

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ACİL SERVİS PERFORMANSININ SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI GÖSTERGELERİ KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ*

EVALUATION OF THE EMERGENCY DEPARTMENT PERFORMANCE OF A UNIVERSITY HOSPITAL WITHIN THE SCOPE OF HEALTH QUALITY STANDARDS INDICATORS

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ASLAN¹

ÖZ

Bu çalışmada, bir üniversite hastanesi acil servis performansının Sağlıkta Kalite Standartları göstergeleri kapsamında değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma tanımlayıcı nitelikte kesitsel tipte tasarlanmıştır. Çalışmanın evrenini, üniversite hastanesinde 01.01.2021-31.12.2021 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı acil servis göstergeleri kapsamında takip edilen; acil servise yeniden başvuru oranı, konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi, acil serviste ortalama müşahede süresi ve hasta sevk oranı kayıtları oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş ve evrenin tamamı değerlendirmeye alınmıştır. Veri toplama aracı olarak acil servis gösterge kartı kullanılmıştır. Verilerin analizinde Sağlık Bakanlığı gösterge kartlarında belirtilen hesaplama yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmada acil servise aynı şikayetle yeniden başvuru oranının %0,002 olduğu ve performans hedefi olarak belirlenen değere (%1) ulaşıldığı tespit edilmiştir. Acil servis ortalama müşahede süresinin 2021 yılı ortalamasının 93 dakika olduğu ve kurumsal hedefe (720 dakika) ulaşıldığı görülmüştür. Konsültan hekimin acile ulaşma süresinin 2021 yılı için ortalama 32 dakika olduğu ve hedef değer olarak belirlenen 30 dakikanın aşıldığı bulunmuştur. Çalışmada hasta sevk oranının (%0,001) hedeflenen değer (%1) altında olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda acil servise yeniden başvuru oranı, acil servis ortalama müşahede süresi ve hasta sevk oranı için hedefe ulaşıldığı, konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi için kurumsal düzeyde hedeflenen değere ulaşamadığı ve bu konuda iyileştirme çalışmasına ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Performans, Kalite Göstergesi, Hastane.

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I18.


ABSTRACT

The study aims to evaluate the emergency department performance of a university hospital within the scope of Health Quality Standards indicators. Descriptive and cross-sectional research methods are used to design the study. The population of the study, which is followed up in a university hospital between January 1st, 2021, and December 31st, 2021, within the scope of the Ministry of Health emergency service indicators, include the rate of re-admissions to the emergency department, the average time of reaching the emergency department by the consultant physician, the average observation time in the emergency department, and the rate of patient referral. No sample is selected for the study, and the entire universe is evaluated. The tool used for collecting data is the emergency department indicator card. In the analysis of the data, the calculation methods specified in the indicator cards by the Ministry of Health are used. According to the study, the rate of revisits to the emergency department with the same complaint is 0.002%, and the performance target of 1% is reached. It is observed that the average observation time in the emergency department is 93 minutes, and the target of 720 minutes is reached. It is found that the time for the consultant physician to reach the emergency department is 32 minutes in 2021, and the target for this indicator is exceeded by 30 minutes. It is found that the patient referral rate (0.001%) is well below the target (1%). As a result of the study, the target is reached for the rate of revisits to the emergency department, the average hospitalization time in the emergency department, and the patient referral rate, but the target for the consultant physician's time to reach the emergency department could not be reached, and in this regard there is a need for an improvement.

Keywords: Emergency Department, Performance, Quality Indicator, Hospital.

JEL Classification Codes: I10, I18.

* Bu çalışma için Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 2022-1/211 sayılı ve 12.01.2023 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

¹  Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yaseminaslan@bandirma.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

This study was aimed at evaluating the emergency department performance of a university hospital within the scope of Health Quality Standards indicators. The initial point of contact for patients in urgent need of medical care is emergency services. Critical medical care is typically offered in emergency services, which are an important part of health services. Hospital emergency departments are one of the most crowded and carry more burdens than other components of the health system. It is crucial to evaluate emergency services' performance in order to utilize them wisely.

Design/methodology/approach:

This research is a descriptive cross-sectional case study. Cross-sectional studies are characterized by timing, in which events are studied at one point in time. A case study is a type of research in which a single event or situation is examined in depth, data is systematically collected, analyzed, and reported, and what happens in real life. The study was carried out in a university hospital in Istanbul. The universe of the research was followed by the Ministry of Health between January 1, 2021, and December 31, 2021, in a university hospital within the scope of emergency service indicators: The rate of re-admissions to the emergency department, the average observation time in the emergency department, the average time of reaching the emergency department by the consultant physician, and the patient referral rate constitute the records. The whole universe was assessed without any sample selection. In the study, the Ministry of Health emergency service indicator card was used as a data collection tool. In the analysis of the data, the calculation methods specified in the indicator cards by the Ministry of Health were used. Institutional permission and ethics committee approval was obtained for the study.

Findings:

In the study, it was found that the rate of re-admissions to the emergency department within 24 hours with the same complaint was 0.003% for January-March 2021, 0.002% for July-September 2021, and 0.001% for October-December 2021. When the 2021 average is evaluated (0.002%), it was seen that the target value (1%) has been reached for this indicator at the level of all months. It was observed that the average observation time in the emergency department was 70 minutes for January-March 2021, 95 minutes for July-September 2021, and 109 minutes for October-December 2021. It was observed that the average observation time of the emergency department in 2021 was 93 minutes, and the target was reached (720 minutes). It was observed that the time for the consultant physician to reach the emergency department was 36 minutes for January-March 2021, 37 minutes for April-June 2021, and 36 minutes for October-December 2021. When the general average of 2021 was evaluated (32 minutes), it was determined that the target value for this indicator was exceeded. The rate of patients referred from the emergency department to another health center was found to be 0.001% for all periods, and the target was achieved.

Conclusion and Discussion:

Emergency departments are units that have high stress levels, requiring uninterrupted service delivery and high risk for patients. According to the study, the target for the rate of re-admission to the emergency was achieved. There is no common target value on this issue around the world. Unexpected returns to the emergency department significantly increase the burden not only on patients but also on staff and the healthcare system. This suggests that effective patient follow-up is performed in the emergency department. The efficiency and the quality of emergency care can be increased by lowering readmission. It was stated that the average observation time in the emergency department was 72 minutes, and the target was reached by staying below the target value of 720 minutes recommended by the Ministry of Health. Long waiting times are a common problem in healthcare system. The solution that decreases costs and increases the standard of treatment in the emergency department can be found by optimizing patient flow and eliminating bottlenecks. It has been claimed that the duration of stay in the emergency is an appropriate tool for evaluating the quality and efficacy. According to the study, the average time for the consultant physician to reach the emergency department was 32 minutes. The target value for this indicator exceeded 30 minutes. When the consulting physicians' time to reach the emergency was evaluated according to the departments, it was observed that the targeted times were exceeded mainly in the orthopedics and cardiology departments. Shortening emergency department consultation time can improve patient flow and provide cost benefits. It has been stated that standardization of the patient admission process, preparation of evidence-based guidelines, modification of the consultation process, short message application (SMS), supervision and feedback, and training practices are effective and provide cost advantages in order to reduce the response time to emergency service consultations. The patient referral rate for 2021 was calculated to be 0.001% and the target was achieved (1%). This result suggests that since the hospital in which the study was conducted was a university hospital, it had the capacity and equipment to meet the clinical needs of the patients who applied to the emergency department, so there was no need to transfer the patients to other health care institutions. According to the study findings, it is recommended that monitoring the performance indicators, improve communication between health care professionals, provide training to the employees, assign sufficient quality and number of personnel, and increase the motivation of the employees. In addition, improving the working environment and conditions, using standard evidence-based guidelines, and utilizing user-friendly health technologies may be beneficial.

1. GİRİŞ

Acil servisler, sağlık hizmetine acil ihtiyaç duyan hastaların ilk başvuru noktasını oluşturan, genellikle hayati tehlike taşıyan kalp krizi, solunum durması, çoklu travmalar, ağır kanamalar, yanıklar, ağır trafik kazaları gibi acil müdahalelerin yapıldığı, 24 saat kesintisiz hizmet sunulan, hasta hareketliliğinin yüksek olduğu, yoğun ve stres seviyesi yüksek ünitelerdir. Acil sağlık hizmetleri hasta akış süreci genellikle hastane öncesi acil müdahale ile başlayıp, ambulans hizmetleri, acil hastanın sağlık kurumuna kabulü, triyaj değerlendirmesi, muayene, teşhis ve tedavi süreci ile devam eden, taburculuk veya yatarak tedavi kararı ile son bulan hizmetlerdir. Bu zincirin halkalarının herhangi birinde meydana gelen bir aksaklık bütün zincirin başarısını etkileyebilmektedir. Son yıllarda, birçok ülkede acil servislerin rolleri, ekonomik nedenler, klinik faktörler ve sağlık sistemindeki değişiklikler nedeniyle daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. Özellikle acil sağlık hizmetlerinin akılcı kullanılması amacıyla maliyet-etkin politikaların geliştirilmesi yönünde çaba gösterilmektedir (Morganti vd., 2013, s. 3; Enard ve Ganelin, 2013, s. 413). Cooke vd. (2003)'nin çalışmasında, acil servise başvuran hastaların %29,4'ünün herhangi bir tedaviye veya ileri düzey incelemeye ihtiyacı olmadığı bulunmuştur. Acil servislerin bilinçsizce kullanılması, hasta yoğunluğuna, hastaların bekleme sürelerinin uzamasına, çalışanların iş yükünün artmasına, ciddi hastalığı olan bireylerin ilk müdahalelerinin ve tedavilerinin yapılmasında gecikmeler yaşanmasına, hasta memnuniyetsizliğine ve bakım kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Ahsan vd., 2019b, s. 200; Ersel vd., 2006, s. 26). Söyük ve Kurtuluş (2017)'un çalışmasında; acil serviste triyajın etkili bir şekilde yapılmadığı, acil servisin hastalar tarafından uygunsuz şekilde kullanıldığı, acil servis bölümüne gereksiz sevklerin yapıldığı, acil serviste fiziksel alanın yeterli olmadığı, malzeme temini noktasında sorunlar yaşandığı, iş yükünün ve çalışma saatlerinin fazla olmasına karşın, personel sayısının yetersiz olduğu ve acil servislerde iletişim problemleri yaşandığı tespit edilmiştir.

Dünya genelinde acil servis hizmetlerine olan talebin giderek arttığı ve bu durumun hasta bakım kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu belirtilmiştir. Örneğin, acil servise aynı şikayetle planlanmamış geri dönüşler önemli bir ek iş yükü oluşturmaktadır (Loi vd., 2018, s. 1; Sah vd., 2020, s. 1). Bu ünitelerde görev yapan hekimler, paramedikler ve diğer çalışanlar en iyi şekilde hizmet sunmaya gayret etse de çeşitli nedenlerle hastaları olumsuz yönde etkileyen bazı hatalar yaşanabilmektedir (Loi vd., 2018, s. 1). Acil servislerde hasta güvenliği uygulamalarını standardize etmek, hizmet sunum süreçlerinde yaşanan istenmeyen olayları önlemek ve sağlık hizmet kalitesini yükseltmek amacıyla bazı kalite standartları geliştirilmiştir. Türkiye'de bu standartlar Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanmakta olup belirli aralıklarla güncellenmektedir. Bu standartlara uyum durumunun takip edilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından acil servise yeniden başvuru oranı, konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi, acil serviste ortalama müşahede süresi ve hasta sevk oranı gibi acil servise özel bazı performans göstergeleri belirlenmiştir. Bu göstergelerin temel amacı, acil sağlık hizmetlerinin hasta güvenliğini riske atmayacak şekilde acil servisin seviyesine ve kapasitesine uygun ve zamanında sunulmasını sağlayarak, hizmet kalitesinin artırılmasıdır. Bu amaçla Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi hazırlanarak gösterge kartları oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığına bağlı acil sağlık hizmeti sunulan bütün kurumlarda bu performans göstergelerinin takip edilmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020b, 74-77).

2. LİTERATÜR

2.1. Acil Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri farklı düzeylerde karmaşık bir yapıya sahip, işlevsel bağımlılığı yüksek, multidisipliner ekip çalışması gerektiren hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinin maliyetindeki artışlar, dünya çapında bu hizmetlerin önem kazanmasına ve sağlık hizmeti sunucularının kuruluşlarının kalite yönetimini, verimliliğini ve ekonomisini iyileştirmeye zorunlu tutmaktadır. Sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşenini meydana getiren acil servisler genellikle kritik tıbbi bakımın sunulduğu ünitelerdir. Hastane acil servisleri, sağlık sisteminin diğer bileşenlerine göre daha fazla yükü taşıyan en kalabalık bölümlerden biridir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Setinde "Acil servis hizmetleri; ani gelişen, kaza, hastalık, yaralanma gibi beklenmeyen durumlara bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarında, ölüm ya da sakatlıktan korumak amacıyla hastalara acil serviste sunulan hizmetler" şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020a, s. 2). Acil sağlık hizmetlerinin temel amacı, hastane dışında meydana gelen ve sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylerin uygun sağlık kurumlarına transferini gerçekleştirmekle birlikte, hastane içerisinde hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık

hizmetlerinin kanıt temelli kılavuzlara uygun bir şekilde sunulmasını sağlayarak, istenen sağlık çıktılarına ulaşmaktır (Altındış ve Ünal, 2017, s. 52). Acil servise başvuran hastalara standardize edilmiş bakım sunulması hedeflenmekle birlikte, hasta çeşitliliği açısından büyük farklılıklar söz konusu olduğu için değerlendirilen her hasta bir öncekinden çok farklı şikayetlere sahip olabilmektedir. Bu durum acil serviste çalışanların dikkatli olmasını gerektirmektedir (Aydın vd., 2010, s. 165). Acil servise kabul edilen hastaların bir bölümü ilk değerlendirmenin ardından uygun tedavi planı düzenlenerek taburcu edilirken, bir kısmı tedavilerinin devamlılığının sağlanması amacıyla hastaneye yatırılmakta; bir kısmı ise sağlık kurumunda hastanın takip ve tedavisinin devamlılığı için ihtiyaç duyulan özellikli hizmet ünitelerinin bulunmaması ya da hasta ve hasta yakınlarının isteği doğrultusunda tedavilerinin ileri düzey bir kurumda devam etmesi amacıyla farklı bir sağlık kurumuna sevk edilmektedir.

Hastane acil servisleri, özellikli müdahale alanları, nitelikli işgücü, laboratuvarlar ve görüntüleme tesisleri gibi yüksek sermaye gerektiren ancak sınırlı kaynaklardan oluşan karmaşık sistemlerdir (Ahsan vd., 2019a, s. 253). Günümüzde acil servis hizmetlerinin akılcı kullanılması bir yandan hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması, diğer yandan maliyet-etkin acil sağlık hizmeti sunulması açısından üzerinde sıkça durulan konulardan biridir. Acil servis hizmetlerinin maliyeti yüksektir. Çalışmalar, bazı acil servis başvurularının bakıma yetersiz erişim, hastaların zayıf seçimleri ve hasta bakımının iyi yönetilememesi nedeniyle önlenebilir olduğunu göstermektedir (Dowd vd., 2016, s. 135). Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleriyle önlenebilir veya tedavi edilebilir bazı durumların hastanelerin acil servisine taşınması, sağlık sistemlerinin verimliliğinin düşmesine ve maliyetlerin yükselmesine neden olmaktadır (Enard ve Ganelin, 2013, s. 412). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki acil servis ziyaretlerinin %13,7'si ile %27,1'inin daha iyi bir yönetim ile 4,4 milyar dolar tasarruf sağlanabileceği belirtilmiştir (Weinick vd., 2010, s. 1630).

Sonuç olarak, dünya genelinde acil servisler her geçen gün daha yoğun hale gelmeye devam etmektedir (Lowthian vd., 2011, s. 373). Diğer yandan, acil servisler bütçe kısıtlamaları ve hükümetlerin ek düzenlemeleri nedeniyle sürekli baskı altındadır. Her ülkenin sağlık sektörü çok hassastır ve ulusal politikada önemli bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla istenilen sağlık hizmetinden sapma, sağlık çalışanları üzerinde ek bir baskı oluşturabilir. Bütün bu durumlar, acil servislerin kaynak optimizasyonu açısından sürekli olarak hizmetlerini iyileştirmesini zorunlu hale getirmektedir (Ahsan vd., 2019a, s. 253).

2.2. Acil Sağlık Hizmetleri ve Kalite Standartları

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları hastane seti 2020 yılı versiyonunda (sürüm 6.1) sağlık hizmetleri acil servis hizmetleri boyutu altında 14 adet standart ve 49 adet değerlendirme ölçütüne yer verilmiştir. Acil servis standartlarının amacı, acil serviste yapı ve süreç bazlı faaliyetlerin, hasta ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenerek, etkin ve güvenilir sağlık çıktılarına ulaşılmasının sağlanmasıdır. Bu standart sette acil servis sağlık hizmet kalitesinin artırılması amacıyla belirlenen standartlar arasında; acil servis işleyişine yönelik yapısal düzenlemenin yapılması, hasta kabul, müşahede, yatış, taburculuk ve sevk işlemlerine yönelik süreçlerin tanımlanması, triyaj düzenlemesi, muayene, müşahede, teşhis ve konsültasyon süreçlerinin tanımlanması, adli vakalar, zehirlenmeler, afet ve acil durum yönetimine yönelik düzenlemelerin yapılması, acil serviste risk yönetiminin değerlendirilmesi, acil servise en hızlı erişimi sağlayacak şekilde tedbirlerin alınması, acil servisin yasal mevzuata uygun olacak şekilde fiziksel düzenlemesinin yapılması, acil sağlık hizmetleri için ihtiyaç duyulan ilaç, cihaz ve tıbbi sarf malzemelerin bulundurulması, kritik hasta gruplarına yönelik kanıt temelli teşhis ve tedavi algoritmalarının oluşturulması, acil serviste konsültasyon işlemlerinin etkin bir şekilde yönetilmesi, gözlem altına alınan hastalara etkin bir sağlık hizmeti sunulması, hastalara ait numunelerin güvenli bir şekilde ilgili birimlere transferinin sağlanması, acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliğinin sağlanmasına yönelik güvenlik tedbirlerinin alınması, acil servis çalışanlarına kardiyopulmoner resüsitasyon eğitimi verilmesi yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020, s. 237-245).

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü tarafından hazırlanan ve başvuru süreci gönüllülük esasına dayanan Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti'nde (v3/2021) acil sağlık hizmet kalitesinin yükseltilmesi amacıyla; acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemelerin yapılması (acil servise ulaşım, dokümantasyon, acil servis ile ilgili fiziki alan ve mimari yapı), acil servise hasta kabulünden taburculuğuna kadar olan bütün aşamalara yönelik (danışma, kayıt, yönlendirme, hasta transferi, müdahale ve tedavi önceliğinin belirlenmesi, konsültasyon süreçlerine yönelik düzenlemelerin yapılması) süreçlerin tanımlanması süreçlerine yer verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021, s. 219-225).

Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon çalışmaları konusunda uluslararası bilinirliği en fazla olan ve merkezi Amerika Birleşik Devletleri'nde yer alan bağımsız bir değerlendirme kuruluştur olan Joint Commission International hastane standartları seti yedinci versiyonunda acil sağlık hizmetleri ile ilgili çok sayıda standarda yer verildiğini görmek mümkündür. Bu standartlardan bazıları; acil serviste kimlik doğrulaması yapılması, triyaj kriterlerinin tanımlanması, hastaların bakımı ve güvenli transferi, acil serviste ilaç yönetimi, acil servisten tetkik istemine yönelik düzenlemelerin yapılması, özellikli hasta kabullerine yönelik protokollerin hazırlanması, acil servisi de kapsayacak şekilde hastane geneli hasta akışının planlanması, acil servis ile diğer hasta yatış üniteleri arasında bakımın sürekliliğinin ve koordinasyonunun sağlanması, acil bakım alan hastaların kabul ve ayrılma sürelerinin takip edilmesi, acil serviste tedavi reddine yönelik düzenlemelerin yapılması, acil servisten hasta nakillerinin ilgili yasa ve yönetmeliklere uygun şekilde yapılması, acil serviste kullanılan elektronik bilgi sisteminin çökmesi durumunda hizmet sunumunun sürekliliğinin nasıl sağlanacağına dair planlamaların yapılması ve acil servis çalışanlarına eğitim verilmesine yönelik düzenlemeleri içermektedir (JCI, 2021).

Kaliteli bir acil sağlık hizmeti sunumu için göstergeler önemli birer araçtır. Göstergelerin temel amacı, acil servis performansının belirlenen kriterler kapsamında değerlendirilerek, iyileştirmeye açık alanların belirlenmesi ve hizmet sunum kalitesinin iyileştirilmesidir. Ölçüm sonuçları kurumun kendi performansını değerlendirme fırsatı sunmakla birlikte, takip edilen gösterge kapsamında diğer ulusal ve uluslararası kurumlar ile hizmet sunum çıktılarını karşılaştırma fırsatı da sunar (Altındış ve Ünal, 2017, s. 52). Acil sağlık hizmetleri kalite göstergelerine ulusal yaklaşımlar ülkelerin içinde bulunduğu makroekonomik durumlara göre farklılık gösterebilmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde acil sağlık hizmetleri süreçlerinin iyileştirilmesi amacıyla kalite güvence sistemi kurma ve sürdürülebilirliğini sağlama çabası varken, kaynak kısıtlılığı yaşayan nispeten dar gelirli ülkelerde acil sağlık hizmetleri sunumunda bakımın etkinliği ve zaman konusuna daha ağırlık verilmektedir. Dünya genelinde acil sağlık hizmetleri kalite göstergelerine yaklaşım yapı, süreç ve sonuç odağında güvenli, etkili, zamanında, maliyet etkin ve eşit sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Bu amaçla sürekli ölçme ve değerlendirme yaklaşımı kalite çalışmalarının bir gerekliliği olarak önemli bir yer tutmaktadır (Aaronson vd., 2015, s. 1). Acil servis performansının değerlendirilmesinde kullanılacak performans göstergelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada toplam 55 adet gösterge tanımlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere ve İsveç'te kullanılması önerilen performans ölçütlerinde zaman aralıkları ve hastayla ilgili ölçütlerin baskın olduğu, acil servis kalış süresi, 72 saat içerisinde aynı şikayetle plansız geri dönüşler, mortalite/morbidite oranları, istenmeyen olay sayısı hastayla ilgili takip edilmesi en fazla önerilen göstergeler olarak kabul edilmiştir (Sørup vd., 2013, s. 1). Acil sağlık hizmetleri performansının değerlendirilmesi amacıyla en çok takip edilmesi önerilen göstergeler arasında acil servise aynı şikayetle planlanmamış geri dönüşler, acil serviste ortalama müşahede süresi, acil serviste konsültasyonlara uyum süresi ve hasta sevk oranı yer almaktadır (Loi vd., 2018, s. 7; Ay vd., 2010, s. 329; Aydın vd., 2010, s. 163; Andersson vd., 2020, s. 1; Beckerleg vd., 2020, s. 56; Sağlık Bakanlığı, 2020b, s. 77). Bu çalışmada bir üniversite hastanesi acil servis performansının Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları göstergeleri kapsamında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Yapılan bu araştırma, tanımlayıcı nitelikte kesitsel bir durum saptama çalışmasıdır. Kesitsel araştırmalar zamanlama ile karakterize, olayların zamanın bir noktasında incelendiği çalışmalardır (Çaparlar ve Dönmez, 2016). Durum saptama araştırmaları ise tek bir olay ya da durumun derinlemesine incelendiği, verilerin sistematik bir şekilde toplandığı, analiz edildiği, raporlandığı ve gerçek hayatta neler olduğuna bakıldığı bir araştırma türüdür (Davey, 1991).

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde yer alan bir üniversite hastanesinde 01.01.2021-31.12.2021 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı tarafından acil servis göstergeleri kapsamında takip edilen; acil servise yeniden başvuru oranı, konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi, acil serviste ortalama müşahede süresi ve hasta sevk oranı kayıtları oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamı değerlendirmeye alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak acil servis gösterge kartı kullanılmıştır. Bu gösterge kartı Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan ve ulusal ölçekte acil servis hizmeti veren sağlık kurumları tarafından takip edilmesi gereken; acil servise yeniden başvuru oranı, konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi, acil serviste ortalama müşahede süresi ve hasta sevk oranı olarak dört adet göstergeden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020b, 74-77).

3.4. Verilerin Analizi

Gösterge kartları aracılığıyla toplanan verilerin analizinde Sağlık Bakanlığı tarafından gösterge kartlarında belirtilen hesaplama yöntemleri kullanılmıştır.

Acil servise yeniden başvuru oranı için: $\text{Acil servise 24 saat içerisinde aynı şikâyet ile tekrar başvuran hasta sayısı} / \text{Acil servise toplam başvuran hasta sayısı} \times 100$

Acil serviste ortalama müşahede süresi için: $\text{Müşahede alanında yatan hastaların yatış süreleri toplamı (dakika)} / \text{Müşahede alanına yatırılan toplam hasta sayısı} \times 100$

Konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresi için: $\text{Acil servise çağrılan konsültan hekimlerin ulaşma süreleri toplamı (dakika)} / \text{Acil servisten istenen toplam konsültasyon sayısı} \times 100$

Hasta sevk oranı için: $\text{Acil servisten başka bir kuruma sevk edilen hasta sayısı} / \text{Acil servise başvuran hasta sayısı} \times 100$ hesaplama yöntemleri kullanılmıştır.

Gösterge kartlarında belirtilen pay ve payda verileri hastane bilgi yönetim sisteminden elde edilmiştir. Aynı protokol numarası ile farklı zamanlarda acil servis hizmetinden faydalanmış olan hastalar da çalışmaya dahil edilmiştir. Gösterge veri toplama periyodunun belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı'nın önerilerinden, göstergelerin hedef değerlerinin belirlenmesinde ise Sağlık Bakanlığı referansları ile birlikte kurum verileri ve literatür bulgularından faydalanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020b, 74-77; Savrun ve Gökçen, 2020, s. 129; Ekşi ve Tekin, 2021, s. 49; Engeloğlu vd., 2022, s. 379).

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan ve Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.01.2023/2022-1/211 sayılı izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında acil servis performansını değerlendirmek amacıyla belirlenen göstergelerden biri olan acil servise yeniden başvuru oranına dair veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı

Aylar (2021)	Acil Servise 24 Saat İçinde Aynı Şikâyetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı	Acil Servise Başvuran Toplam Hasta Sayısı	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı (%)	Hedef Değer (%)
Ocak-Mart	51	14589	0,003	1
Nisan-Haziran	25	17960	0,001	1
Temmuz-Eylül	36	19517	0,002	1
Ekim-Aralık	32	24124	0,001	1
Toplam	144	76190	0,002	1

Acil servise aynı şikâyet ile 24 saat içerisinde yeniden başvuru oranının Ocak-Mart 2021 için %0,003, Temmuz-Eylül 2021 için %0,002, Ekim-Aralık 2021 için %0,001 olduğu bulunmuştur. 2021 yılı ortalaması değerlendirildiğinde (%0,002) bütün aylar düzeyinde bu gösterge için hedef değere (%1) ulaşıldığı görülmüştür.

Acil serviste ortalama müşahede süresine (dakika) dair bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Acil Servis Ortalama Müşahede Süresi (dk)

Aylar (2021)	Acil Servis Müşahede Odalarında Yatan Hastaların Yatış Süreleri Toplamı	Acil Serviste Müşahedeye Alınan Hasta Sayısı	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi (dk)	Hedef Değer (dk)
Ocak-Mart	193318	2781	70	720
Nisan-Haziran	276060	3181	87	720
Temmuz-Eylül	406194	4292	95	720
Ekim-Aralık	513309	4724	109	720
Toplam	1,388,881	14978	93	720

Acil servis ortalama müşahede süresinin Ocak-Mart 2021 için 70 dakika, Temmuz-Eylül 2021 için 95 dakika ve Ekim-Aralık 2021 için 109 dakika olduğu görülmüştür. Acil servis 2021 yılı ortalama müşahede süresinin 93 dakika olduğu ve kurumsal hedefe ulaşıldığı (720 dakika) görülmüştür.

Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresine dair bulgular Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi (dk)

Aylar (2021)	Konsültan Hekimlerin Acil Servise Gelme Süreleri Toplamı	Acil Servisten İstem Yapılan Konsültasyon Sayısı	Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi (Dakika)	Hedef Değer (dk)
Ocak-Mart	7997	223	36	30
Nisan-Haziran	10746	294	37	30
Temmuz-Eylül	8105	333	24	30
Ekim-Aralık	8958	252	36	30
Toplam	35,806	1102	32	30

Ocak-Mart 2021 için konsültan hekimin acil servise ulaşma süresinin 36 dakika, Nisan-Haziran 2021 için 37 dakika ve Ekim-Aralık 2021 için 36 dakika olduğu görülmüştür. 2021 yılı genel ortalaması değerlendirildiğinde (32 dakika), bu gösterge için hedef değer olarak belirlenen 30 dakikanın aşıldığı ve hedefin karşılanmadığı tespit edilmiştir.

Acil servis performansını değerlendirmek amacıyla belirlenen bir diğer gösterge olan hasta sevk oranına dair bulgular Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Hasta Sevk Oranı (%)

Aylar (2021)	Acil Servisten Başka Merkeze Sevk Olan Hasta Sayısı	Acil Servisten Başka Merkeze Sevk Olan Hasta Sayısı + Acil Servisten Taburcu Olan Hasta Sayısı	Hasta Sevk Oranı (%)	Hedef Değer (%)
Ocak-Mart	21	14589	0,001	1
Nisan-Haziran	24	17960	0,001	1
Temmuz-Eylül	6	19517	0,000	1
Ekim-Aralık	20	24124	0,001	1
Toplam	71	76190	0,001	1

Acil servisten bir başka merkeze sevk olan hasta sayısının Ocak-Mart 2021, Nisan-Haziran 2021 ve Ekim-Aralık 2021 dönemlerinde %0,001 olduğu, 2021 yılı genel ortalaması için hedef değer olan %1'in altında kaldığı ve bu performans göstergesi için kurumsal düzeyde hedefe ulaşıldığı tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Acil servisler, bireylerin acil bir durumla karşılaştıklarında ilk başvuru noktasını oluşturan, kesintisiz hizmet sunumunun söz konusu olduğu, stres seviyesi yüksek ve hastalar açısından yüksek riskli ünitelerdir. Acil durumların ne zaman ortaya çıkacağı önceden bilinemediği için bu ünitelerin yatak, insan gücü, cihaz, malzeme ve ekipman açısından iyi organize edilmesi önemlidir. Acil servislerde hasta güvenliğinin sağlanması ve hizmet sunum kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla ulusal ve uluslararası ölçekte bazı kalite standartları geliştirilmiştir. Bu

sayede kurum yöneticileri ve acil servis çalışanları mevcut durumu daha net bir şekilde ortaya koyarak, sistemin gelişmeye açık yanlarını iyileştirme fırsatı yakalayabilmektedir.

Çalışmada acil servise aynı şikâyet ile yeniden başvuru oranının 2021 yılı için %0,002 olduğu ve hedef değere ulaşıldığı tespit edilmiştir. Bu göstergenin takip edilmesindeki temel amaç, hastaların acil servise ilk başvurduğu dönemdeki takip ve tedavisinde hasta güvenliği açısından risk oluşturan unsurların değerlendirilmesini sağlamaktır. Acil servise yeniden başvuru oranının takibi için dünya genelinde ortak bir standart bulunmamakla birlikte, genellikle ilk 24 saat, ilk 72 saat ve ilk 7 gün ölçümüne dayanan hesaplamalara rastlamak mümkündür (Sağlık Bakanlığı, 2020b, s. 74; Ekşi ve Tekin, 2021, s. 49; Lu vd., 2020, s. 114; Saunders vd., 2016, s. 218). Yeniden başvuru oranı ile ilgili çalışmaların bir kısmının acil servis hizmetlerini değerlendirmek amacıyla yapıldığı (Saunders vd., 2016, s. 218; Loi vd., 2018, s. 1; Palungwachira vd., 2022, s. 1), bir kısmının ise acil servis hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak kalite bakışıyla ele alındığını söylemek mümkündür (Ekşi ve Tekin, 2021, s. 49; Lu vd., 2020, s. 114; İncesu vd., 2016, s. 1; Yorulmaz vd., 2017, s. 92; Hu vd., 2012, s. 1118; Cheng vd., 2013, s. 1492; Sah vd., 2022, s. 1). Beklenmeyen geri dönüşler, yalnızca hastaların değil, aynı zamanda personelin ve sağlık bakım sisteminin yükünü de önemli ölçüde artırmaktadır (Loi vd., 2018, s. 7). Acil servise yeniden başvurular genel hasta popülasyonu ile birlikte yaş gruplarına ya da tanıya özel olacak şekilde de takip edilmektedir (İncesu vd., 2016, s. 1; Yorulmaz vd., 2017, s. 92). Acil servise yeniden başvuran hastalarda mortalite oranının %4,1 ile %15,2 arasında değiştiği, hastanede kalış sürelerinin daha uzun olduğu ve bu durumun teşhis ve tedavideki gecikmelere veya hastaların acil servisten erken taburcu edilmesine bağlı olabileceği belirtilmiştir (Hu vd., 2012, s. 1110; Cheng vd., 2013, s. 1494; Wang vd., 2007, s. 437). Akenroye ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, kronik hastalık öyküsü ile küçük yaşın yeniden başvuru riskini artırdığı saptanmıştır. Tayvan'da ikinci basamak bir hastanede yapılan çalışmada, acil servise ilk 72 saat içerisinde yeniden başvuru oranının %5,47 olduğu ve yeniden başvuruların prognoz, tedavi ve bilgilendirme kaynaklı tıbbi hatalarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Wu vd., 2010, s. 512). Tayland'da yapılan bir çalışmada acil servise ilk 48 saat içerisinde geri dönüş oranın %0,36 olduğu bulunmuştur (Palungwachira vd., 2022, s. 3). Aynı hastanenin acil servisine 72 saat içerisinde yeniden başvuruların değerlendirildiği bir çalışmada bu oran %5,8 olarak bulunmuştur (Lu vd., 2020, s. 114). Sah ve arkadaşlarının (2022) araştırmasında ilk 72 saat içerisinde aynı problemle acil servise başvuru durumunun değerlendirilmesi amacıyla basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak seçilen 50 hastanın %56'sının hastalıkla ilgili nedenler, %26'sının hekim kaynaklı nedenler ve %18'inin hasta kaynaklı nedenlerle acil servise yeniden başvuru yaptığı saptanmıştır. Malezya'da acil servisten taburcu olduktan sonraki dokuz gün içerisinde acil servise yeniden başvuru oranı %0,66 bulunmuştur (Loi vd., 2018, s. 1). Türkiye'de 2021 yılı çocuk acil servise yeniden başvuruların değerlendirildiği bir çalışmada, ilk 24 saatte yeniden başvuru oranının %1,35 ve ilk 72 saatte yeniden başvuru oranının ise %4,37 olduğu tespit edilmiştir (Akçay ve Gül, 2022, s. 280). Konya Seydişehir Devlet Hastanesi acil servisine 2011-2013 yılları arasında 24 saat içinde yeniden başvuru oranının %3,6 olduğu ve esansiyel hipertansiyon tanısı alan hastaların en sık yeniden başvuru nedenini oluşturduğu tespit edilmiştir (İncesu vd., 2016, 2. 1). Yorulmaz ve arkadaşları (2017) tarafından 2015-2017 yılları arasında yürütülen bir araştırmada, acil servise yeniden başvuru oranının %0,72 olduğu görülmüştür. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde COVID-19 hastalarının %0,4'ünün 72 saat içerisinde benzer şikayetlerle acil servise yeniden başvurduğu tespit edilmiştir (Esen vd., 2022, s. 609). Savrun ve Gökçen (2020) 24 saat içinde aynı şikayetle acil servise yeniden başvuran hastaların %3'ün altında olduğunu bulmuştur. Çalışma sonuçlarının literatürde yer alan bulgulardan düşük olduğu görülmektedir. Bu durum acil serviste etkin bir hasta izlemi yapıldığını düşündürmektedir. Acil servise yeniden başvuruların azaltılması, acil servisin etkinliğini ve acil bakımın kalitesini iyileştirebilir. Acil servis hekim sayısındaki artışın, 48 saat içindeki geri dönüş oranını azalttığı ve risk faktörlerine sahip hastalar için standart bir taburculuk bakım planı oluşturulmasının bu sürece katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (Palungwachira vd., 2022, s. 1). Buna ek olarak küçük yaş gruplarının yeniden başvuru için bir risk faktörü olduğu, yeniden başvuru değerlendirilmesinin iyileştirme çalışmaları için potansiyel yararlı bir araç olduğu, tanıya spesifik Uluslararası Hastalık Sınıflama (International Classification of Diseases-ICD) kodlamalarına dikkat edilmesi önerilmiştir (Akçay ve Gül, 2022, s. 284).

Çalışmada acil servis ortalama müşahede süresinin 72 dakika olduğu ve Sağlık Bakanlığı tarafından hedef değer olarak önerilen 720 dakikanın altında kalıp hedefe ulaşıldığı tespit edilmiştir. Uzun bekleme süreleri, sağlık sisteminin tüm birimleri için ortak bir sorundur. Acil serviste darboğazların ortadan kaldırılması ve hasta akışının optimize edilmesi maliyeti azaltabilir ve bakım kalitesini artıran bir çözüm sağlayabilir (Waring ve Bishop, 2010, s. 1332). Acil serviste kalış süresinin, acil servisin süreç kalitesini ve performansını değerlendirmek için uygun bir araç olduğu belirtilmiştir (Casalino vd., 2013, s. 644; Schull vd., 2011, s. E28-43). Almanya'da yapılan bir

çalışmada, acil servise başvuran hastaların %69,6'sının ilk dört saat içerisinde, %5'inin sekiz saat sonra acil servisten ayrıldığı ve bu grup içerisinde ortalama kalış süresinin 11 saat 48 dakika, bütün hastalar düzeyinde ortalama kalış süresinin 3 saat 28 dakika olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların %0,38'inin acil serviste kalış sürelerinin 24 saati geçtiği tespit edilmiştir (Otto vd., 2022, s. 1203). Kanada'da Sağlık Bakanlığı hastanelerinin acil servislerinde hastaların kalış sürelerinin incelenmesi amacıyla yürütülen bir çalışmada, hastaların %73,5'inin dört saatten az, %26,5'inin ise dört saatten fazla kaldığı bulunmuştur (Al Nhdi vd., 2021, s. 311). Hollanda'da yapılan bir çalışmada acil serviste kalış süresinin kısa olması yüksek hasta memnuniyeti ile ilişkilendirilmiştir (de Steenwinkel vd., 2022, s. 3). Savrun ve Gökçen (2020), hastaların acil servis müşahede odasında hedeflenen kalış süresi olan 6 saatin altında tutulduğunu bulmuştur. Erenler ve arkadaşları (2014), hastaların acil serviste ortalama kalış süresinin 164,1 dakika olduğunu, Aydın ve arkadaşları (2010) ise bütün hastalar için ortalama kalış süresinin 143,1 dakika, acil servisten yatışına karar verilen hastalar için ise bu süresinin 585,1 dakika olarak hedeflenen değerin çok üzerinde olduğu bulmuştur. Al-Refaie ve arkadaşları (2014) tarafından Ürdün'de acil servislerin kalabalık olması, hastalar açısından uzun bekleme süreleri ve hastaneler açısından yönetilmesi en zor ve en kritik bölüm olarak kabul edilen acil servis performansının artırılması amacıyla yürütülen bir çalışmada, simülasyon uygulamaları ve veri zarflama analizi sayesinde en iyi senaryonun hastaların ortalama bekleme süresinin 195 dakikadan 183 dakikaya düşürülmesi, hizmet verilen hasta sayısının 8853'ten 8934 hastaya çıkarılması ve hemşire işgücünün %52'den %62'ye çıkarılmasıyla sonuçlanan iş yükü paylaşım atamalarına bağlı olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresinin 32 dakika olduğu, bu gösterge için hedef değer olarak belirlenen 30 dakikanın üzerine çıktığı ve hedefe ulaşamadığı görülmüştür. Bölümlere göre konsültan hekimlerin acil servise ulaşma süreleri değerlendirildiğinde, ağırlıklı olarak ortopedi ve kardiyoloji bölümlerinde hedeflenen sürelerin aşıldığı görülmüştür. Acil servis hasta yönetiminde konsültasyonların önemli bir yeri olduğu ve hastaların ortalama %40'ına konsültasyon istendiği belirtilmiştir (Özyurt vd., 2018, s. 276; Woods vd., 2008, s. 25). Samuel ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında konsültasyon süresinin ortalama 134 dakika, hasta ile ilgili karar verme süresinin ise ortalama 119 dakika olduğu, cerrahi ve cerrahi olmayan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı ancak cerrahi konsültasyonların daha uzun toplam konsültasyon süresi ve karar verme aralığı yönünde bir eğilim gösterdiği görülmüştür. Acil servis konsültasyon süresinin kısaltılmasının acil servis hasta akışını iyileştirebileceği ve maliyet avantajı sağlayabileceği belirtilmiştir (Samuel vd., 2015, s. 10). Engeloğlu ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında, acil servis ortalama müşahede süresinin 1-100 dakika, çalışma yapılan hastanelerin %38,9'unda konsültan hekimin acil servise ortalama ulaşma süresinin 16-45 dakika arasında olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada acil servis muayene sayısının, kurum türünün, konsültasyon istem sayısının ve hastanenin yatak sayısının acil servise ulaşma süresini etkileyen faktörlerin %77'sini açıkladığı bulunmuştur (Engeloğlu vd., 2022, s. 379). Savrun ve Gökçen (2020) çalışma bulgularıyla uyumlu şekilde konsültan hekimlerin acil servise ulaşma süresinin 30 dakikayı aştığını tespit etmiştir. Erenler ve arkadaşları (2014), konsültan hekimlerin acil servise ulaşma süresinin de benzer şekilde ortalama 64 dakika olduğunu tespit etmiştir. Acil servis konsültasyonlarına cevap süresinin azaltılması amacıyla hasta kabul sürecinin standartlaştırılması, kurumsal kılavuzların oluşturulması, konsültasyon sürecinin modifiye edilmesi, kısa mesaj uygulaması (SMS), denetim ve geri bildirim ile eğitim uygulamalarının etkili olduğu ve maliyet avantajı sağladığı belirtilmiştir (Beckerleg vd., 2020, s. 56).

Çalışmada hasta sevk oranının 2021 yılı için %0,001 olduğu ve hedefe ulaşıldığı (%1) tespit edilmiştir. Savrun ve Gökçen (2020) acil servisten başka bir merkeze sevk edilen hasta oranının çalışma bulgularıyla uyumlu şekilde %1'in altında olduğunu bulmuştur. Aydın ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hastaların %4,5'inin sevk edildiği tespit edilmiştir. Bu sonuç, çalışmanın yapıldığı hastanenin üniversite hastanesi olması nedeniyle acil servise başvuran hastaların klinik ihtiyaçlarını karşılayacak kapasite ve donanımda olduğunu, bu nedenle hastaların başka kurumlara transferine gerek duyulmadığını düşündürmektedir. Acil servis performans göstergelerinin değerlendirildiği bir çalışma sonucunda, acil servis hizmet kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla; acil tıp uzmanlarının sayısının bütün merkezlerde artırılması, teknik donanım ve altyapısı yüksek olan merkezlerde acil tıp uzmanlarının görevlendirilmesi ve acil servis performans göstergelerinin düzenli aralıklarla değerlendirilerek, tespit edilen eksikliklere yönelik düzeltici ve önleyici tedbirler alınması önerilmiştir (Savrun ve Gökçen, 2020, s. 133).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından acil servis hizmet performansının değerlendirilmesi amacıyla, yukarıda belirtilen dört göstergeye ek olarak dünya genelinde farklı göstergelerin de takip edilmesi önerilmektedir. Birleşik Krallık'ta Delphi tekniği kullanılarak acil tıp uzmanları, acil servis hemşireleri ve hastalardan oluşan bir grubun

görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, hasta grupları göz önünde bulundurularak yapı, süreç ve sonuç göstergeleri kapsamında üzerinde görüş birliğine varılan toplam 36 gösterge belirlenmiştir. Örneğin pediatrik hastalar için menenjit şüphesi olan çocuklarda antibiyotik uygulanma zamanı, astımlı çocuklarda kanıt temelli kılavuzlara uyum düzeyi, ateşi >38.5 olan çocuklarda önceki altı saat içinde kullanılmadıysa antipiretik verilme zamanı, pediatrik kardiyak arrest ekibinin varlığı; dahili tıp bilimleri alanı için kardiyak göğüs ağrısı tanısıyla başvuran hastalarda elektrokardiyografi çekilme oranı, miyokard enfarktüsü tanısıyla başvuran hastalara aspirin verilme oranı örnek göstergeler arasında gösterilebilir (Beattie ve Mackway-Jones, 2004, s. 49). Afrika’da yapılan ve uzman görüşlerine dayanan bir çalışmada, düşük ve orta gelirli ülkelerde acil bakım hizmeti sunumuna yönelik 76 kalite göstergesi belirlenmiştir. Bu göstergeler hastaların durumu göz önünde bulundurularak çıktı kategorilerine göre mortalite, morbidite, değerlendirme, teşhis ve yapı göstergeleri şeklinde gruplandırılmıştır. Mortalite göstergeleri arasında; travma öyküsü ve astım tanısıyla acil servise başvurduktan sonraki 24 saat içinde ölen hasta oranı, alt solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla acil servise başvurduktan sonraki 24 saat içinde ölen yetişkin ve 5 yaş altı hasta oranı; morbidite göstergeleri arasında yerel transfüzyon kriterlerini karşılayan ve kan transfüzyonu uygulanan hasta oranı, aktif dış kanama nedeniyle başvuran hastalarda kanamanın kontrol altına alınma oranı, ekstremitte kırığı nedeniyle başvuran hasta oranı, ağrısı olduğu belgelenen ve ağrı kesici ilaç uygulanan hasta oranı, acil serviste kaldığı süre içerisinde sepsis ve pnömoni tanısıyla antibiyotik verilen yetişkin ve beş yaş altı hasta oranı, oksijen saturasyon değeri <%92 olan ve ilave oksijen verilen hasta oranı göstergeleri yer almaktadır (Broccoli vd., 2018, s. 6). Acil servis performansını etkileyen göstergelerin belirlenmesi amacıyla Delphi tekniğiyle yapılan diğer bir çalışmada üzerinde görüş birliğine varılan 20 adet gösterge belirlenmiş olup, herhangi bir dalgalanma/artış anında performansı doğrudan etkileyen en önemli göstergelerin acil servis yatak doluluk oranı, hemşire başına hasta başına, çalışan memnuniyeti ve yoğun bakım yatak sayısı olduğu belirlenmiştir. Bu göstergelere ek olarak acil serviste kalış süresi, transfer edilen hasta oranı, yatışına karar verilen hasta oranı, triyaj zamanı, hekim başına hasta sayısı da takip edilmesi önerilen diğer göstergeler arasında değerlendirilmiştir (Etu vd., 2022, s. 9).

6. SONUÇ

Acil servisler akut ve karmaşık bakım gerektiren hastaların ilk başvuru noktasını oluşturan, stres seviyesi yüksek, dinamik bir yapıya sahip, kalabalık ve hasta güvenliği açısından yüksek riskli ünitelerdir. Acil servislerde hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla performans göstergelerinin takip edilmesi önemlidir. Çalışma sonucunda acil servise yeniden başvuru oranı, acil servis ortalama müşahede süresi ve hasta sevk oranı performans göstergeleri için hedefe ulaşıldığı, konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi için kurumsal düzeyde hedeflenen değere ulaşamadığı ve bu konuda iyileştirme çalışmasına ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir. Acil sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen performans göstergelerinin düzenli aralıklarla takip edilmesi, sağlık çalışanları arasındaki iletişimin geliştirilmesi, yeterli nitelik ve sayıda personel görevlendirilmesi, acil servis hizmetlerinde görev alan çalışanlara belirli aralıklarla eğitim verilmesi, çalışanların karar alma süreçlerine dahil edilerek motivasyonunun artırılması, çalışma ortam ve koşullarının iyileştirilmesi, standartize edilmiş kanıt temelli bakım uygulanması ve kullanıcı dostu sağlık teknolojilerinden faydalanılması önerilmektedir. Bunlara ek olarak makro düzeyde Sağlık Bakanlığı tarafından acil servis hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla performans göstergelerinin ve kalite standartlarının zenginleştirilmesi, göstergelerle ilgili verilerin toplanması ve iyileştirme çalışmalarına rehberlik edilmesi, acil servise özgü belirlenen kalite standartlarına uyum durumunun izlenmesi, acil servis çalışanlarının sahip olması gereken niteliklerin tanımlanması, acil servislerde çalışan personelin memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenerek sağlık politikaları düzeyinde ve kurumsal ölçekte iyileştirme çalışmaları yapılması acil servis hizmet performansının artırılması için faydalı olabilir Mikro düzeyde acil servis performansının kanıt temelli literatür bulgularına dayanarak olgu düzeyinde takip edilmesi, acil servis işgücü planlaması yapılarak ihtiyaç duyulan insan kaynağının temin edilmesi, çalışan eğitimine önem verilmesi, hasta ve çalışan memnuniyetinin belirli aralıklarla takip edilmesi mortalite ve morbiditenin azaltılması ve klinik çıktıların iyileştirilmesine katkı sağlayabilir. Bu noktada hedef değerden sapa gösteren performans kriterlerinin iyileştirilmesi amacıyla kurum üst yönetimi tarafından ihtiyaç duyulan kaynakların sağlanması, kalite ve hasta güvenliği uygulamalarının kurumun öncelikleri arasında yerleştirilmesi, kurumda olumlu bir hasta güvenliği kültürü oluşturulması, acil servis yöneticilerinin kalite iyileştirme çalışmalarına liderlik yapması ve çalışanların iyileştirme süreçlerine dahil edilmesi önemlidir. Gelecek çalışmalarda acil servise başvuran olgu ve hastalık grupları düzeyinde göstergelere yer verilmesi, gösterge verilerinin güvenli bir şekilde toplanmasını sağlayacak sistem tasarımlarının ele alınması, Türkiye’de acil servise

özel gösterge seti oluşturulması amacıyla acil tıp uzmanlarının, acil servis hemşirelerinin, acil tıp teknikerlerinin, hastaların ve diğer paydaşların katılımıyla ileri düzey çalışmalar yapılması önerilmektedir.

YAZARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar, çalışmanın tümüne tek başına katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Aaronson, E. L., Marsh, R. H., Guha, M., Schuur, J. D. ve Rouhani, S. A. (2015). Emergency department quality and safety indicators in resource-limited settings: an environmental survey. *International Journal of Emergency Medicine*, 8(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12245-015-0088-x>
- Ahsan, K. B., Alam, M. R., Morel, D. G. ve Karim, M. A. (2019a). Emergency department resource optimisation for improved performance: a review. *Journal of Industrial Engineering International*, 15, 253-266. <https://doi.org/10.1007/s40092-019-00335-x>.
- Ahsan, K. B., Karim, M., FitzGerald, G. J., Morel, D. G. ve Burke, J. A. (2019b). Development of relationship between triaging of patients and emergency department performance. *Procedia Manufacturing*, 30, 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2019.02.029>
- Akçay, G. ve Gül, Ö. (2022). Çocuk acil servisine yeniden başvuran vakaların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(3), 280-285.
- Akenroye, A. T., Thurm, C. W., Neuman, M. I., Alpern, E. R., Srivastava, G., Spencer, S. P., ve Stack, A. M. (2014). Prevalence and predictors of return visits to pediatric emergency departments. *Journal of Hospital Medicine*, 9(12), 779-787. <https://doi.org/10.1002/jhm.2273>
- Al Nhdi, N., Al Asmari, H. ve Al Thobaity, A. (2021). Investigating indicators of waiting time and length of stay in emergency departments. *Open Access Emergency Medicine*, 13, 311-318. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S316366>
- Al-Refaie, A., Fouad, R. H., Li, M-H. ve Shurrab, M. (2014). Applying simulation and DEA to improve performance of emergency department in a Jordanian hospital. *Simulation Modelling Practice and Theory*, 41, 59-72. <https://doi.org/10.1016/j.simpat.2013.11.010>
- Aydın, T., Aydın, Ş. A., Köksal, Ö., Özdemir, F., Kulaç, S., ... ve Bulut, M. (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 9, 163-168.
- Beattie, E. ve Mackway-Jones, K. (2004). A Delphi study to identify performance indicators for emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 21(1), 47-50. <https://doi.org/10.1136/emj.2003.001123>
- Beckerleg, W., Wooller, K. ve Hasimjia, D. (2020). Interventions to reduce emergency department consultation time: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 22(1), 56-64. <https://doi.org/10.1017/cem.2019.435>
- Broccoli, M. C., Moresky, R., Dixon, J., Muya, I., Taubman, C., Wallis, L. A. ve Calvello Hynes, E. J. (2018). Defining quality indicators for emergency care delivery: findings of an expert consensus process by emergency care practitioners in Africa. *BMJ Global Health*, 3(1), e000479. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000479>

- Casalino, E., Choquet, C., Bernard, J., Debit A, Doumenc, B., Berthoumieu, A. ve Wargon, M. (2013). Predictive variables of an emergency department quality and performance indicator: a 1-year prospective, observational, cohort study evaluating hospital and emergency census variables and emergency department time interval measurements. *Emergency Medicine Journal*, 30(8), 638-645. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2012-201404>
- Cheng, S. Y., Wang, H. T., Lee, C. W., Tsai, T. C., Hung, C. W. ve Wu, K. H. (2013). The characteristics and prognostic predictors of unplanned hospital admission within 72 hours after ED discharge. *American Journal of Emergency Medicine*, 31(10), 1490-1494. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2013.08.004>
- Cooke, M. W., Arora, P. ve Mason, S. (2003). Discharge from triage: modelling the potential in different types of emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 20(2), 131-133. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.20.2.131>
- Çaparlar, C. Ö. ve Dönmez, A. (2016). What is scientific research and how can it be done? *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, 44(4), 212-218. <https://doi.10.5152/TJAR.2016.34711>
- Davey, L. (1990). The application of case study evaluations. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 2(9), 1-2. <https://doi.org/10.7275/02g8-bb93>
- de Steenwinkel, M., Haagsma, J. A., van Berkel, E. C. M., Rozema, L., Rood, P. P. M. ve Bouwhuis, M. G. (2022). Patient satisfaction, needs, and preferences concerning information dispensation at the emergency department: a cross-sectional observational study. *International Journal of Emergency Medicine*, 15(5), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00407-7>
- Dowd, B., Karmarker, M., Swenson, T., Parashuram, S., Kane, R., Coulam, R., ... ve Jeffery, M. M. (2014). Emergency department utilization as a measure of physician performance. *American Journal of Medical Quality*, 29(2), 135-43. <https://doi.org/10.1177/1062860613487196>
- Ekşi, M. A. ve Tekin, D. (2021). Unscheduled revisits within 24 hours to the pediatric emergency department: a first single-center prospective study in Turkey. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*, 4(2), 49-54.
- Enard, K. R. ve Ganelin, D. M. (2013). Reducing preventable emergency department utilization and costs by using community health workers as patient navigators. *Journal of Health Management*, 58(6), 412-427.
- Engeloğlu, Ş., Yenimahalleli Yaşar, G. ve Günaltay, M. M. (2022). Ankara ilinde konsültan hekimlerin acil servise ulaşma sürelerinin ve bu süreleri etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Politik Ekonomik Kuram*, 6(2), 371-395. <https://doi.org/10.30586/pek.1130631>
- Erenler, A. K., Akbulut, S., Guzel, M., Cetinkaya, H., Karaca, A., Turkoz, B. ve Baydin, A. (2014). Reasons for overcrowding in the emergency department: experiences and suggestions of an education and research hospital. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 14(2), 59-63. <https://doi.org/10.5505/1304.7361.2014.48802>
- Ersel, M., Karcıoğlu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen, A., Sever, M. ve Tunç, M. (2006). Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 6(1), 25-35.
- Esen, H., Şengöz, T. Ç. ve Karaca, A. (2022). Covid-19 hastalarının acil servise tekrar başvuru oranı ve klinik özellikleri: tek merkezli çalışma. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 609-615. <https://doi.org/10.26453/otjhs.1140897>
- Etu, E. E., Monplaisir, L., Aguwa, C., Arslanturk, S., Masoud, S., Markevych, I. ve Miller, J. (2022). Identifying indicators influencing emergency department performance during a medical surge: A consensus-based modified fuzzy Delphi approach. *PLoS One*, 17(4), e0265101. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265101>

- Hu, K. W., Lu, Y. H., Lin, H. J., Guo, H. R. ve Foo, N. P. (2012). Unscheduled return visits with and without admission post emergency department discharge. *Journal of Emergency Medicine*, 43(6), 1110-1118. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.01.062>
- İncesu, E., Beylik, U. ve Küçükendirci, H. (2016). Acil servis sağlık hizmetlerinde başvuru tekrarı sorunu: Türkiye’de bir devlet hastanesi acil servis araştırması. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, 53, 1-13.
- Joint Commission International (JCI). (2021). *Akreditasyon standartları, genel hastaneler ve akademik tıp merkezi hastaneleri standartları*. Illinois.
- Loi, S. L., Fauzi, S. H. H. ve Noh, A. Y. (2018). Unscheduled early revisit to emergency department. Hong Kong Journal of Emergency Medicine, 25(5), 264-271. <https://doi.org/10.1177/1024907918767012>
- Lowthian, J. A., Curtis, A. J., Cameron, P. A., Stoelwinder, J. U., Cooke, M. W. ve McNeil, J. J. (2011). Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective. *Emergency Medicine Journal*, 28(5), 373-7. <https://doi.org/10.1136/emj.2010.099226>
- Lu, T. C., Ling, D. A., Tsai, C. L., Shih, F. Y. ve Fang, C. C. (2020). Emergency department revisits: a nationwide database analysis on the same and different hospital revisits. *European Journal of Emergency Medicine*, 27(2), 114-120. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000650>
- Morganti, K. G., Bauhof, S., Blanchard, J. C., Abir, M., Iyer, N., Smith, A., ... ve Kellermann, A. L. (2013). The evolving role of emergency departments in the United States. *Rand Health Quarterly*, 3(2), 3.
- Otto, R., Blaschke, S., Schirrmeyer, W., Drynda, S., Walcher, F. ve Greiner, F. (2022). Length of stay as quality indicator in emergency departments: Analysis of determinants in the German Emergency Department Data Registry (AKTIN registry). *Internal and Emergency Medicine*, 17(4), 1199-1209. <https://doi.org/10.1007/s11739-021-02919-1>
- Özyurt, E., Aykutlug, M., Ugurlu, D., Kudaş, Ş. M., Ilıcan, B., Çimen, G. ve Alper, M. (2018). Acil servis konsültasyon sürecinde SMS uygulaması Dışkapı Hastanesi modeli. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(4), 275-281. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1529306047>
- Palungwachira, P., Montimanutt, G., Musikatavorn, K. ve Savatmongkornkul, S. (2022). Reducing 48-h emergency department revisits and subsequent admissions: a retrospective study of increased emergency medicine resident floor coverage. *International Journal of Emergency Medicine*, 15, 66. <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00471-z>
- Sağlık Bakanlığı. (2020a). *Sağlıkta kalite standartları hastane seti (Sürüm 6.1)*. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2020b). *Sağlıkta kalite standartları gösterge yönetimi rehberi (Sürüm 2.1)*. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlıkta akreditasyon standartları (SAS) hastane seti (v3/2021)*. Ankara.
- Sah, R., Murmu, L. R., Aggarwal, P. ve Bhoi, S. (2022). Characteristics of an unscheduled emergency department revisit within 72 hours of discharge. *Cureus*, 14(4), e23975. <https://doi.org/10.7759/cureus.23975>
- Samuel, P. A., Aldeen, A. Z., Gravenor, S. ve Malik, S. (2015). Analysis of emergency department consultation times. *Annals of Emergency Medicine*, 66(4), 10. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.07.057>
- Saunders, N. R., To, T., Parkin, P. C. ve Guttman, A. (2016). Emergency department revisits by urban immigrant children in Canada: a population-based cohort study. *Journal of Pediatrics*, 170, 218-226. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.11.037>

- Savrun, A. ve Gökçen, E. (2020). The investigation of a tertiary hospital emergency department in terms of quality standards. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 6(1), 129-134. <https://doi.org/10.19127/mbsjohs.712709>
- Schull, M. J., Guttman, A., Leaver, C. A., Vermeulen, M., Hatcher, C. M., Rowe, B. H. ve Anderson, G. M. (2011). Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidencebased quality of care indicators. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 13(5), 300-309. <https://doi.org/10.2310/8000.2011.110334>
- Sörup, C.M., Jacobsen, P. ve Forberg, J.L. (2013). Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21, 62. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-21-62>
- Söyük, S. ve Kurtuluş, S. A. (2017). Acil servislerde yaşanan sorunların hastaların gözünden değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 44-56.
- Waring, J. J. ve Bishop, S. (2010). Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance. *Social Science and Medicine*, 71(7), 1332-1340. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.028>
- Weinick, R. M., Burns, R. M. ve Mehrotra, A. (2010). Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics. *Health Affairs*, 29(9), 1630-1636. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0748>
- Woods, R. A., Lee, R., Ospina, M. B., Blitz, S., Lari, H., Bullard, M. J. ve Rowe, B. H. (2008). Consultation outcomes in the emergency department: exploring rates and complexity. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 10(1), 25-31. <https://doi.org/10.1017/s1481803500009970>
- Wu, C. L., Wang, F. T., Chiang, Y. C., Chiu, Y. F., Lin, T. G., Fu, L. F. ve Tsai, T. L. (2010). Unplanned emergency department revisits within 72 hours to a secondary teaching referral hospital in Taiwan. *Journal of Emergency Medicine*, 38(4), 512-517. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.03.039>
- Yorulmaz, M., Karaalp, F., Bükecik, N. ve Özyılmaz, A. F. (2017). Acil servise tekrar başvuru oranı değerlendirmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 14, 92-99.