

Acil Doktorları Perspektifinden Acil Servisler: Bir İçerik Analizi Çalışması

Emergency Services from the Perspective of Emergency Doctors: A Content Analysis Study

Halil ŞENGÜL¹, Arzu BULUT², Ömer Halim KAŞIKÇI³

¹ İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, İstanbul, TÜRKİYE

² İstanbul Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, TÜRKİYE

³ Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, Bursa, TÜRKİYE

Geliş Tarihi: 03.31.2020, Kabul Tarihi: 10.19.2020

Bu makaleye atıfta bulunmak için: Şengül H., Bulut A., Kaşıkçı ÖH. Acil Doktorları Perspektifinden Acil Servisler: Bir İçerik Analizi Çalışması. Van Sag Bil Derg 2020;13(3):55-66.

ÖZET

Amaç: Acil servisler, sağlık hizmetlerinin en yoğun şekilde devam ettiği, günün tüm saatlerini kapsayan ve birçok farklı uzmanlık alanına giren hastalara bir arada bakan sağlık birimleridir. Acil servislerin geçmişten günümüze hizmetleri incelendiğinde, birçok önemli sorunların yaşandığı görülmektedir. Bunların başında triaj, bekleme ve yatış süreleri, konsültasyon ve 112 hizmetleri gelmektedir. Çalışmada acil serviste çalışan acil tıp uzmanı ve pratisyen hekimlerin, acil sağlık hizmeti süreçlerinde yaşadıkları problemler ve bu problemlerin kaynağını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırmada, acil doktorlarına triaj uygulaması, acilde bekleme süreleri, hasta yatırma ve konsültasyon süreçleri ile 112 ambulans hizmetleri hakkındaki görüşleri sorulmuştur. Araştırma verilerinin analizinde nitel araştırma yöntemlerinden biri olan içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada elde edilen bulgulara göre hasta yatırma süreçlerinde yaşanan sorunların %81,48 ile hekim kaynaklı olduğu, acil serviste bekleme sürelerinde yaşanan sorunların (%51) ve 112 entegrasyon sürecinde yaşanan sorunların ise (%65,85) sistem kaynaklı olduğu, konsültasyon süreçlerinde yaşanan sorunların hekim kaynaklı (%64) olduğu ve triyaj süreçlerinde yaşanan sorunların %44,74 ile yönetim kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Acil servis doktorları triajın bazı eksiklikleri olsa bile önemli ve yararlı bir süreç olduğunu ifade etmişlerdir. 112 hizmetlerinde eğitim yetersizliğinden dolayı paramedik hizmetlerin yetersiz kaldığı vurgusunun önemli olduğu düşünülmüştür.

Sonuç: Bu çalışmada acil servis hizmet sunum süreçlerine etki eden birçok parametrenin olduğu, hekim gözüyle değerlendirildiğinde bu parametrelerden en çok sistem kaynaklı olan sorunların ön plana çıktığı görülmüştür. Sonuç olarak acil servis hizmetlerinin organizasyonunda sistemi bir bütün olarak ele alıp süreçlerin yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Bu düzenlemelerin sadece kurum bazında değil genel sağlık politikaları perspektifinden ele alınması ve bu yönde çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Acil servis, doktor, acil sağlık hizmetleri, acil süreçleri

ABSTRACT

Objectives: Emergency services are the health units where the health services continue most intensively, covering all hours of the day and taking care of the patients who are in many different areas of expertise. When the services of emergency services are examined from past to present, it is seen that there are many important problems. These include triage, waiting and hospitalization, consultation and 112 services. In the study, it is aimed to reveal the problems experienced by the emergency medicine specialists and general practitioners working in the emergency department, and the source of these problems.

Materials and methods: In the study, their opinions about emergency doctors' triage application, waiting times in the emergency room, patient admission and consultation processes and 112 ambulance services were asked. Content analysis method, one of the qualitative research methods, was used in the analysis of research data.

Results: According to the findings of the study, 81.48% of the problems in the patient admission process were caused by the physician, the problems in the waiting period in the emergency department (51%) and the problems experienced in the 112 integration process (65.85%) were caused by the system and the problems experienced during the consultation processes. It was determined that 64% of them were physician-based and the problems experienced in triage processes were due to management with 44.74%. Emergency department doctors stated that triage is an important and useful process even if it has some deficiencies. It was thought that paramedic services were insufficient due to a lack of education in 112 services.

Conclusion: In this study, it was observed that there are many parameters that affect the delivery processes of emergency services, and when evaluated through the eyes of a doctor, the problems that are mostly caused by the system come to the fore from these parameters. As a result, the organization of emergency services needs to consider the system as a whole and reorganize the processes. It is our recommendation that these regulations should be addressed not only on an institutional basis but also from the perspective of general health policies and studies in this direction.

Key words: Emergency department, doctor, emergency health services, emergency processes

GİRİŞ

Acil servisler, hayat kurtarmada ve ölüm oranlarını ve hastalık oranlarını azaltmada çok önemli bir rol oynadığından en önemli sağlık hizmetlerinden birisi olarak görülmektedir. Acil servislerin tıbbi karar vermedeki önemi ve duyarlılığı, 1960'lı yıllardan beri birçok çalışmaya konu olmalarına yol açmıştır (Calvello ve ark., 2013; Aringhieri ve ark., 2016).

Acil servis hizmetleri hasta ve yaralı kişilerin bakımını sağlayan personel ve tesisler ile donanımları tanımlayan bir kavramdır. Bu hizmetler arasında ilk yardım, birinci basamak bakımı, pre-klinik bakım, acil tıp, sevk ve kurtarma tıbbi bakım sayılabilir. Tüm dünyada acil servis hizmetleri terminolojide farklılıklar vardır. Kuzey Amerika'da, acil sağlık hizmetleri terimi bazen tüm sistemi tanımlamak ve bazen de pre-klinik elemanı tanımlamak için kullanılır. Öte yandan acil servis terimi diğer ülkelerde yalnızca acil servislerde kullanılır (Toloo ve ark., 2011). Bu nedenle, acil sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin kritik bir bileşenidir. Bu tür sistemlerin kapasitesini ve kaynakların zayıf olduğu ortamlarda iyileştirme için çalışmaların yapıldığı önemli bir alandır (Mehmood ve ark., 2018).

Acil tıbbi bakımın amacı, yaşamı tehdit edici veya organ kaybına neden olan yaralanma veya hastalıkları en kısa sürede stabilize etmektir. Koruyucu tıbbın veya birinci basamak bakımın aksine acil tıbbi bakım, acil tıbbi müdahaleleri sağlamaya odaklanmaktadır. Acil bakım hizmetlerinin iki ana bileşeni vardır. Bunlardan birincisi tıbbi karar verme sürecidir. Bir diğer bileşeni ise hastanın yaşına, cinsiyetine, konumuna veya durumuna bakılmaksızın, kritik zamandaki sağlık sorunlarından ötürü yaşanacak ölümleri veya sakatlıkları önlemek için gerekli önlemler almaktır (Razzak ve Kellermann, 2002; Krafft ve ark., 2003; Mistovich ve ark., 2007).

Acil sağlık sisteminin insanların beklentilerine cevap verebilmesinin artırılması, daha iyi hizmet kullanımı ve daha iyi sonuçlar alınmasını sağlar. Acil veya hayati tehlike oluşturan hastalıklar için tıbbi bakıma erişim, birçok toplulukta önemli bir beklentidir (Razzak ve Kellermann, 2002).

Her ne kadar acil servisler ile ilgili geçmişten günümüze pek çok araştırma yapılmış olsa da acil servislerin temel işleyişleri üzerinde acil doktorların

görüşlerine ilişkin yeterli çalışma olmadığı ya da bu alanda daha fazla doktor görüşlerine dayanan çalışmalara gereksinim duyulduğu ifade edilebilir. Bu nedenle bu çalışmada, acil doktorları gözünden acil servis hizmetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çerçevede acil doktorlarına triaj uygulaması, acilde bekleme süresi, hasta yatırma ve konsültasyon süreçleri ile 112 ambulans hizmetleri hakkındaki görüşleri yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak, nitel araştırma tekniklerinden biri olan içerik analizi yöntemi ile incelenmiştir.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın türü

Çalışma Yalova ilinde bir devlet hastanesi, acil servis hekimleri arasında, acil sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan problemleri belirlemek için süreçler hakkında görüşleri, algıları, duygu, düşünce ve deneyimleri, yaptıkları çalışmalar ve uygulamalara dair derinlemesine, detaylı ve çok boyutlu bilgi edinilmesi amacıyla, nitel araştırma olarak gerçekleştirildi. Myers (2013), İnsanların ne söylediğini ve ne yaptığını anlamak için ve bir kişinin bir şeyi neden söylediğini veya neden o şekilde davrandığını açıklamak için nitel çalışma yapılması nedenlerine dikkat çekmiştir (Berber ve Aykut, 2017).

Araştırmanın gerçekleştirildiği yer

Araştırma Yalova ilinde bir devlet hastanesinde gerçekleştirildi.

Çalışma gurubu

Araştırmanın çalışma gurubunu acil serviste görev yapan 7 pratisyen hekim ve 1 acil tıp uzmanı olmak üzere toplam 8 kişi oluşturdu. Katılımcı sayısı farklı görüşlere göre değişiklik gösterse de, odak grup görüşmeleri için uygun katılımcı sayısı Gibbs'e göre (1997) 6-12 kişidir (Çokluk ve ark., 2011). Örneklemin belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme yönteminde araştırmacı bazı kriterleri karşılayan ölçütleri kullanabilir. Bu tip örnekleme odak grup görüşmeleri ile ekili veri toplanabilir.

Veri toplama zamanı

Araştırma verileri 28.06.2019 tarihinde yapılan odak grup görüşmesinde toplanmıştır.

Veri toplama araçları

Araştırmada, hedeflenen bilgilere ulaşılması amaçlanarak, nitel araştırma yöntemlerinden standartlaştırılmış açık uçlu görüşme yönteminin

uygun olduğuna karar verilmiştir. Çalışmada kavramsal çerçeve göz önüne alınarak belirlenen ve bilgi edinilmesinin hedeflendiği acil sağlık hizmetleri kavramı temasını içeren 5 soruluk yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Daha sonra soruların hangi temalar içinde yer aldığı belirlenmiştir. Araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılarak, veriler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Son olarak ses kayıt cihazı verileri microsoft office word programına aktarılmıştır.

Araştırmanın amacı

Çalışmanın amacı bir devlet hastanesi acil serviste çalışan, acil tıp uzmanı ve pratisyen hekimlerin, acil sağlık hizmet süreçlerinde yaşadıkları problemleri inceleyerek, yaşanan sorunların hangi süreçlerden kaynaklandığını ve bu süreçlerin kaynağını ortaya koymaktır. Bu amaçlar doğrultusunda oluşturulan temalar aşağıda sıralanmıştır.

Tema 1. Acil sağlık hizmeti süreçleri

- Tema 1. 1. Triyaj
- Tema 1. 2. Konsültasyon
- Tema 1. 3. Bekleme Süresi
- Tema 1. 4. 112 entegrasyonu
- Tema 1. 5. Hasta yatırma

Tema 2. Acil sağlık hizmeti süreçlerinin problem kaynakları

- Tema 2. 1. Hekim
- Tema 2. 2. Yönetim
- Tema 2. 3. Hasta
- Tema 2. 4. Sistem

Araştırmanın uygulanması

Verilerin elde edilmesinde, son yıllarda eylem araştırmalarında sıklıkla kullanılan nitel bir veri toplama tekniği olan odak grup görüşmesinden yararlanılmıştır. Odak grup görüşmeleri, yöntemin mantığına uygun olarak önceden belirlenmiş yönergeler kapsamında gerçekleştirilen, görüşme kapsamındaki bireylerin öznelliklerini ön planda tutan, katılımcıların söylemine ve bu söylemin toplumsal bağlamına dikkat edilmesi gereken bir nitel veri toplama tekniğidir (Çokluk ve ark., 2011). Kreuger'e göre (1994), odak grup görüşmelerinin amacı, anlam çıkarmak değil anlama; genelleme değil, çeşitliliği tanımlama; katılımcılar hakkında açıklama değil, katılımcıların durumu nasıl algıladığını ortaya çıkarmaktır (Çokluk ve ark., 2011). Araştırma kapsamında yapılan odak grup görüşmesinde araştırma soruları açık uçlu olarak katılımcılara sorularak, veriler ses kayıt cihazına

kaydedilmiştir. Araştırmada görüşmenin sohbet ortamında geçiyor olması acil tıp uzmanları ve pratisyen hekimlerin doğal tavırlar sergilemesini sağlayarak verilerin geçerliliğini de artırmıştır.

Verilerin analizi

Çalışmamızda elde edilen verilerin incelenmesi için nitel araştırma tekniklerinden biri olan içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizi; yazılı, sözel ve diğer gereçlerin içerdiği mesajı, anlam ve dil bilgisi bakımından objektif ve sistematik olarak sınıflandırma, sayılara dönüştürerek çıkarımda bulunma vasıtasıyla sosyal gerçeği araştıran bilimsel bir yaklaşımdır (Özkan ve Metin, 2016). İçerik analizindeki temel işlem; birbirine benzer verileri belirli kavram ve temalar altında bir araya getirerek, okuyucunun anlayacağı şekilde düzenleyip yorumlamaktır. İçerik analizinde nitel verilerin daha soyut kavramlar haline getirilerek nicel verilere dönüştürülmesinin hedeflendiği söylenebilir (Şencan ve ark., 2015). Araştırmada elde edilen verilerin analiz edilmesi için izlenen yol haritası: verilerin kodlanması, temaların bulunması, kodların ve temaların düzenlenmesi, bulguların tanımlanması ve yorumlanması şeklindedir. Araştırmada temaların kodlama aşamasında, temalar kavramsal çerçevede yer verilen "Acil sağlık hizmeti süreçleri" ve "Acil sağlık hizmeti süreçlerinin problem kaynakları" başlığı altındaki görüşler temel alınarak oluşturulmuştur. Taslak temalara uygun olarak metinler içerisinden kodlar ve alt kodlar belirlenmiştir.

Nitel araştırmada kullanılan içerik analizi çeşitli yöntemler ile yapılmaktadır. Bunlar frekans analizi, kategorisel analiz, değerlendirici analiz ve ilişki analizi gibi yöntemlerdir. Araştırma kapsamında içerik analizi yöntemlerinden frekans analizi ve kategorisel analiz kullanılarak, veriler analiz edilmiştir. Frekans analizi, birim veya öğelerin yoğunluk ve önemini anlama amacıyla en basit şekliyle sayısal, yüzdesel ve oransal olarak görünme sıklığını ortaya koymaktadır. Araştırmada kullandığımız içerik analizi yöntemlerinden bir diğeri olan kategorisel analiz ise belirli bir mesajın önce kodlanması ve bu birimlerin belirli kriterler çerçevesinde homojen, objektif, amaca uygun, anlamlı ve bütünsel kategorilere ayrılmasıdır (Şencan ve ark., 2015). Araştırmada frekans analizinde MAXQDA 2018 programından yararlanılmıştır.

Nitel araştırmalarda geçerlilik araştırılan olguyu, araştırmacının olduğu gibi ve olabildiğince yansız gözlemesi anlamına gelmektedir. Bu bağlamda araştırmaya konu olan olay ve olguların bütüncül bir perspektif oluşturulması için meslektaş teyidi gibi ek yöntemlerden yararlanılmaktadır. Araştırmacının nitel araştırmada esnek davranması, araştırmanın geçerliliğini olumlu yönde etkilemektedir. Araştırmada “Acil sağlık hizmeti süreçleri” ve “Acil sağlık hizmeti süreçlerinin problem kaynakları” kavramı teması içeren sorular,

temalara göre alt kodlar ve verilerin ayrıntılı kodlaması araştırmacılar ve bu konuda uzman 3 üniversite öğretim üyesi tarafından değerlendirilmiştir.

Araştırmanın etik boyutu

Araştırma öncesinde, araştırmanın yapıldığı kurumdan izin alındı. Sabahattin Zaim Üniversitesi etik kurulundan girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul onayı alındı (25/05/2019 tarih ve 2019/5 sayılı).

Table 1: Çalışma gurubunun demografik özellikleri (n=8)

Değişkenler	Gruplar	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	2	25
	Erkek	6	75
Yaş	25-30	4	50
	31-40	2	25
	41-50	2	25
	51 ve üzeri	0	0
Meslek	Pratisyen hekim	7	87,5
	Acil tıp uzmanı	1	12,5
Kurumda çalışma süresi	1 yıl altı	4	50
	1-3 yıl	2	25
	4-6 yıl	1	12,5
	7-10 yıl	1	12,5
	11-15 yıl	0	0
	16 yıl ve üzeri	1	12,5
Meslekte çalışma süresi	1 yıl altı	4	50
	1-3 yıl	1	12,5
	4-6 yıl	0	0
	7-10 yıl	0	0
	11-15 yıl	1	12,5
Acil serviste triyaj yapıyor musunuz?	Evet	2	25
	Hayır	6	75
Trijaj eğitimi aldınız mı?	Evet	2	25
	Hayır	6	75

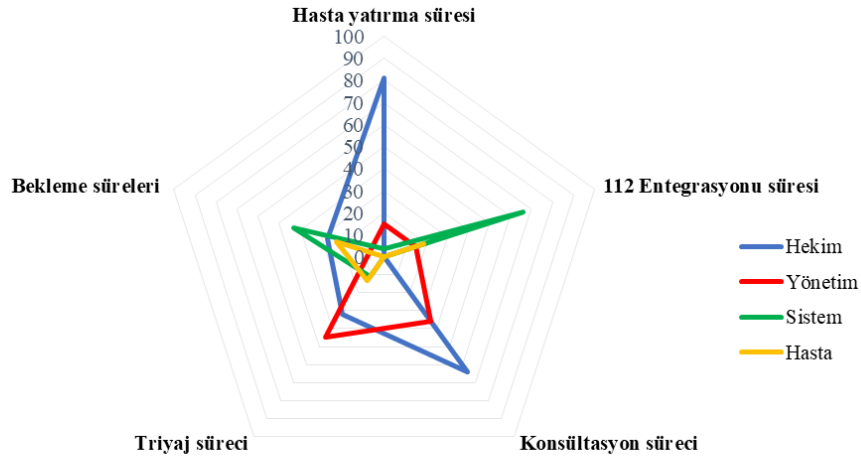
BULGULAR

Çalışmamızda odak grup görüşmesinden elde edilen bulgulara göre katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Katılımcıların %75 ile erkek olduğu, yaş ortalamalarının 34,6 yıl ($\pm 12,7$) olduğu, %87,5 ile pratisyen hekim oldukları, %50 ile meslekte ve kurumda çalışma süresinin 1 yıl altı olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda %75 ile kurumda triyaj yapılmadığı ve %75 ile katılımcıların triyaj eğitimi almadıkları

belirlenmiştir. Çalışmamızda acil sağlık hizmeti süreçlerinin problem kaynağına göre dağılımı Şekil 1 ve Tablo 2’de gösterilmiştir. Çalışmamızda hasta yatırma süreçlerinde yaşanan sorunların %81,48 ile hekim kaynaklı olduğu, acil serviste bekleme sürelerinde yaşanan sorunların %51, 112 entegrasyon sürecinde yaşanan sorunların ise %65,85 ile sistem kaynaklı olduğu, konsültasyon süreçlerinde yaşanan sorunların %64 ile hekim kaynaklı olduğu ve triyaj süreçlerinde yaşanan sorunların %44,74 ile yönetim kaynaklı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Acil sağlık hizmeti süreçlerinin problem kaynağına göre dağılımı (n=8)

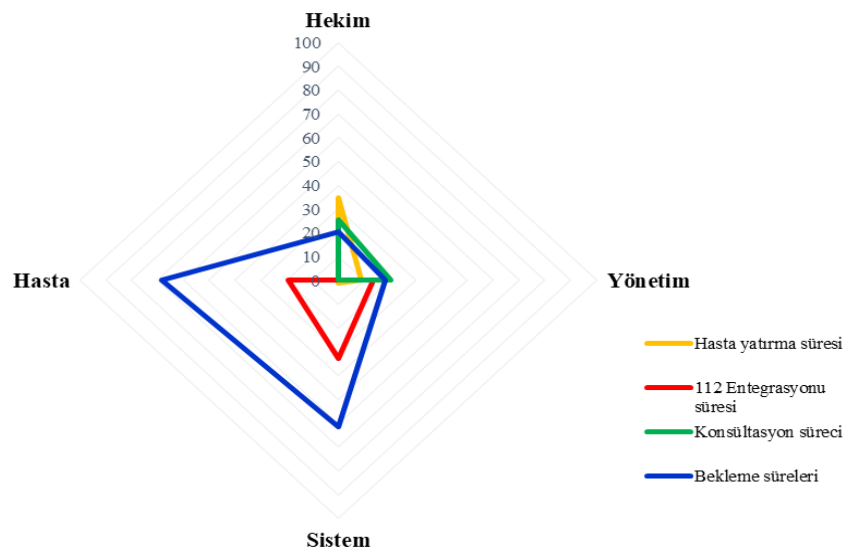
Süreçler	Gruplar	Sayı	%
Hasta yatırma	Hekim	22	81,48
	Yönetim	4	14,81
	Sistem	1	3,7
	Hasta	0	0
	Toplam	27	100
112 entegrasyon süreci	Sistem	27	65,85
	Hasta	8	19,51
	Yönetim	6	14,63
	Hekim	0	0
	Toplam	41	100
Konsültasyon	Hekim	16	64
	Yönetim	9	36
	Hasta	0	0
	Sistem	0	0
	Toplam	25	100
Triyaj	Yönetim	17	44,74
	Hekim	12	31,58
	Hasta	5	13,16
	Sistem	4	10,53
	Toplam	38	100
Bekleme süresi	Sistem	51	51
	Hasta	28	28
	Hekim	13	13
	Yönetim	8	8
	Toplam	100	100



Şekil 1: Acil sağlık hizmeti süreçlerinin problem kaynağına göre dağılımı

Tablo 3: Problem kaynaklarının acil servis süreçlerine göre dağılımı (n=8)

Gruplar	Süreçler	Sayı	%
Yönetim	Triyaj	17	38,64
	Konsültasyon	9	20,45
	Bekleme süresi	8	18,18
	112 entegrasyonu	6	13,64
	Hasta yatırma	4	9,09
	Toplam	44	100
Sistem	Bekleme süresi	51	61,45
	112 entegrasyonu	27	32,53
	Triyaj	4	4,82
	Hasta yatırma	1	1,2
	Konsültasyon	0	0
	Toplam	83	100
Hasta	Bekleme süresi	28	68,29
	112 entegrasyonu	8	19,51
	Triyaj	5	12,2
	Hasta yatırma	0	0
	Konsültasyon	0	0
	Toplam	41	100
Hekim	Hasta yatırma	22	34,92
	Konsültasyon	16	25,4
	Bekleme süresi	13	20,63
	Triyaj	12	19,05
	112 entegrasyonu	0	0
	Toplam	63	100



Şekil 2: Problem kaynaklarının acil servis süreçlerine göre dağılımı

Çalışmamızda problem kaynaklarının acil servis süreçlerine göre dağılımı Şekil 2 ve Tablo 3’de gösterilmiştir. Çalışmamızda %38,64 ile triyaj süreçlerinde yaşanan problemlerin yönetim kaynaklı olduğu, %61,45 ile bekleme sürelerinde yaşanan problemin sistem kaynaklı olduğu, %68,29 ile bekleme süreçlerinde yaşanan problemin hasta kaynaklı olduğu ve %34,92 ile hasta yatırma

süreçlerinde yaşanan problemin hekim kaynaklı olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda acil sağlık hizmetlerinde hasta yatırma ve 112 entegrasyonu süreçlerinde hekimlerin algıları Tablo 4’de gösterilmiştir.

Çalışmamızda acil sağlık hizmetlerinde konsültasyon süreçlerinde hekimlerin algıları Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 4: Acil sağlık hizmetlerinde hasta yatırma ve 112 entegrasyonu süreçlerinde hekimlerin algıları (n=8)

Hasta Yatırma Süreçleri	Hekim algıları
Yönetim kaynaklı	<i>Hastayı yatırırken zorluklar çekiyoruz ve elimiz kolumuz bağlı bir şekilde başka hastalarla ilgilenmeden sorunu bizler çözmeye çalışıyoruz.</i>
Hekim kaynaklı	<i>Ameliyat sonrası takip, hasta yakınları, acil hekimin bilgilendirmesi vb. yatırma durumuyla ilgili süreçleri azaltıyor. Hekimler hastayı yatırmaktan çok hastayı diğer bölümlere sunma yollarını tercih ediyor. Son zamanlarda hekimlik artık beyinle yapılan bir iş konumunda olup, yürek bir kenara konmuş durumdadır. Hasta muayene edilirken cerrah ameliyat etmek istiyorsa hastanın batımına elini bastırıyor ama ameliyat etmek istemiyorsa ağrın var mı sorusunu soruyor. Hekimlerin birbirine hastaları kitleme çabası giderek artıyor. Uzmanlar birbiriyle hastayı 'ben alacağım sen alacaksın' kavgası ediyor. Hekime yaptığını burada kimse yapmıyor. Hekimler şahsi hususyetlerini hastalara yansıtıyorlar.</i>
112 Entegrasyon Süreçleri	
Yönetim kaynaklı	<i>112 personeline daha fazla inisiyatif ve daha fazla yetki verilmelidir. 112 komutaya istismlarların önüne geçebilmelidir. 112 koordinasyon hataları olabiliyor. 114 danışma hattını koordinasyonunun hızlandırılıp daha hızlı bilgi alabilmemizi sağlamalıdır.</i>
Hasta kaynaklı	<i>Toplum sağlık okur yazarlığı konusunda eğitilmelidir. Ambulansla gelen bazı hasta grupları ambulansla geldiğinde direkt olarak acile girebildiğini öğrenmişler. Bazen hastalar polikliniği kullanmak içinde 112'yi kullanabiliyorlar. Polikliniğe randevu almış hastalar 112'yle gelip acil servise giriş yapıyor.</i>
Sistem kaynaklı	<i>Alınmaması gereken hasta gruplarını 112 alıyor. Acil olmayan hasta gurubundan gereksiz ambulans taleplerinde ambulans ücretini tahsil edilmelidir. Televizyon aracılığı ile sağlık bakanlığı kitlelere bilgilendirme amaçlı ulaşmalıdır. 112'de ambulans hizmetlerine hekimlerin çıkartılması sağlanmalıdır. Paramedikler belirli tanıları koyamadıkları için bu durum hastaları hastaneye getirmeye zorluyor. 112'de doktor sayısının artırılması ile hastaneye gelen hasta sayısı azaltılabilir. Karar vericilerin ücretlendirmeye gitmesi gerekiyor. Hastanelerde YBÜ gibi yer sıkıntısı var ve bu nedenle hastaları sevk edemiyoruz. 114 danışma hattına ulaşmakta güçlük çekiyoruz.</i>

Tablo 5: Acil sağlık hizmetlerinde konsültasyon süreçlerinde hekimlerin algıları (n=8)

Konsültasyon Süreçleri	Hekim algıları
Yönetim kaynaklı	<i>Konsültasyon hekimi hastayı görmeden cevap yazıyorlar. Hastayı görmeden konsültasyon notu yazılmasının önüne geçilmesi gerekiyor. Çözüm olarak, icapçı uzman konsültasyon cevabını sadece hastanenin bir bilgisayarından yazılabilir uzaktan erişim ile yazması engellenebilir. Konsültan uzmanları korumak yerine birazcık acil doktorlarının da korunması gerekir. Konsültasyon açısından da uzmanların gerekli dersleri yönetim baskısıyla alması gerekiyor.</i>
Hekim kaynaklı	<i>Burada konsültasyon yaparken hastanın tüm dokümanlarını, tetkiklerini, muayene bulgularını çok iyi bir şekilde anlatmamız gerekiyor ki karşı tarafı bu şekilde ikna etmemiz gerekiyor. Hastaları hekimlerin birbirine kitleme çabası aslında atıyorum mesela akciğer ödemi olan bir hasta kardiyojiye kardiyoji göğüs hastalıklarına göğüs hastalıkları kardiyojiye yatırtma peşinde gibi sıkıntılarımız var. Bu durum hastanın hem yatış sürecini veya konsültasyon sürecini gerekirse de seok sürecini uzatıyor. Çok problem oluyor. Çoğu konsültan hekim gelmiyor. Bizi sırtımızdan vuran aslında bizleriz. Halktan bilgi yetersizliğinden dolayı ne kadar şikayetçi olsak da aslında konsültasyon sürecinde de hastayı yatırtma sürecinde de uzman ile pratisyen ve uzman ile uzman arasında da sıkıntılardan da o kadar müzdaribiz. Hastayı çok iyi çok yönlü bir şekilde sunmak karşı tarafı ikna etmek çabası bence olmamalı. Tam tersi yani konsültasyonun amacı hastayı sunmaktır. Burada hastayı nasıl sunduğum değil, hastanın gerçekten aşikar olan bir patolojisi var mı yok mu bunu uzman görmeli. Ben pratisyen olarak benim bilgim doğrultusunda sunarım. Ama uzman açısından bakarsak onun sunması farklı, pratisyen hekim olarak benim sunmam çok farklıdır. Yani burada karşı hekimin bu hastayı benimseyip gelip, görüp muayene edip konsültasyon notunu öyle düşmesi gerekiyor.</i>

Çalışmamızda acil sağlık hizmetlerinde triyaj süreçlerinde hekimlerin algıları Tablo 6'de gösterilmiştir

Tablo 6: Acil sağlık hizmetlerinde triyaj süreçlerinde hekimlerin algıları (n=8)

Trijaj Süreçleri	Hekim algıları
Yönetim kaynaklı	<i>Acil serviste triyaj uygulayan kişilerin iyi bir eğitim alması gereklidir. Triaıda ki çalışan personelde baskı altında çalışıyor. Bunu kontrol etmek bize düşüyor. Yani o yüzden triyaj da poliklinikle ilgili deneyim sahibi, hastanın girişi, hastanın sosyal yapısı ve bunları bir bütün halinde değerlendirip bakabilecek bir personel önemlidir. Triyaj görevlileri bir EKG eğitiminden geçirilebilirler. Bizde elimiz kolumuz bağlı bir şekilde başka hastalarla ilgilenemiyor, triyaj da yaşanan sorunları çözmeye çalışıyoruz ve iş yükümüz artıyor maalesef. Gebelik durumu ya da emzirme durumu olup olmaması bazen sorgulanmadan hasta içeriye giriyor ve muayene sırasında ortaya çıkıyor. Gece saat 1-2 arasında triyaj'ın yemekte olduğu ve triyaj'ın olmadığı zaman dilimi var hani o süreçte farklı bir triyaj olmadığına muayene süresi %20, %30 kadar uzuyor. Tabi hata olasılığı artıyor. Bunlar eğitimlerle değiştirebilir.</i>
Sistem kaynaklı	<i>Nihai karar belki yine ütöpik olacak, hekimlerin triyaj yapmasıdır. Ancak sayısal veri olarak bunun yapılması şu anda mümkün değil. Yeşilin sarıya yönlendirildiği olabiliyor.</i>
Hasta kaynaklı	<i>Bekleme sürecinde halkımızın bir özelliği var, banka kuyruğunda veya postane kuyruğunda sorunsuz sıra beklerken kendilerinin daha önemli olduğunu düşünen bir yaklaşım tarzı var. Sarı alan hastalarında şöyle bir problem var; aynı problem triyaj da devam ediyor ve anamnez verme konusunda bir problem var. Dil yapısı, kültür yapısı insanların kendilerini ifade etmesinde sorun teşkil ediyor. Evet samimi şikayetler oluyor. Bu şikayetler 'biz çok bekliyoruz' şeklinde oluyor. Fakat dediğim gibi çoğunluk olarak bu serzeniş acil olmuyor.</i>
Hekim kaynaklı	<i>Hekim arkadaşların özellikle göreve yeni başlayan hekim arkadaşların meslekte ilk birkaç ayında triyaj da görevlendirilmeleri bu işi daha iyi çözeceğini düşünüyorum. Yeni mezun panikleyip hatalı karar verme ihtimali bence daha yüksek. Yeni gelenin "deneyimsizlik ve bilgi eksikliği" var. İleri yaş grubu triyaj görevlisinin ise "her şeyi ben bilirim" havası var. Göğüs ağrısıyla gelen bir hastanın EKG'sini orada görüp değişiklik yok mu? var mı? diye değerlendirilip, eğer değişiklik varsa hiç beklemeden içeriye alabilirler. Tabi işini sevmesi daha avantajlı bir durum demektir. Biz de o yok. Bunun dışında bazen hasta içeri geldiğinde farklı bir şikâyet anlatır ama kağıttaki şeyler farklı olabiliyor.</i>

Çalışmamızda acil sağlık hizmeti sunumunda bekleme sürelerine göre hekimlerin algıları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Acil sağlık hizmetlerinde bekleme sürelerinde hekimlerin algıları

Bekleme Süresi Süreçleri	Hekim algıları
Yönetim kaynaklı	<i>Bekleme sürelerini biz burada çözümlenmeye kavuşturmak için hastanın sarı ve yeşil alandaki sıralarını beklemesi sağlanmalıdır. Bekleme süreleri de böylece daha çok kısılacak belki de. Bakın oradaki bir sürecin aksaması aslında diğer süreçleri de aksatıyor. Bizde elimiz kolumuz bağlı bir şekilde başka hastalarla ilgilenmeden onu çözmeye çalışıyoruz ve iş yükümüz maalesef artıyor. Hızlı muayeneye yukarısi matematiksel olarak bakıyor.</i>
Hasta kaynaklı	<i>Bekleme süresi insanların kendi düşünceleriyle alakalı bir şeydir. Her insan hızlı bir şekilde gelip muayene olmak istiyor. İnsanlar içeriye girmenin çok çabuk yolunu bulabiliyorlar ve yollarını öğrenmeye başladılar. Tanı yöntemleriyle içeriye girebiliyorlar. Ortalıkta bağırıp çağırarak daha hızlı bir şekilde içeriye girmeye çalışan bir grup var. Beklemeyi çok bilmiyoruz özellikle bunu yeşil alan hastaları çok yapıyor. Ama bu insanların fikirlerini değiştirme şansımız çok zor. Hastaların etnik ve kültürel yapıları ve yabancı ülke vatandaşlarının Türkiye’de olmasından dolayı iletişim problemi olabiliyor. Bizim acil servisi baz alacak olursak, yaklaşık %80’i acil olmayan veya bekleme süresi uzun olabilecek hasta grubunu oluşturuyor. Fakat işin ilginç yanı şu: acil serviste en fazla sorun çıkaranlar, acil olmayanlar hastalardır. Tüketim topluluğunun bence tipik bir özelliği olduğunu düşünüyorum ve bu acil servislerde de var. Sarı alan hastaları şöyle bir problem var: aynı problem triajda da devam ediyor ve anamnez verme konusunda bir problem var. Bekleme süreci aslında kültürel bir olay. Hastalar “biz çok bekliyoruz” diyorlar ama gerçekte acil olmuyor. Çok ilginçtir ki yabancı uyruklularda yapıyorlar. Halk artık size “ben apandisitim” diye geliyor, “ben kalp krizi geçiriyorum” diye geliyor yani insaf. Hastalar “bir serum taksanız da rahatlasak” cümlesi kuruyorlar. İnsanlar Google’a bakıyorlar. Google tıp fakültesinden mezun olarak, sizin karşınıza geliyorlar. Bilgi sahibi olmadan fikir sahibi olup geliyorlar. Ülkemiz birazda bedavacılığı seven bir millet.</i>
Hekim kaynaklı	<i>Hekimlerin daha çok bilinçli olması gerekiyor. Konsültasyonlar belki usulüne uygun yapılsa siz de konsültasyon istediğiniz hastalara çok vakit ayırmayacaksınız. Hekimlerinde bu konuda hani yukarıdaki konuşmada yeşil alanın açıklığının sağlanması konusunda biraz özen göstermesi gerekiyordu. Öyle hızlı muayene edilip onların acil servis kalabalığından bir an önce uzaklaştırılması gerekiyordu. Hekim olarak bakmıyorlar. Bugün işte bu kadar hasta bakım gibi düşünceler olabiliyor. Bazı hekim arkadaşlar, uzman hekim arkadaşlar hastayı yatırmamak için yoğun bakım ihtiyacı olmayan hastalar için yoğun bakım istiyor. Bu durumlar hastanın hem yatış sürecini veya konsültasyon sürecini gerekirse de sevk sürecini uzatıyor. Mesela hasta bir gün önce herhangi bir polikliniğe gitmiş ama ekstra bir sorun var ciddi bir sorunu var. Bununla ilgili bir önlem alınmamış hastayı tedavisi düzenlenip gönderiliyor ve ertesi gün şikayeti için acile geliyor. Yani oradaki hekimin etik olarak yapması gereken şey bunu kendi aralarında halletmeleri mesela hastanın başka bir sorunu varsa onunla ilgili branştaki hoca ile konuşmaları ama öyle bir şey olmuyor. Yani hasta sonrasında bize ciddi bir şekilde kötü olarak bize geliyor. Aslında hasta bir gün önce hastanedeymiş bu işlerle uğraşmış yani etik olan aslında yukarıda bunların kendi içlerinde hallolması o hastanın tekrardan acile gelip bizim süreci tekrardan başlatmak bunu halletmemiz değil yani bu konuda da uzman hekimlerle konuşulması bence iyi olur</i>
Sistem kaynaklı	<i>Hastaların aile hekimlerine karşı bir bilinçlenme uygulanması gerekiyor. Bizim insanlarımız aile hekimlerini bir türlü kullanmayı herhalde Türkiye’nin hiçbir yerinde öğrenemediler ve öğrenemeyecekler bu şekilde gidecek. Bu bilinçle de toplumun verimliliği eğitimlerle, duyurularla sağlanabilir bakanlık tarafından yapılması gereken şeyler olarak düşünüyorum. Acil servislerde en çok gereksiz başvuru var. Eski sağlık ocakları daha mantıklıydı. Bunu belki biraz popolist politikalar yüzünden olabilir bu benim bireysel düşüncem engellenmesi gerekiyordu. Dediğim gibi şikayetler oluyor. Şikâyet edenlerin büyük bir kısmı belli bir tip şartlarda sağlık ocağına veya polikliniklere gidebilecek hasta grupları ve baskı altında olduğumuzu hissediyoruz. Açıkçası yani bu bekleme süreci kavramı sanırım diğer ülkelerde yapılan karşılaştırmalardır. Gereksiz acil olmayan veya yeşil kategorisinde olan hasta grubunda acil servislerinden ücretlendirmeye gitmeyi düşünüyorum. Gereksiz atıyorum eczaneye gittiğiniz zaman yeşil kategorisindeymiş bu kadar ücret vermek zorundasın demek zorunda bu sistem. Çözümlerden biri bence ücretlendirmeye gitmek ve aile hekimine başvuru eğitimi gerekiyor. Bu hasta grubu için sağlık okur yazarlığını arttırmak gerek. Çoğu rant için TV programlarına çıkıyor. Bir hekim yemek programına niye çıkar? para için yapılıyor yani bunu bakanlığın engellemesi gerekiyor. Dolayısıyla madde bağımlıları veya gereksiz yanlış yönlendiren hasta profillerinin engellenmesi için ya biz yapıyoruz ya işin gerçeği bu. Yani reçete kaldırılırsa zaten hastaların %80’i gelmeyecektir. Muayene edelim ama reçete vermeyelim yani hastanın şikâyeti neyse ona göre uygulama yapalım. Sevk süreci de bazen çok uzun olabiliyor. Bu bazen 1 saat bazen 8 saati de bulabiliyor. Çözüm çok kısa vadede çözülecek bir soruna benzemiyor. Kısa vadede çözüm böyle olmalı uzun vadede ise eğitim tabii yapılabilir. Öncelikle maddi yaptırımın olması gerekiyor. Ülke çapında toplu bir hareket olması gerekiyor. Akşam 17:00’a kadar kesinlikle yeşil hastası bakılmaması gerekiyor. Hekim sayısı zaten Türkiye’de yeterli değil. Yapabileceğimiz şeyler bunlar katı önlemler almak.</i>

TARTIŞMA

Acil servisler hasta yoğunluğunun giderek arttığı, birçok değişik uzmanlık alanı gerektiren hastaların başvurduğu ve işlerin doğru yapılmasını sağlamak için birtakım süreçlerin doğru yönetilmesi ile problemsiz hizmet verilmesi gereken birimlerdir. Bu süreçleri etkileyen birçok faktör vardır. Yoğun iş yükü bu süreçlerin doğru bir şekilde yönetilmesinin önündeki engellerden biridir. Türkiye’de 2015 yılı sağlık istatistiklerine göre toplam muayene sayısı 685 milyon olarak gerçekleştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Toplam muayeneler içinde acil muayene sayısı ise 110 milyon olarak gerçekleşmiştir.

Acil muayenelerin ülke nüfusuna göre değerlendirilmesinde 2015 yılı için Türkiye’nin nüfusu 78,7 Milyon kişi başına acil servise başvuru oranı %1,41 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran ABD’de %40, İngiltere’de ise %43’dür (Ulusal Acil Tıp Kongresi, 2018). Bu durum çalışanın iş yükünü arttırmakta onları ve hizmet verilen hastaları mutsuz etmekte ve süreçlerin işlenmesini de bozmaktadır. Birçok ülkede kapı tutma mekanizması denilen politikalar uygulanmakta ve hastalar birinci basamak tedavi hizmetlerinde tutulmaktadır. İngiltere, Hollanda, Kanada, Fransa ve Almanya’da bu sistem uygulanırken İrlanda ve Türkiye’de uygulanmamaktadır (Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, 2017). Toplam muayene sayısının acil muayene sayısına oranında ise ABD’de oran %11 iken Türkiye’de bu oran %16 olarak gerçekleşmiştir. En basit şekliyle, acil servis kalabalıklaşması, bir sağlık sisteminin acil durum hizmetleri tedariki bozulduğunda ortaya çıkar (Derlet ve Richards, 2000).

Artan talep ve arz uyumsuzluğu, acil durum hekimlerinin ve acil bakım ekiplerinin etkili bakım sağlama yeteneğini etkilemektedir (Derlet, 2002). Birçok acil servisin günümüzde yaygın olarak kalabalıklaştığı göz önüne alındığında, acil doktorları, yönetim ve personel bu zorluğu aşmak için yollar aramaktadır. Acil Servislerde birincil görev, acil durumları olan hastaların, tedavilerini yapmak veya daha spesifik bakım için yatması gereken bir servise nakledilmek için ilk müdahale yapılarak stabil bir hale getirmektir (Behara ve ark., 2005). Bakım süreci boyunca, hasta girişi genellikle çılgındır ve multidisipliner bir ekip, tedavi sürecinin farklı aşamalarında çok çeşitli semptomları olan çok sayıda insandan

sorumludur. Hastaların taburcu edilmesi veya nakledilmesine ilişkin klinik karar, sağlık profesyonellerini (örneğin hekimler, hemşireler, uzmanlar ve ambulans çalışanları) zorlamaktadır. Zaman baskısı ve sürekli kesintilerle karmaşıklaşan böyle bir durumda, asıl zorluk, her hastaya ve tüm bekleyen hasta grubuna bakımın sürekliliğini sağlamaktır. Doğru ve etkili bir triyaj uygulanması bunu kolaylaştıracak faktörlerden biridir (Eitel ve ark., 2010).

Acil servis süreçlerinden biri olan hasta yatırmak için boş yatak bulma sorunu yine tüm acil servisler için büyük bir problemdir ve bu sorun elektif hasta ve acil hasta yatak ayrımı yapılarak çözülebilir (Powell ve ark., 2012). Konsültasyon bir hekimin bir başka hekimden bilgi ve görüş talep etmesidir. Etik ve deontolojik kurallar çerçevesinde işlemesi gereken bu sürecin iyi işlememesi hem hasta bekleme sürelerini arttırarak acil servisin boşalmasını engellemekte (Yoon ve ark., 2003; Brick ve ark., 2014), hem de acil servis çalışanlarını hasta ile karşı karşıya getirmektedir.

Acil sağlık sorunları olmayan hastalar tarafından acil servis hizmetinin uygunsuz kullanımı, hem kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemleri olan ülkelerde hem de özel sigorta sistemleri olan ülkelerde dünya çapında bir sorundur (Oktay ve ark., 2003; Bezzina ve ark., 2005). Bu hizmetlerin uygunsuz kullanımı, gerçek acil durumlara erişimi zorlaştırmakta, hizmeti zorlaştırmakta, acil servislerin kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta ve toplam maliyetleri arttırmaktadır (Stein ve ark., 2002). Bununla birlikte acil servise başvuru talebinin rasyonelleştirilmesi için, sağlık hizmetlerinin diğer sağlık sistemi seviyelerinde, örneğin; koruyucu sağlık hizmetleri, kronik hastalıklar için periyodik kontroller ve gerektiğinde uzmanlara veya hastane servislerine yönlendirme ve birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması ya da zorlanması gibi yöntemler kullanılabilir (Walls ve ark., 2002). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu problemin çözülmesi en uygun çözümlerden biridir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimleri tarafından verilen bakımın sürekliliği, doktor-hasta ilişkisini geliştirir, tedaviye uyum ve takibi arttırır, sağlık eğitimini kolaylaştırır ve acil servislerin uygunsuz kullanımını, hastaneye yatış

oranlarını ve istenen test sayısını azaltır (Gill ve ark., 2000). Acil sağlık hizmetleri için uygunsuz talebin yaygınlığı, uygunluğu tanımlamak için kullanılan kriterlere de bağlıdır (Pereira ve ark., 2001). Literatüre göre, uygun olmayan şekilde acil servis arayan hastalar ağırlıklı olarak gençlerden ve kadınlardan oluşmakta ve sevk zinciri olmaksızın gelmektedir (Brick ve ark., 2014).

Hastaların temel ve uzmanlaşmış sağlık hizmetleri yerine acil servis seçmesine yol açabilecek birçok faktör olabilir, aynı gün bakım alma arzusu, acil servislerde her türlü laboratuvar ve diğer testlerin yapılabilmesi ve acil servislerin karmaşık sağlık problemlerini çözebileceği inancı bu nedenler arasında sayılabilir (Fajardo-Ortiz ve Ramirez-Fernandez, 2000). Bununla birlikte, hastalar sürekli aynı hekim tarafından takip edilmenin getirdiği avantajların farkında değiller ya da hafife alırlar. Oysa acil servisler kendileri için aşırı ilaç kullanmaya veya gereksiz testler yapılmasına da neden olmaktadır (Gill ve ark., 2000).

Sonuç olarak acil servis sorunlarına ve süreçlerin sağlıklı işlemesi konusuna büyük pencereden bakmak, oluşturulacak sağlık politikalarında acil servis kullanımını azaltacak önlemler ve yaptırımlar almak, aile hekimliği sisteminin daha verimli çalışmasını sağlamak, gereksiz acil servis kullanımı ile ilgili değişik katkı payları uygulamak, sağlık okuryazarlığını arttırmak, özellikle ambulans servislerinde çalışan paramediklerin yeterli eğitim almalarını sağlamak yapılması gereken en önemli önlemlerdir. Ayrıca hekimlerin birbirlerine karşı olan tutumlarının da etik ve deontolojik çerçevede ele alınması yönetimin bu çerçevede hareket etmeyen hekimler için yaptırımlar uygulaması da kolaylaştırıcı bir faktör olacaktır. Bu önlemler acil işleyişini kolaylaştıracak, hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti ve doğru bir hizmet verilmesini de sağlayacaktır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

KAYNAKLAR

Aringhieri R, Bruni ME, Khodaparasti S, van Essen JT. Emergency medical services and beyond: addressing new challenges through a wide literature review. *Comput Oper Res* 2017;78:349-68.

Behara R, Wears RL, Perry SJ, Eisenberg E, Murphy L, Vanderhoef M, et al. Conceptual Framework for Studying the Safety of Transitions in Emergency Care. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005: 309-321.

Berber A. Yönetimde kavramsal çerçeve belirleme ve nitel araştırma yöntemleri. *Istanbul Üniv İşletme Fak Derg* 2017;46:71-3.

Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. *Emerg Med Australasia* 2005;17(5-6): 472-9.

Brick C, Lowes J, Lovstrom L, Kokotilo A, Villa-Roel C, Lee P. The impact of consultation on length of stay in tertiary care emergency departments. *Emerg Med J* 2014;31(2):34-138.

Calvillo EJ, Broccoli M, Risko N, Theodosios C, Totten VY, Radeos MS, et al. Emergency care and health systems: consensus-based recommendations and future research priorities. *Acad Emerg Med* 2013;20(12):1278-88.

Çokluk Ö, Yılmaz K, Oğuz E. Nitel bir görüşme yöntemi: Odak grup görüşmesi. *Kuramsal Eğitim Bil Derg* 2011;4(1):95-107.

Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000;35(1):63-8.

Derlet RW. Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Ann Emerg Med* 2002;39(4):430-2.

Eitel DR, Rudkin SE, Malvey MA, Killeen JP, Pines JM. Improving service quality by understanding emergency department flow: a White Paper and position statement prepared for the American Academy of Emergency Medicine. *J Emerg Med* 2010;38(1):70-9.

- Fajardo-Ortiz G ve Ramirez-Fernandez FA. Review of admissions to the emergency unit of the specialist hospital of the Institute of Social Security responsible for the treatment of civil servants in the Puebla State, 1996 (Mexico). *World Hosp Health Serv* 2000;36(1):14-7.
- Gill JM, Mainous AG, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Family Med* 2000;9(4):333-8.
- Krafft T, Castrillo-Riesgo LG, Edwards S, Fischer M, Overton J, Robertson-Steel I, et al. European emergency data project (EED Project) EMS data-based health surveillance system. *European J Pub Health* 2003;13(1):85-90.
- Mehmood A, Rowther AA, Kobusingye O, Hyder AA. Assessment of pre-hospital emergency medical services in low-income settings using a health systems approach. *Int J Emerg Med* 2018;11(53):1-10.
- Mistovich JJ, Hafen BQ, Karren KJ. *Prehospital Emergency Care. USA: 8th ed: Brady Prentice Hall Health. (2007).*
- Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J* 2003;44(5):585-91.
- Özkan M. Examining leadership articles: which characteristics and how leadership comprises?" *Gaziantep Üniv Sosyal Bil Derg* 2016;15(2):615-39.
- Pereira S, e Silva AO, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001;37(6):580-6.
- Powell ES, Khare RK, Venkatesh AK, Van Roo BD, Adams JG, Reinhardt G. The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding. *J Emerg Med* 2012;42(2):186-96.
- Razzak JA. ve Kellermann AL. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile?". *Bull World Health Org* 2002; 80:900-5.
- Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Family Pract* 2002;19(2):207-10.
- Şencan AGMNM, İbicioğlu H, Karabekir M. Kadın yöneticilerin liderlik özelliklerinin incelenmesi: türkiye'deki kadın rektörler üzerine bir içerik analizi. *Süleyman Demirel Üniv İktisadi İdari Bil Fak Derg* 2015;20(1):241-59.
- Toloo S, Fitzgerald G, Aitken P, Ting J, Tippett V ve Chu K. *Emergency health services: demand and service delivery models. Monograph 1: Literature Review and Activity Trends. Queensland University of Technology, 2011.*
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. "Sağlık İstatistikleri Yıllığı: 2016". <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkce.pdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 10.09.2019
- Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB)-2017. "Türkiye sağlık sektörüne genel bakış". <https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf> Erişim Tarihi; 27/12/2019
- Ulusal Acil Tıp Kongresi (XIV) 2018. "Acil serviste bitmeyen sorunlar, çözüm". http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/PaCNH L9CMXm6.pdf Erişim Tarihi: 10.09.2019
- Walls CA, Rhodes KV ve Kennedy JJ. The emergency department as usual source of medical care: estimates from the 1998 National Health Interview Survey. *Acad Emerg Med* 2002;9(11):1140-5.
- Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *Canad J Emerg Med* 2003;5(3):155-61.