda acil servislere başvurmaları gerektiği

sözlü, ihtiyaç halinde yazılı bilgilendirme şeklinde yapılarak acil servise gereksiz başvurular azaltılabilir.

- Hastaneler “Konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma sürecini etkileyen faktörler” isimli sağlıkta kalite göstergesini her 3 ayda bir analiz ederek sürecin iyileştirilmesine yönelik düzenleyici ve önleyici faaliyetleri başlatarak, bu sürecin takipçisi olmaları sürecin etkin yönetilmesine yardımcı olabilir.

Kurum Türü

- Farklı nitelikte hizmet sunan hastaneler olan Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerin acil servislerine aynı oranda başvuru yapılmadığı çalışma kapsamında tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki hizmete erişimin üniversite hastanelerine göre daha kolay olması ve özel hastanelere göre de cepten harcama yapılmaması bu durumun nedeni olarak gösterilebilir. Bu kapsamda farklı profilde hizmet sunan bu hastanelerin en azından acil servislerinde sunulan hizmetlerin daha ulaşılabilir olması açısından Sağlık Bakanlığı düzeyinde politikalar geliştirilebilir. Bu durumda belirli hastanelerin acil servislerindeki yoğunluklar diğer hastanelere de dağıtılarak bir rahatlama sağlayabilir.
- Hastanelerde gerçekleştirilen sağlıkta kalite değerlendirmelerinde ilgili göstergelere ilişkin sürecin yönetimi Sağlık Bakanlığı’nın sertifikalı sağlıkta kalite değerlendiricileri tarafından değerlendirilmekte ve süreçte bir problem olması durumunda ilgili göstergenin puanında kesintiye gidilmektedir. Bu durumdan hastanenin sağlıkta kalite değerlendirmeleri neticesinde elde edeceği kalite puanı negatif yönde etkilenmektedir. Ayrıca bu durum hastanenin, sağlık turizmi kapsamında sunacağı hizmetleri ve hastane yöneticisinin performansını da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle sağlıkta kalite değerlendirmelerinin etkin bir şekilde yapılması bu sürecin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

Konsültan Hekim İstem Sayısı

- Acil serviste muayene edilen hasta için gerektiğinde konsültan hekim istemi yapılması doğru olandır. Konsültasyon isteme kararı acil tıp hekiminin takdirindedir. Bu süreç hastane yönetiminin kontrolünde acil tıp hekimlerinin ve diğer konsültasyona konu olan branş hekimlerinin katılımıyla bir ekip oluşturularak, hangi klinik durumlarda hangi branş hekiminin çağrılacağı bir algoritma ile belirlenip gereksiz konsültan hekim isteme sayıları en aza indirilebilir.

Yatak Sayısı

- Özellikle yatak sayısı fazla olan büyük kapasiteli hastanelerin acil servislerine olan başvuru sayısının daha fazla olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı B, C ve D grubu hastanelerin sundukları sağlık hizmetleri nitelik ve nicelik açısından iyileştirilerek belirli hastanelerin acil servislerine olan yoğunluk önlenebilir.

Modelin açıklayamadığı olası diğer faktörler kapsamında literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde;

- Konsültasyon sürecinin etkin bir şekilde yönetilebilmesi için hastane yönetimi tarafından konsültasyon sürecine dahil olan tüm sağlık personeline, konsültasyon sürecinin önemi, etkin yönetimi ve bu süreçteki etkili iletişim teknikleri gibi konuları kapsayan bir bilgilendirme yapılabilir, ihtiyaç halinde eğitimler düzenlenebilir.
- Hastane yönetimi, konsültan hekim branşlarının istihdamı ile ilgili bir değerlendirme yaparak Sağlık Bakanlığı hastaneleri Bakanlıkta ilgili birimlere ihtiyacı bildirebilir, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler ise hastanelerinde eksiklik tespit ettikleri branşların istihdamına yönelik işlemleri en kısa sürede başlatabilir.

- Çalışma sonucunda elde edilen bilgiler ışığında bu süreci etkileyen faktörlerin analizi ve sağlık kuruluşlarında bu kapsamda gerçekleştirilmesi planlanan iyileştirme faaliyetlerinin uygulanması hasta bakım kalitesinin geliştirilmesine, hasta güvenliğinin, acil bakım kalitesinin ve hastanelerin maliyet verimliliğinin artırılmasına olanak sağlayabilir.



ÖZET

Ankara İlinde Konsültan Hekimlerin Acil Servise Ulaşma Sürelerinin ve Bu Süreleri Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu çalışma, Ankara ilinde hizmet sunan 36 hastanenin acil servis hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen konsültasyon hizmetlerini, konsülte edilen hekimin acil servis hizmetine dahil olması, kendi alanındaki hizmeti sonlandırma süresini ve bu süreyi etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma tanımlayıcı ve geriye dönük (retrospektif) bir araştırmadır. Veriler, Sağlık Bakanlığı, TÜR-GÖS ve KKS veri tabanlarından alınmıştır. Çalışma kapsamında Ankara ilinde sağlık hizmeti sunan 36 hastanenin (kamu, özel ve üniversite) 2018 yılına ait kurum türü, yatak sayısı, acil servise başvuru sayısı, acil serviste gerçekleşen ölüm sayısı, acil serviste müşahade süresi, yatan hasta sayısı, acil servis hasta memnuniyeti oranı, konsültan hekim istem sayıları değerlendirilmiş ve bu değişkenlerin konsültan hekimin acil servise ulaşma süreleri üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Bütün değişkenlere yönelik tanımlayıcı bulgular raporlanmış, veriler üzerinde korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Korelasyon analizi sonucunda bağımlı değişken ile kurum türü, yatak sayısı, acil servise başvuru sayısı ve konsültan hekim istem sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p<0,05$) saptanırken, acil serviste gerçekleşen ölüm sayısı, acil serviste müşahade süresi, yatan hasta sayısı, acil servis hasta memnuniyeti oranı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Çalışmada aşamalı regresyon analizinin geriye doğru eleme yöntemi ile konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini etkileyen bağımsız değişkenler varyans açıklama yüzdelerine göre sıralanmıştır. Bu sıralamada; acil servis muayene sayısı birinci sırada ($R^2=0,333$), birlikte hareket eden kurum türü ve konsültasyon hekim istem sayısı ikinci sırada ($R^2=0,304$), hastanenin sahip olduğu yatak sayısı ise üçüncü sırada ($R^2=0,133$) konsültan hekimin acil servise ulaşma süresini açıkladığı belirlenmiştir. Bu dört değişkenin konsültasyon hekimin acil servise ortalama ulaşma süresini etkileyen faktörlerin % 77'sini açıkladığı tespit edilmiştir. Çalışma kapsamına alınan diğer bağımsız değişkenleri oluşturan yatan hasta sayısı, acil servis ölüm sayısı, acil servis hasta memnuniyet oranı ve acil servis ortalama müşahade süresi model kapsamında anlamlı bulunmamıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, farklı nitelikte hizmet sunan hastanelerin acil servise ulaşımalarının kolaylaştırılması ve hastane yönetiminin de katılımıyla konsültasyon süreci ile ilgili personelin bilgilendirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Acil Servis, Konsültasyon, Konsültan Hekim, Süre.

SUMMARY

Inspection of Consultant Specialists' Arrival Durations to Emergency Units in Ankara Province and the Factors Affecting These Durations

This study was carried out in order to examine the consultation services provided within the scope of emergency services of 36 hospitals providing services in Ankara, the inclusion of the consulted physician in the emergency service, the period of termination of the service in their field and the factors affecting this period. The study is a descriptive and retrospective study. The data were taken from the Ministry of Health, TUR-GOS and KKS databases. Within the scope of the study, 36 hospitals (public, private and university) providing health services in Ankara province in 2018, the type of institution, the number of beds, the number of applications to the emergency department, the number of deaths in the emergency room, the period of observation in the emergency room, the number of inpatients, the rate of emergency patient satisfaction. The number of consultant physician requests were evaluated and the effects of these variables on the time that the consultant physician reached the emergency department were examined.

Descriptive findings for all variables were reported and correlation analysis was performed on the data. As a result of the correlation analysis, a statistically significant relationship ($p < 0,05$) was determined between the dependent variable and the institution types, bed counts, emergency admission counts and the numbers of consultation requests, while it was discovered that there was no significant relationship between the number of deaths in the emergency room, the duration of observation in the emergency department, the number of inpatients and emergency service patient satisfaction rate ($p > 0,05$). In the study, the independent variables affecting the average durations of consultant specialists' arrival to the emergency department with the backward elimination method of stepwise regression analysis were listed in accordance with the variance explanation percentages. In this ranking; it was determined that emergency department examinations as the first ($R^2 = 0,333$), institution type that acts together and the number of consultation requests as the second ($R^2 = 0,304$) and hospital bed count as the third ($R^2 = 0,133$) affect consultant specialist's arrival duration to emergency department. It was determined that these four variables explain 77 % of the factors affecting the average duration of consultant to arrive at the emergency department. Inpatient counts, numbers of deaths in the emergency room, emergency patient satisfaction rates and average observation duration in emergency departments, which are the other independent variables included in the study were not found to be significant within the scope of the model. In accordance with the results obtained from the study, improvement of the primary health care services, facilitation of the emergency department access in hospitals providing services with different nature and informing the staff about consultation processes with the participation of the hospital management was recommended.

Key Words: Consultation, Consultant Physician, Duration, Emergency Service.

KAYNAKLAR

- AFAD (AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ BAŞKANLIĞI) (2014). Açıklamalı afet yönetimi terimler sözlüğü. Erişim Adresi: <https://www.afad.gov.tr/tr/23792/Aciklamali-Afet-Yonetimi-Terimleri> Sozlugu/kelime/ Erişim Tarihi: 02.02.2019.
- AKPINAR K (2008). Acil Serviste Hasta Hakları (Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- AKPINAR ORUÇ O, ÜZEL TAŞ H (2013). Acil servise başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **15(2)**:131.
- AKYOLCU N (2007). Acil birimlerde triyaj. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **15(58)**: 7-17.
- ALACADAĞLI E (2016). Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma ve sağlık hizmetlerinde etkinlik. *Journal of Emerging Economies and Policies*,**1**:1-9.
- ALBAYRAK A S (2005). Çoklu doğrusal bağlantı halinde en küçük kareler tekniğinin alternatifi yanlı tahmin teknikleri ve bir uygulama. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, **1(1)**: 105-126.
- ALPAR R (2020). Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinde Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Ankara : Detay Yayıncılık.
- ALTINDİŞ S, ÜNAL Ö (2017). Acil servis kalite standartlarında Türkiye'nin durumu. *J Biotechnol and Strategic Health Res*, **2**:51-59.
- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (2009). Emergency department wait times, crowding and access. Erişim Adresi: <http://newsroom.acep.org/2009-01-04-emergency-department-wait-times-crowding-and-access-fact-sheet> Erişim Tarihi: 30.05.2019.
- ATEŞ M (2011). Sağlık İşletmeciliği. İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- ATİLLA R, ÇİMRİN A H (2002). Konsültasyon önerileri. *Acil Servis ve Akademik Acil Tıp Dergisi*,184-7.
- AUSTURALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE (2015). Quality standards for emergency departments and other hospital-based emergency care services. Erişim Adresi: <https://acem.org.au/> Erişim Tarihi: 30.07.2020.
- AYGENCEL G, NAS A, SARITAŞ H, DERYAL K, DEMİRCAN A (2012). Bir üniversite hastanesi acil servisindeki iç hastalıkları konsültasyonlarının genel özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*, **17(4)**: 219-222.

- BAŞOL E (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, **4(8)**:128-140.
- BİLİR Ö, ŞİŞMANLAR D, ERSUNAN G, AYAZ T (2015). Acil servis çalışanlarının hasta haklarına bakışı. *Konuralp Tıp Dergisi*, **7(1)**:28-33.
- BÜYÜKÖZTÜRK Ş (2009). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- BRENNER B E, HOLMES T M, SIMPSON D D (2004). Reducing speciality consultation times in the emergency department, *Acad Emerg Med*, **11**: 463.
- COPE M (2000). The seven Cs of consulting. Third edition. London, England: Pearson Education Limited. Erişim Adresi: <http://www.ciuohecampus.com/images/sevenconsulting.pdf> Erişim Tarihi: 10.05.2019.
- ÇELİKTEN O S (2016). Bir Üçüncü Basamak Hastane Acil Servisine Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri ve Acil Servis Klinik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Beş Yıllık Analiz. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya.
- ÇIKRIKLAR H İ, YÜRÜMEZ Y, YÜCEL M, ASAN ASLAN N, ENGİNDENİZ Z, CEBİCCİ H, ALTUNTAŞ M (2016). Acil serviste zor hastaların yönetimi. *Sakarya Tıp Dergisi*, **6(1)**: 20-26.
- ÇOKLUK Ö, ŞEKERCİOĞLU G, BÜYÜKÖZTÜRK Ş (2010). Sosyal Bilimler İçin Çok değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- ÇOLAK E (2014). Korelasyon analizi. Erişim Adresi: http://eczacilik.anadolu.edu.tr/bolumSayfaları/belgeler/ecz2014%202012_20140527094539.pdf Erişim Tarihi: 19.01.2020.
- DEMİR S (2018). Acil Sağlık Hizmetlerinde Hizmet İşleyişi ve Hukuki Sorunlar. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- DEMİR Ö, TANYILDIZI İ (2017). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi, İİBF Uluslararası İktisadi ve İlimler Dergisi*, **1(1)**: 89-119.
- DOĞAN K C (2015). Yönetimin bir fonksiyonu olarak denetim ve kamu yönetimindeki yeri. *Ombudsman Akademik Dergisi*, **2(3)**: 107-141.
- DÖNMEZ S S (2016). Acil Serviste Gerçekleştirilen Konsültasyon Sürecinin İzlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.
- DÖNMEZ S S, DURAK V A, TORUN G, KÖKSAL Ö, AYDIN Ş. (2017). Acil Serviste Gerçekleştirilen Konsültasyon Sürecinin İncelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **43 (1)**: 23-28.

- DUNN R (2003). Reduced Access block causes shorter emergency department waiting times: An historical control observational study. *Emerg Med*, **15**: 232.
- DUYAR D D (2018). Fayol ve Gulickten günümüze yönetin fonksiyonlarının üzerine bir değerlendirme. *Journal of Political Administrative and Local Studies*, **1(2)**:75-92.
- DSÖ (DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ) (1948). Sağlık Tüzüğü. Erişim Adresi : <https://www.who.int/> Erişim Tarihi: 05.05.2020.
- EFE E, BEK Y, ŞAHİN M (2000). SPSS’te Çözümleri ile İstatistik Yöntemleri II. Erişim Adresi: http://www.baskent.edu.tr/~matemel/courses/deney_tasarimi.pdf Erişim Tarihi: 10.06.2020.
- ERDEM E, KAAAN M, TANHAN F (2006). Regresyon analizi. Erişim Adresi: <https://www.istatistik.gen.tr/?p=83> Erişim Tarihi:15.07.2020.
- ERGİN M (2008). Acil Servis Kalabalığının Bilimsel Yöntemler ile Ölçümü. Tıpta Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara.
- ERİĞÜÇ G, AKYÜREK Ç E, UĞURLUOĞLU Ö (2009). Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde, İdari Birim Yöneticilerinin Yönetmelik Başarı Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- ESHİKUMO I S (2017). Acil Hekimlerinin Konsültasyon Sürecinde Yaşadıkları Zorlukların Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara.
- FIELD A (2005). Discovering statistics using SPSS (Second edition). London: Sage Publication.
- FİŞEK N (1982). Modern yönetim semineri. *Türk-İş Yayınları*, **144**.
- GEORGE D, MALLERY M (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference (Seventeenth update). Boston: Pearson Education.
- GESKEY J M, GEETING G, WEST C, HOLLENBEAK C S (2013). Improved physician consult response times in an academic Emergency Department after implementation of an institutional guideline. *J Emerg Med*, **44**: 999-1006.
- GÜLTEKİN F (2013). Regresyon analizi. Erişim Adresi: <http://w3.balikesir.edu.tr/~bsentuna/wp-content/uploads/2013/03/Regresyon-Analizi.pdf> Erişim Tarihi: 02.01.2020.
- GÜNEY S (2007). Yönetim ve Organizasyon. Ankara: Nobel Yayın.

- GÜRSOY V (2014). Acil Serviste Dahiliye Konsültasyonu Yapılan Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri ve Konsültasyonla İlişkili Sorunların İrdelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.
- KABAROĞLU K, EROĞLU S E, ECMEL ONUR Ö, DENİZBAŞI A, AKOĞLU H (2013). Acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin araştırılması, *Marmara Medical Journal*, **26**: 82-89.
- KARAKAYA Z, GÖKEL Y, AÇIKALIN A, KARAKAYA O (2009). Acil tıp anabilim dalında konsültasyon sisteminin işleyişi ve etkinliğinin değerlendirilmesi, *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, **15(3)**:210-216.
- KARCIOĞLU Ö (2018). Acil servisler: ne kadar acilsiniz. Erişim Adresi: <https://indigodergisi.com/2018/02/acil-servisler-ozgur-karcioglu/> Erişim Tarihi: 02.02.2019.
- KAVUNCUBAŞI Ş, YILDIRIM S (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- KAYAALP GT, ÇELİK GÜNEY M, CEBECİ Z (2015). Çoklu doğrusal regresyon modelinde değişken seçiminin zootekniye uygulaması. *Ç.Ü.Z.F. Dergisi*, **30(1)**: 1-8.
- KESSLER C, ASROW A (2011). Emergency department consultation: improving communication between health care providers. Erişim Adresi: <https://www.reliasmedia.com/articles/76810-emergency-department-consultation-improving-communication-between-health-care-providers> Erişim Tarihi: 15.05.2019.
- KESSLER C, MHPE, FACEP, FAAEM, KUTKA, BM, BDILLO C (2012). Consultation in the emergency department : a qualitative analysis and review. *The Journal Of Emergency Medicine*, **42(6)**: 704-711.
- KILAVUZ E (2010). Sağlık harcamalarındaki artış ve temel bakım hizmetleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **29(2)**: 173-192.
- KILIÇASLAN İ, BOZAN H, OKTAY C, GÖKSU E (2005). Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **5(1)**:5-13.
- KORKMAZ Y (2019). Tıbbi Konsültasyon ve kusurun paylaşılması sorunu. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, **31(140)**: 239-302.
- KÖSE A, KÖSE B, ÖNCÜ M R, TUĞRUL F (2011). Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. *Gaziantep Tıp Dergisi*, **7(2)**: 57-62.
- KÖSE S K (2011). Korelasyon ve regresyon analizi. Erişim Adresi: <https://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mse-ppt-pdf/KOSE3.pdf> Erişim Tarihi: 02.03.2020.

- MARCO C, SMITH C A (2002). Conflict resolution in emergency medicine. *Ann Emerg Med*, **40**: 347-9.
- MEDICAL ADVISORY COMMITTEE (2014). Emergency department consultation guidelines. Erişim Adresi: <https://www.smhdom.com/resident-documents/gim/ctu/274-ed-consult-guidelines-most> Erişim Tarihi: 07.08.2020.
- METLER C A, VANNATTA R A (2005). Advanced and Multivariate Statistical Methods: Practical Application and Interpretation, Third Ed., Glendala CA: Pyrczak Publishing.
- NATIONAL HEALTH SERVICE (2015). Londra sağlıkta kalite standartları. Erişim Adresi: <http://www.londonhp.nhs.uk/wpcontent/uploads/2016/01/London-Quality-Standards-Acutemedicine-and-emergency-general-surgery-Nov-2015.pdf> Erişim Tarihi: 05.07.2020.
- ODABAŞI Y (2001). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (2014). OECD sağlık hizmetleri kalitesi incelemeleri: Türkiye 2014. Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/publications/oecd-reviews-of-health-care-quality-turkey-2013-9789264202054-en.html> Erişim Tarihi: 07.08.2020.
- ÖZYURT E, AYKUTLUĞ M, UĞURLU D, MAÇKA KUDAŞ Ş, ILICAN B, ÇİMEN G, ALPER M (2018). Acil servis konsültasyon sürecinde SMS uygulaması Dışkapı Hastanesi modeli. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, **5(4)**: 275-281.
- RENE S L, ROB W, MICHAEL B, BRIAN R H, BRIAN H R (2008). Consultations in the emergency department: a systematic review of the literature. *Emerg Med J*, **25**:4-9.
- SALMAN N, ATİK B, ÇEVİK E, BAYRAMOĞLU A, TONGA B (2015). Acil servis hasta devirlerine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi: Bir asker hastanesi deneyimi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **57**: 252-255.
- SHEN Y, LEE L H (2018). Improving the wait time to consultation at the emergency department. *BMJ Open Qual*, **7**.
- SÖYLER H, KOÇ A (2014). Bir kamu hastanesi için acil servis simülasyonu ve veri zarflama analizi ile etkinlik ölçümü. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **6(2)**: 117-132.
- SÖYÜK S, KURTULUŞ S (2017). Acil servislerde yaşanan sorunların çalışanlar gözünden değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6(4)**: 44-56.
- SÖYÜNCÜ S (2013). Konsültasyon isteme sanatı. Erişim Adresi: http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/WNMbOrLGx83w.pdf Erişim Tarihi: 20.07.2020.

- ŞEN S (2016). Regresyon analizi. Erişim Adresi: <https://sedatsen.files.wordpress.com/2016/11/8-sunum.pdf> Erişim Tarihi: 15.06.2020.
- T.C. CUMHURBAŞKANLIĞI (2018). 1 No'lu Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/19.5.1.pdf> Erişim Tarihi: 01.08.2020.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (1960). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Resmi Gazete Tarih: 19.02.1960, Resmi Gazete Sayı:10436.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (1998). Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayı: 23420.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2000). Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 11.05.2000, Resmi Gazete Sayısı: 24046.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2003). Sağlıkta dönüşüm programı. Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> Erişim Tarihi: 04.08.2020.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2009). Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, Resmi Gazete Tarihi; 16.10.2009, Resmi Gazete Sayısı: 27378.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2013). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013, Resmi Gazete Sayısı: 28539.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2015a). Türkiye sağlıkta kalite sistemi. Erişim Adresi: <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html> Erişim Tarihi: 04.08.2020.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2015b). Sağlıkta kalitenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine dair yönetmelik. Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28352,saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelikpdf.pdf?0> Erişim tarihi: 31.07.2020.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2015c). Sağlıkta kalite standartları hastane. Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 02.02.2019.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2015d). Gösterge yönetimi rehberi. Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3502,gostergeyonetimirehberi-1408151pdf.pdf> Erişim Tarihi: 06.02.2019.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2015e). Memnuniyet anketleri uygulama rehberi. Erişim Adresi: <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/52205,48--memnuniyet-anketleri-uygulama-rehberi-01112015pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 06.02.2019.

- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2017). Mavi kod uygulamaları. Erişim Adresi : <https://khgmacilveyurtdisisaglikdb.saglik.gov.tr/TR,48457/mavi-kod-uygulamalari.html> Erişim Tarihi: 07.07.2020.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2018a). Sağlık istatistikleri yılı 2018. Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 08.07.2020.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2018b). Acil servis genelgesi. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,32159/saglik-bakanligindan-acil-servis-genelgesi.html> Erişim Tarihi: 15.06.2020.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2018c). Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmi Gazete Tarihi: 20.02.2018, Resmi Gazete Sayısı: 30338.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2019). Umke. Erişim Adresi: <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR,4457/umke.html> Erişim Tarihi: 19.07.2020.
- TABACHNICK BG, FIDELL LS (1996). Using multivariate statistics (Third edication). New York, USA: HaperCollins College Publishers.
- TENGİLİMOĞLU D, IŞIK O, AKBOLAT M (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayınevi.
- TENGİLİMOĞLU D, YİĞİT A (2005). Hastanelerde liderlik davranışlarının personel iş doyumuna etkisini belirlemeye yönelik bir alan çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **8(3)**: 374-400.
- TERZİ Y (2019). Spss ile İstatistiksel Veri Analizi. Erişim Adresi: <https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/yukselt/129644/sos208-7-8%20%C3%A7oklu%20regresyon.pdf> Erişim Tarihi: 15.12.2019.
- TOP M (2006). Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi: Türkiye’de öncelik belirleme sürecinde rol alan tarafların görüşleri ve sağlık politikalarına ilişkin değerlendirmeleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **9(1)**: 93-122.
- TUĞCU H, YORULMAZ C, CEYLAN S, BAYKAL B, CELASUN B, KOÇ S (2003). Acil servis hizmetine katılan hekimlerin, acil olgularda hekim sorumluluğu ve adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, **45(2)**: 175-179.
- TÜRK CEZA KANUNU (2004). Resmi Gazete Tarih: 12.10.2014, Resmi Gazete Sayı: 25611.
- TÜRKAN H, ŞENER S, TUĞCU H (2005). Acil serviste uygunsuz konsültasyon hizmeti ve mediko-legal yönü. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **5(3)**: 138-141.

TÜRKAN H, TUĞCU H (2004). 2000-2004 yılları arasında yüksek sağlık şurasında değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*, **46(3)**: 226-231.

THE ROYAL COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE (2010). Emergency medicine consultants workforce recommendations. Erişim Adresi : <https://www.rcem.ac.uk/docs/Workforce/CEM5324-Emergency-Medicine-Consultants---CEM-Workforce-Recommendations-Apr-2010.pdf> Erişim Tarihi: 08.08.2020.

ÜSTÜN B (2016). Araştırma tipleri. Erişim Adresi: http://www.phderneti.org/wp-content/uploads/2016/03/ara%C5%9Ft%C4%B1rma_t%C3%BCrleri.pdf Erişim Tarihi: 15.06.2020.

WOODS RA, LEE R, OSPINA MB, BLITZ S, LARI H, BULLARD MJ, ROWE BH (2007). Consultation outcomes in the emergency department: exploring rates and complexity. *Janvier*, **10(1)**.

YAMAN B (2015). Hastanelerde Sunulan Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

YÜCELER A (2011). Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta ve Çalışan Güvenliği: Kuram ve Konya İlindeki Hastanelerde Bir Uygulama. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

EKLER

Ek-1. Veri Kullanımı Talep Dilekçesi

YONETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
SAGLIK VERILAK GULIN SERVİSİ
07.08.2019 18:47 3710672-030-22EH
10091073520

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığına

Bakanlığımız Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı'nda Sağlık Uzmanı olarak görev yapmaktayım, aynı zamanda Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü'nde tezli yüksek lisans öğrencisiyim.

Yüksek lisans eğitimin çerçevesinde hazırlamayı planladığım "Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresinin ve Bu Süreyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu tezinde kullanmak üzere Ankara ilinde hizmet sunan ve "Kurumsal Kalite Sistemi" ile "Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi"nde konu ile ilgili verisi bulunan hastanelerin verilerine ihtiyaç duymaktayım.

Söz konusu verilerin tarafıma verilmesi hususunda gereğini arz ederim.

07.08.2019

Şerife ENGELÖĞLU

Adres:
Bilkent yerleşkesi, Üniversiteler mah.
Dumlupınar bulvarı 6001. Cad. No:9
Çantaya/Ankara 06800

Elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1f627716-781e-459d-bc25-d50be6885e46 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2. Sağlık Bakanlığı'nın Veri Kullanımı için İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SAĞLIK YATIRIMLARI, KALİTE VE AKREDİTASYON DAİRESİ BAŞKANLIĞI
09052019-411-26325996-700-E112
0003272801

Sayı : 26325996
Konu : Şerife ENGELÖĞLU
Tez Çalışması Veri Kullanım
İzni Hk.

Sayın Şerife ENGELÖĞLU
(Bilkent Yerleşkesi, Üniversiteler Mah., Dumlupınar Blv. 6001. Cd. No:9
Çankaya/ANKARA)

İlgi: 07.05.2019 tarihli ve 37106781-000-63834 sayılı dilekçeniz

İlgi dilekçedeki Yüksek Lisans eğitim çalışmanız çerçevesinde "Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi ve Bu Süreyi Etkileyen Faktörler" konulu tezinizde kullanacağınız veri kullanım izni ile ilgili talebiniz değerlendirilmiştir.

Yapılacak tez çalışmanızın yayınlanmadan önce tarafımıza bilgi verilip onay alınması koşuluyla veri kullanım izin talebinizin tarafımızca uygun görüldüğü hususunu;
Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Mehmet GÜNDÜZ
Genel Müdür Yardımcısı

Ayrıntılı Bilgi İçin:

Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mahallesi 06800
İrtibat: Sağlık Uzm. Göl HAKBİLEN e-posta: gul.hakbilen@saglik.gov.tr
Tel: 0312 458 50 16

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1fd27716-781a-4594-bc25-d50be6885e4d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3. Acil Servis Hasta Memnuniyeti Anketi

Acil Servis Hasta Memnuniyeti Anketi				
Aşağıda yer alan soruları gerçekçi bir şekilde yanıtlamanız, kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemiz için büyük önem taşımaktadır. Sizden beklenen, verilen cümleler konusundaki kanaatinizi, Evet, Biraz/Kısmen ve Hayır ifadeleri arasından size en yakın gelen seçeneği belirtirken bildirmenizdir. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerinizi iletiriz. Kurum Yöneticisi				
Kişisel Bilgiler:				
Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek				
Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz. () 20'nin altında () 20-29 () 30-39 () 40-49 () 50-59 () 60 üstü				
Eğitim durumunuzu belirtiniz. ()Okuryazar değil ()Okuryazar ()İlkokul ()Ortaokul () Lise ()Üniversite ()Yüksek Lisans ()Doktora				
	Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyerek belirtiniz (x).	Evet	Biraz/Kısmen	Hayır
1	Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi.			
2	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti genel olarak iyiydi.			
3	Bekleme salonları rahattı.			
4	Tüm personel bana karşı ilgiliydi.			
5	Acil servis çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.			
6	Beni muayene eden doktor hastalığım ile ilgili bana bilgi verdi.			
7	İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım.			
8	Acil servis genel olarak temizdi.			
9	Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.			
10	Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.			
Varsa görüş, önerileriniz.				

Ek-4. Gösterge Kartları

Gösterge Adı	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi
Gösterge Kodu	GBAS02
Tanım	Acil servislerde, müşahedede yatırılan hastaların yatış sürelerini izleme amacı ile geliştirilen ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Müşahedede yatan hastaların yatış süreleri toplamı/Müşahedeye yapılan toplam yatış sayısı

Gösterge Adı	Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi
Gösterge Kodu	GBAS03
Tanım	Acil servise çağrılan konsültan hekimin, çağrıldığı andan itibaren, acil servise ortalama ulaşma sürelerinin tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş ölçüm aracıdır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Konsültasyona ulaşma süreleri toplamı/Acil servise konsültasyon istem sayısı

Ek-5. Soru Listesi

Bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişken üzerindeki etkisini inceleyebilmek amacıyla 36 hastaneye ait veriler SPSS'ye aktarılabilir formata dönüştürülmüş ve aşağıda yer alan 9 sorudan oluşan soru listesi oluşturulmuştur.

SORU LİSTESİ

1. Hastanenin türü nedir?

- () Sağlık Bakanlığı Hastanesi
- () Üniversite Hastanesi
- () Özel Hastane

2. Hastanenin 2018 yılına ait toplam yatak sayısı kaçtır?

- () 1-300
- () 301-600
- () 601 ve üzeri

3. Hastanede 2018 yılında yatan toplam hasta sayısı kaçtır?

- () 1-15.000
- () 15.001-30.000
- () 30.001 ve üzeri

4. Hastanenin acil servis bölümünde 2018 yılında gerçekleştirilen acil servis muayene sayısı kaçtır?

- () 1-15.000
- () 15.001-75.000
- () 75.001 ve üzeri

5. Hastanenin 2018 yılında acil servis bölümünün müşahede birimindeki müşahede süresi (dakika) nedir?

- () 1-100
- () 101-250
- () 251 ve üzeri

6. Hastanenin 2018 yılı içerisinde acil servis bölümünde gerçekleşen ölüm sayısı nedir?

- () 1-50
- () 51- 100
- () 101 ve üzeri

7. Hastanenin 2018 yılına ait acil servis bölümünde istenen toplam konsültasyon istem sayısı kaçtır?

- () 1-5000
- () 5001-10.000
- () 10.001 ve üzeri

8. Hastanenin acil servis bölümünde hastalara uygulanan 2018 yılına ait acil servis memnuniyet anket sonuçlarının oranı (%) nedir?

- () 1-50
- () 51-85
- () 86 ve üzeri

9. Hastanenin 2018 yılında acil servis bölümüne çağrılan konsültasyon hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi (dakika) nedir?

- () 1-15
- () 16-45
- () 46 ve üzeri

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Şerife

Soyadı: ENGELOĞLU

Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara/ 01.07.1989

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi ve Telefonu: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 0312 458 50 23.

II- Eğitim

Lisans: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü (2008- 2012)

Yüksek Lisans: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2017-...)

III- Mesleki Deneyim

Ebe: Konya Çumra Toplum Sağlığı Merkezi (2012-2013)

Eskişehir Sivrihisar Toplum Sağlığı merkezi (2014 Ocak-Haziran)

Sağlık Uzman Yardımcısı: T.C. Sağlık Bakanlığı/ Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2014-2018)

Sağlık Uzmanı: T.C. Sağlık Bakanlığı/ Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2018-...)