



**İZMİR TABİP ODASI**

**ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI**

**26.02.2014**

**ÇALIŞTAY RAPORU**

**ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU**

**10.04.2014**

**D.E.Ü. SABANCI KÜLTÜR SARAYI**

**İZMİR**

## İÇİNDEKİLER

Sunuş.....	1
Çalıştay Hazırlıkları ve Çalıştay Konusunda Kısa Bilgi.....	2
Çalışmaya Katılan Kurum ve Kuruluşlar.....	3
<b>A. Acil Servislerde Yoğunluk – Nedenler, Önlemler Çalışma Grubu</b>	
Katılımcılar.....	4
Çalışma Raporu.....	5
<b>B. Hizmet Organizasyonundaki Sorunlar Çalışma Grubu</b>	
Katılımcılar.....	10
Çalışma Raporu.....	11
<b>C. Acil Sağlık Hizmeti Çalışanlarının Özlük Hakları ve Hizmetlere Etkisi Çalışma Grubu</b>	
Katılımcılar.....	16
Çalışma Raporu.....	17
<b>D. Eğitim Çalışma Grubu</b>	
Katılımcılar.....	18
Çalışma Raporu.....	19

## **Sunuş**

Acil sağlık hizmetleri, birbiriyle uyumlu çalışması gereken hastane öncesi, hastane acil servisleri ve hastane kliniklerinde yürütölen hizmetleri içermektedir.

Acil sağlık hizmetleri, duyulan ihtiyacı hemen giderilmediği durumlarda hastaların yaşamı üzerinde olumsuz etkilerin en sık göröldüğü ve bu nedenle sıklıkla şikayet ve dava konusu olan hizmetleri oluşturmaktadır.

Ölkemizdeki acil sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki sorunlar ve mevzuattaki dağınıklığa, yoğun hasta başvurusu ve acil sağlık hizmeti çalışanının kısıtlı sayıda olması da eklendiğinde sorunların yaşanması kaçınılmaz olmaktadır.

Bu alıştay'da, acil sağlık hizmetleri alanında çalışan personelin yoğun katkısı ile acil sağlık hizmetlerinde en sık yaşanan sorunların belirlenmesi ve konu ile ilgili önerilerin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

alıştay'da oluşturulan önerilerin tartışılması ve sorunlu alanlarda iyileştirmeler yapılması, sağlık otoritesi, sağlık kurum ve kuruluşları, sağlık çalışanları ve en önemlisi acil sağlık hizmetine ihtiyaç duyan vatandaşların yararına sonuçlar alınmasını sağlayacaktır.

alıştay'a katkı sunan katılımcı kuruluşlara ve temsilcilerine, emek ve çabaları için teşekkürü borç biliriz.

Saygılarımızla.

**İZMİR TABİP ODASI  
YÖNETİM KURULU**

## **Çalıştay Hazırlıkları ve Çalıştay Konusunda Kısa Bilgi**

İzmir Tabip Odası, zaman zaman yaşanan sorunların değişik şekillerde Oda'ya yansması nedeniyle, konu hakkında bir çalıştay düzenlenmesinin uygun olacağını kararlaştırmıştır.

Konu ile ilgili birimler ile iletişime geçilerek çalıştay hazırlıklarına başlanmıştır.

26 Şubat 2014 Çarşamba günü İzmir Tabip Odası'nda yapılan Çalıştay, katılımcı kurum ve kuruluş temsilcilerinin bilimsel ve mesleki katkıları ile oldukça verimli geçmiştir.

Dört başlık altında yapılan Çalıştay'da katılımcılar, ilgi duydukları çalışma grubuna katılarak katkı sağlamıştır.

### **KOORDİNATÖR VE KOLAYLAŞTIRICILAR**

Dr. Mustafa OLGUNER      D.E.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi AD  
İzmir Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi

Dr. Ekin Özgür AKTAŞ      E.Ü.T.F. Adli Tıp AD.

Nazlı AKKAŞ      İzmir Tabip Odası (Sekretarya)

## **ÇALIŞTAYA KATILAN KURUM VE KURULUŞLAR**

İzmir Tabip Odası

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

ATUDER (Acil Tıp Uzmanları Derneği)

TATD (Türkiye Acil Tıp Derneği)

EÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı

DEÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı

İKÇÜTF (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi) Acil Tıp Anabilim Dalı

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Eğitim Kliniği

İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Eğitim Kliniği

EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalı

EÜ Atatürk Sağlık Hizmetleri MYO

TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü

Pratisyen Hekimlik Derneği İzmir Şubesi

Acil Ambulans Hekimleri Derneği

THD (Türk Hemşireler Derneği)

Resüsitasyon Derneği

Acil Hemşireleri Derneği

HİASD (Herkes İçin Acil Sağlık Derneği)

PARDER (Paramedik Derneği)

ATTDER (Acil Tıp Teknisyenleri Derneği)

## A. ACİL SERVİSLERDE YOĞUNLUK – NEDENLER, ÖNLEMLER

### ÇALIŞMA GRUBU KATILIMCILARI

#### **Kolaylaştırıcı:**

Dr. Başak BAYRAM D.E.Ü.T.F. Acil Tıp A.D. - Türkiye Acil Tıp Derneği

#### **Katılımcılar:**

Hemş. Sevilay KURT E.Ü.T.F. Acil Tıp A.D.  
Hemş. Sevil UZUN Dr.S.S.Göğüs Hst.E.A. Hastanesi  
Dr. Melih BÜYÜKŞİRİN Dr.S.S.Göğüs Hst.E.A. Hastanesi  
Dr. Aylin Sena BELİNER TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü  
Hemş. Cihangir YİĞİT Karşiyaka Devlet Hastanesi  
Hemş. Aslı KAYA Karşiyaka Devlet Hastanesi  
Hemş. Gönül TUNÇ Tepecik Eğ. Ar. Hastanesi  
Hemş. Fadime ARMAĞAN Tepecik Eğ. Ar. Hastanesi  
Dr. Enver ÖZÇETE E.Ü.T.F. Acil Tıp A.D.  
Dr. Murat ERSEL E.Ü.T.F. Acil Tıp A.D.

# ACIL SERVİSLERDE YOĞUNLUK, NEDENLERİ VE ÇÖZÜMLERİ

## ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

### Belirlenen Sorunlar:

1. Acil servislerde yoğunluk ve aşırı kalabalık her geçen gün artan büyük bir sorundur.
2. Birçok hastanenin acil servis mimarisi ve donanımı, bu yoğunlukta hasta bakımı için yetersizdir.
3. Acil servislerde personel sayısı, iş yüküne göre yetersiz kalmaktadır.
4. Deneyim kazanan personelin idare tarafından sorgusuzca başka birimlere atanması ve yerlerine deneyimsiz ve eğitimsiz personelin atanması bu sorunun büyümesine yol açmaktadır.
5. 3. Basamak hastanelerin (eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerinin) acil servislerine başvuran ve hastaneye yatırılması gereken hastaların uygun şekil ve sürede yatışının sağlanamaması acil servislerde hastaların bekletilmesine neden olmaktadır. Hastanelerin değişik servis ve yoğun bakımlarına yatış bekleyen hastaların çokluğu, acil servis hizmetleri açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır.
6. Hastanelerde yoğun bakım yatak sayıları yetersizdir. Bu nedenle yoğun bakım ihtiyacı duyan bazı hastaların acil servislerde uygun olmayan koşullarda izlenmesi gerekmektedir.
7. Göğüs hastalıkları servis yatak sayıları yetersiz. İzmir’de eğitim araştırma hastanelerinden sadece üçünde göğüs hastalıkları servisi olması, bu hastaların üç hastanede yoğunlaşmasına yol açıyor

### Soruna Yol Açan Nedenler ile İlgili Görüşler:

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkisizleştirilmesi, acil servislere acil olmayan hastaların başvurusunun artmasına neden olmaktadır.
2. Poliklinik muayenesi için randevu alamayan ve/veya poliklinik başvurusunda tetkik ve tedavi işlemleri çok uzun süren hastalar, işlemlerini daha hızlı yürütebildikleri acil servisleri tercih etmektedir.

3. Bu yoğun başvuru nedeniyle acil servislerde yeterli ve uygun triyaj yapılamamaktadır. Triage yapılsa bile, hastaların triyaj kategorilerine göre uygun süre bekletilmesi mümkün olamamaktadır.
4. Hastanelerdeki servis ve yoğun bakım yatak sayılarındaki yetersizlik veya acilden hasta yatırılmasında karşılaşılan problemler nedeniyle acil servislerde çok sayıda hasta, yatışa kadar takip edilmek durumunda kalmaktadır. Bu durum acil servilerde acil hastalar dışında takip hastalarının da oluşmasına yol açmaktadır.
5. Acil servise başvuran her hastanın koşulsuz olarak kabul edilmesi, hastaların uygunsuz başvurularının reddedilmesi durumunda kolaylıkla personel hakkında soruşturma açılması, uygunsuz başvuran hastaların polikliniklere yönlendirilmesine engel oluşturmaktadır.
6. Acil servisten polikliniğe yönlendirilen hastalara öncelik tanınmamaktadır
7. Durumu acil olmayan hastaların çeşitli sebeplerle acil servisleri tercih etmesi, yoğunluğu ve iş yükünü arttırmaktadır. Türkiye Acil Tıp Dergisi'nde Mart 2006'da yayınlanan "Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi" konulu araştırma doğrultusunda, hastalar, daha çabuk şekilde sağlık hizmetine ulaşabilecekleri düşüncesi, güvenilir olması, sosyal güvencesinin kapsamı, sürekli ve ücretsiz olması, başkasının önerisi, durumunu acil ve ciddi bulması ve poliklinikten yönlendirilmesi gibi sebeplerle acil servisi tercih etmektedirler. Ancak acil olmayan uygunsuz başvurular, acil servisin iş yükünü artırmakta ve işleyişini olumsuz etkilemektedir.

Halkın mesai saati sonrasında acil sorunu olmasa da acil servislerden hizmet alması. T. C. Sağlık Bakanlığı'nın "Acil Sağlık Hizmetleri Değerlendirmesi Araştırması" ve "Acil Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Anketi"ne göre, 23 Mart-08 Nisan 2011 tarihleri arasında acile başvuran 1500 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, yüzde 43'ü 'kendilerini gerçekte "acil" görmediklerini, gündüz çalışıldığından gece hastaneye gitmeyi uygun bulduklarını, acile başvuruda katılım payı alınmaması, hızlı tetkik yapılmasını' gerekçe göstermiştir. Araştırmaya katılanların bir kısmı polikliniklerin akşam da açık olması, bir kısmı polikliniklerde işlemlerin daha kısa sürmesi halinde acile başvuramayacaklarını belirtmiştir.

Türkiye geneline bakıldığında tüm hastane başvurularının yüzde 28-30'unu acil servis başvuruları oluşturmakta iken; gelişmiş ülkelerde acile başvuru oranı % 5 – 8'dir. İzmir ilinde bir üniversitenin acil servisinde 6.5 yıllık bir dönemde ve 214.010



hastada gerçekleştirilen çalışmada, acil servise başvuran hastaların % 56.3'ünün saat 14:00 ile 23:59 arasında geldiği belirtilmektedir. En düşük başvurunun % 2.7 ile 06:00 - 07:59 arasında, en yüksek başvurunun da % 13.2 ile 20:00 - 21:59 aralığında olduğu tespit edilmiştir. En sık rastlanılan ön tanı ise; akut nazofarenjit, boğaz ve göğüs ağrısı, renal kolik, sistit, baş dönmesi ve sersemleme, diğer genel semptomlar, migren, abdominal ve pelvik ağrı, ürtiker ve hepatomegali ile splenomegali olarak tespit edilmiştir

## **Çözüm Önerileri**

### ***Başvuruların Azaltılmasına Dair Öneriler:***

1. Bölgenin ihtiyaçları doğrultusunda birinci basamakta hekimlerin özlük haklarını gözeterek mesai dışında poliklinik yapılması, bu polikliniklerde enjeksiyon, pansuman yapılması sağlanmalıdır. Acil servisler dışında mesai dışında çalışan bu polikliniklerde çalışan personelin güvenlik, ek ödeme ve malzeme gereksinimleri karşılanmalıdır.
2. Acil servislerde etkin triyaj yapılabilmesi için gerekli kanuni düzenlemeler yapılmalı. Hastanelerde triyaj konusunda eğitilmiş personelin istihdamı sağlanmalı. Acil servis girişleri etkin triyajın yapılabileceği şekilde düzenlenmeli ve hasta/yakınlarının bekleyebileceği uygun bekleme alanları düzenlenmelidir.
3. Acil servislerde oluşan bu yoğunluğun azaltılması için hastaların eğitilmesi, bilinçlendirilmesi ve genel sağlık sorunlarında, birinci basamak sağlık hizmetlerine tercihin artırılması gerekmektedir. Bu eğitimler, afiş broşür ve kamu spotlarıyla desteklenebilir. Bunun yanı sıra sağlık iletişimi kapsamında hasta-hekim iletişimi ile ilgili hizmet içi eğitimler ve halk eğitimleri ile Aile Hekimliği Sistemi Uygulamaları konusunda hastaların bilgilendirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelmelerini sağlayacaktır. Ancak hastalar, sağlık bakım kuruluşlarını sağlık sistemini kuranların beklentilerinden çok kendi gereksinimlerine göre kullandıkları için hastalarda davranış değişikliği oluşturulamazsa acil servislerin gelecekte de amaç dışı kullanım olasılığı devam edecektir.
4. Acil servisler güncel ihtiyaçlara göre yeniden yapılandırılmalı. Hastanenin hasta başvurusu, başvuruların ciddiyeti ve dağılımı, bölgenin ve hastanenin ihtiyaçları belirlendikten sonra hastane için gerekli acil servis yatak sayısı, personel sayısı ve

donanım belirlenmeli. Hastanelerin ihtiyaçlarına uygun acil servis düzenlemesi yapması zorunlu hale getirilmeli ve denetlenmeli. Acil servislerin seviyelendirilmesine yönelik standartlar hastanelerin ve bulunduğu bölgenin ihtiyaçlarına yönelik belirlenmeli.

5. Acil servis personellerinin eğitimleri sağlanmalı. Eğitim standartları belirlenmeli ve standartlara sahip olmayan personel acil servislerde görevlendirilmemeli.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin ikinci basamak kurumların acil servislerinde nöbet tutturulması, basamaklandırılmış sağlık sistemi yapısına aykırı ve sistemde açığın kapatılmasına yönelik geçici ve eklektik bir çözümdür. Acil servislerde deneyimli ve eğitilmiş hekimler istihdam edilmelidir. Acil serviste çalışan hekimlerin sürekliliğini sağlayacak fiziksel, eğitsel, ekonomik şartlar düzenlenmelidir. Personel Dağılım Cetveli'nde bulunan kadrodaki hekim sayısı kadar hekimin acil serviste çalışması sağlanmalıdır. Farklı bir birim ve kurumda çalışmalarının olması durumunda gerekli düzenleme kurum dışından geçici görevlendirmeler ile değil; kurum içinden yapılmalıdır

6. Acil servislerde performans ödeme sistemi hastanın ciddiyetine göre değiştirilmelidir. Hekimlere aciliyet kategorisi yüksek hastalardan daha fazla, daha düşük hastalardan daha az performans puanı verilmelidir.
7. İkinci basamak hastaneler etkinleştirilmeli. Bu hastanelerde gereksiz sevkler engellenmeli. İhtiyaçlar dahilinde belirlenen 2. Basamak hastanelerde uzman hekimlerin nöbet tutması sağlanmalıdır.
8. 3. Basamak hastanelerde yatışı gerekmeyen hastaların, gerekli uzman hekimlerin bulunduğu 2. Basamak hastanelerde yatışı sağlanmalı. Sevk sistemi buna göre düzenlenmelidir.
9. Niteliklerine göre uygun hastaneler, travma merkezleri olarak tayin edilmeli. Bu hastanelerde hastalar sevke edilmeden gerekli müdahalelerin yapılabileceği personel ve donanımın bulundurulması sağlanmalıdır.

#### ***Çıktı Artırıcı Önlemler:***

1. Acil servislerden istenen konsültasyonların elektronik kayıt altına alınması sağlanmalıdır. Konsültasyon istenen hekimler hastanede hastayı değerlendirmelidir. Telefonla konsültasyon uygulamaları sonlandırılmalı, gereklere uymayan hekimlere yaptırım uygulanmalıdır.

2. Acil servislerde yatış kararı verilen hastanın hastaneye yatışı için standart bir süre belirlenmeli (öneri 4 saat) 24 saatlik bekleme süresi daraltılmalıdır. Yatış kararı verilen hastanın yatışı için belirlenen süre kalite indikatörü olarak belirlenmeli ve denetlenmelidir.
3. Branş hekimlerinin acil servisten yatırdıkları hastalar için performans puanlarının iki kat olması sağlanmalı ve SUT'ta belirtilmelidir.
4. Acil servisten başka hastanelere sevki gereken hastaların sevk işlemleri 112 tarafından koordine edilmelidir. Sevk koordinatörlüğü, tüm hastane yataklarını ve yoğun bakım yataklarını takip ve kontrol edebilir olmalıdır.
5. Hastanelerin yataklarının branşlara göre değil, cerrahi ve dahili servis yatakları olarak tayin edilmesi, yoğun bakımların ise branşlara göre ayrılmadan tanımlanması sağlanmalıdır. Böylece her hastanın, hastanenin uygun olan boş yatağa yatırılması sağlanmalıdır.
6. Acil serviste yatış bekleyen hastası bulunan branşın servisine başka bir yerden hasta yatırması merkezi olarak bloke edilerek engellenmelidir. (acil servis blokaj sistemi tüm hastanelere zorunlu hale getirilmelidir)
7. Üniversite hastanelerinde acil tıp uzmanlarının kararları ile hasta yatırmalarına olanak sağlanmalıdır.
8. DNR (do not resuscitate) hasta tanımı resmi olarak yapılmalıdır. Böylece hekimlerin beklenti duymadıkları hastalara resüsitasyon uygulama konusunda net karar vermelerine yardımcı olunmalıdır. (günümüzde bu hastalara yapılan resüsitasyonlar nedeniyle yoğun bakımlar yatak sorunu içindedir).
9. 3. basamak hastanelerden branş uzmanlarının bulunduğu 2. basamak hastanelere sevk koordinasyonu sağlanmalıdır.

## B. HİZMET ORGANİZASYONUNDAKİ SORUNLAR

### ÇALIŞMA GRUBU KATILIMCILARI

#### **Kolaylaştırıcı:**

Dr. Turhan SOFUOĞLU İl Sağlık Müdürlüğü

#### **Katılımcılar:**

Dr. Turgut TUBAY 112 Hekimi

ATT Yaşar GÖKBAYRAK 112 - ATT Derneği

Dr. Ümit Kağan ARPACI Bornova Devlet Hastanesi - Pratisyen Hekimlik Der. İzmir Şb.

Prm. Umut UĞUREL Paramedik Derneği

Hemş. Oğuzhan KILIÇ E.Ü.T.F. Hastanesi Acil Servis

Dr. Mehmet BÖNCÜ Dr. S.S.Göğüs Hst. E.A. Hastanesi

Hemş. Seher YILMAZ Dr. S.S.Göğüs Hst. E.A. Hastanesi

Dr. Okan ÖZMEN İl Sağlık Müdürlüğü 112 Komuta Merkezi

Dr. Ali EKŞİ E.Ü. Atatürk Sağlık Hizmetleri M.Y.O.

## HİZMET ORGANİZASYONUNDAKİ SORUNLAR

### ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

#### Belirlenen Sorunlar:

1. Gerçek olmayan acillerin ambulans ile hastaneye gelmesi ve acil serviste boş sedye bulunamaması sorun yaratmaktadır.
2. Yoğun başvuru nedeniyle, acile gelen gerçek acillerde yer olmadığından çaresiz kalınmaktadır.
3. Acilden hastane servislerine hastalar kısa sürede yatırılmamaktadır.
4. Hastaneler arası sevkler sorun olmaktadır.
5. Acil servislerin fiziksel yetersizliği vardır.
6. Nadiren de olsa 112 ambulansı ile yeterli tıbbi işlem yapmadan getirilmesi sorun yaratmaktadır.
7. 112'ye talep çok fazla, diğer ülkelerde aciliyetine göre eleme yapılırken ülkemizde eleme yapılamamakta ve her vakaya ambulans gönderilmek durumunda kalınıyor. Her arayana ambulans gitmesindeki yasal ve siyasi sorunlara çözüm bulunmalı.
8. Özellikle acil servislerde yaşanan şiddet olayları fazladır, sağlık personeline yönelik şiddet her geçen gün artmaktadır bu durumda personel motivasyonu bozulmaktadır.
9. Kurumlar arası iş barışının olmaması sağlık personelinin sahada karşı karşıya getirmektedir. Bu problemin yaşanmasında, sorun sağlıkçılarda değil sistemdedir (bu maddeyi açıklamak gerekir mi? yoksa sempozyum sırasındaki tartışmaların bir konusu olarak mı düşünüldü?) .
10. Birinci veya ikinci basamak hizmetin iyi kullanılmaması sistemin tıkanmasına yol açıyor. Vakaların yerinde bırakılması paramedikler açısından risk ve hukuki sorun yarattığından ambulanslar hastanelere acil olmayan vakaları getirebilmektedir. Buna yasal mevzuat düzenlemesi ile çözüm bulunmalı.
11. İkinci basamakta, yeterli eğitim ve deneyimi olmayan doktor yada sağlık personeli çalıştırılması hastaların tedavisi ve hastaneler arası sevklerin artışına yol açmaktadır. Hastanelerin fiziksel ve personel yetersizliği sistemi tıkamaktadır.
12. Paramedik yasal mevzuatı uzun süredir güncellenmemiştir. Bazı uygulamalar çağın gerisinde kalmıştır. Paramediklere yetki verilmesine rağmen bunun tıbbi kontrolünün yapılmaması ve güncellenmemesi büyük bir sorun.

13. Olay yeri triajı spontan yapılmamalıdır.
14. Üniversite hastanelerdeki yatak devinim hızının düşük olması acil servisleri vurmaktadır.
15. Mevzuatta gerekli güncellemeler yapılmaması, kurumların bütünleştirici olmaktan uzak kendi yararınca yasal düzenlemeler yapmasının yarattığı sorunlar var.

### **Çözüm Önerileri :**

1. Birinci basamağın etkinleştirilmesi çok önemlidir. Büyük bir kaynaktan yeterince yararlanılamamaktadır.
2. Halkın bilinç ve bilgi düzeyi yükseltilmelidir.
3. İlk yardım eğitimlerinin tüm halka ulaşmasındaki güçlük vardır. Paralı ve uzun süreli olan bu eğitimler ücretsiz ve uygulanabilir hale getirilmelidir.
4. Hastaların sorununu acilen çözmek isteği acillere yönelişi artırmaktadır. Sağlık hizmet talepleri uygun şekilde karşılanırsa acile yönelme azalacaktır.
5. Halkın eğitimi çok önemli buna yönelik çalışmalar yapılmalı.
6. Sağlık Personeline yönelik şiddet olaylarının gerçek çözüme ulaşması için tüm sağlık personeline yeterli hukuki yardım olay anında yapılmalıdır. Bu konuda İzmir Tabip Odası tarafından yapılan uygulama, kamu kurumlarının da desteği ile yaygınlaştırılmalıdır. Sağlık personeline şiddet uygulayanlar tutuklu olarak yargılanmalı ve tutukluluk durumunun ortadan kalkması yüksek miktarda para cezası ile mümkün olmalıdır. Caydırıcı olarak Ambulanslarda ve acil servislerde kamera sistemi, güvenlik benzeri önlemler artırılmalıdır.
7. Çok sayıda 112 çağrısı, yasal bir çağrı karşılama algoritması ( yazılımsal ) ile ayrıştırılmalı ve verilen cevaplara göre vakanın aciliyet derecesi belirlenerek kırmızı, sarı, yeşil hastalara nasıl ve ne sürede ambulans gönderileceğine karar verilmelidir. Bu çerçevede hangi çağrılara ambulans gönderilmeyeceği de net olarak belirlenmelidir.
8. İçişleri Bakanlığı tarafından çıkarılan 112 Tek Numara Kanunu ile bazı pilot illerde bugüne kadar yapılan uygulamadan kaynaklanan sorunların ivedilikle çözülmesi için Sağlık Bakanlığının daha etkin bir rol üstlenmesi gerekmektedir. Avrupa'daki büyük nüfuslu ülkelerde uyguladığı gibi ülkemizdeki büyük şehirlerdeki 112 uygulamasında tek numaradan aransa bile polis, itfaiye ve ambulans merkezlerinin ayrı bina veya alanlarda görev yapması, ambulans uygulamasının bugüne kadar

olduğu gibi Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluk ve koordinasyonunda yürütülmesi sağlanmalıdır.

9. 112 Komuta kontrol merkezinin sadece acil vakaya ambulans görevlendirilmesi yanında acil vakanın olay yerinde, ambulansla nakil ve acil serviste kaldığı süre içerisinde sırasında tıbbi ve yasal yönlendirme yapan bir hale getirilmeli, mevcut yasa ve yönetmeliklerin bu doğrultuda revize edilmesi sağlanmalıdır.
10. Ülkemizde özellikle birden fazla kurumu ilgilendiren olaylarda ( trafik kazası, adli olaylar, kitlesel olaylar vb.) olay yeri yönetim sistemi ile ilgili ayrıntılı bir yasal mevzuat bulunmamaktadır. Ambulans, İtfaiye, Polis gibi kurumlara bağlı ekiplerin olaya yerine varış ve olay yerindeki yetki sorumluluğu Sağlık Bakanlığı ve İçişleri Bakanlıklarının ortak bir çalışması ile hazırlanacak bir yönetmelikle ivedilikle düzenlenmelidir. Bu konuda Emniyet Genel Mdrlğu, Büyükşehir Belediyeleri İtfaiye Daire Başkanlıklarının da görüşlerine başvurulmalıdır.
11. Hastane acil servislerinin değil hastanelerin sınıflandırılması yapılmalı ve 112 merkez ve ambulansların hangi tip acil vakaları hangi hastanelere nakledecekleri önceden belirlenmelidir. Aynı bilgi hasta ve hasta yakınları tarafından, taksiciler tarafından da bilinmeli ve hastaneler arası nakiller bu yolla en aza indirgenmelidir.
12. Triaj uygulaması her aşamada ( 112 çağrıları, ambulans tipi ve ekip seçimi, hastane seçimi, acil servise kabul ve acil servisten ilgili servise yatış ) etkin olarak yapılmalı, bununla ilgili hastane öncesi ve hastane triajı eğitimleri ilgili tüm sağlık personeline verilmelidir.
13. Hastane, Belediye ve özel ambulansların özellikle acil olmayan hasta nakillerinde evden hastaneye, hastaneden eve veya tetkik vb.)daha etkin bir rol üstlenmeleri için, verilen hizmetin bedeli SGK tarafından belli bir katkı payı da alınarak denmeli, bu yolla 112 ambulanslarının işgücüne yardımcı olunmalıdır.
14. Hastane ncesi acil sağlık hizmetlerinin daha etkin çalışabilmesi, ambulans ekipleri ile acil servis ekipleri arasında yaşanan gerilimin azaltılması ve iş barışının sağlanabilmesi için ivedilikle acil servislerde fiziki düzenlemeler yapılmalıdır. Ambulans ile gelen ve yryerekgelen hastalar kesinlikle ayrı alanlarda tedavi edilmeli, ambulanslar ile gelen acil hastaların sedye üzerinde kalmasının, özellikle niversite acil servislerindeki günlerce yatış beklemesinin önüne geçilecek yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
15. Hastane ncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışacak sağlık personelinin ( paramedik, acil tıp teknisyeni ) işgücü fazlalığının önlenmesi için geleceğe yönelik planlamalar

yapılmalı, tüm dünyada olduğu gibi bu alanda halen çalışan hekimlerin, yönetici, medikal kontrol, eğitimci ve bazı özel ambulanslarda çalışması için gerekli tedbirler alınmalıdır.

16. Özellikle perifer hastanelerinden üst merkezlere gereksiz nakillerin azaltılması defansif tıbbın oluşmaması için bu hastanelerde çalışan hekimlerin hukuki sorumluluk ve risklerini azaltacak önlemler ve eğitim eksiklerinin giderilmesi sağlanmalıdır.
17. Paramedikli ambulans ekiplerinin sahadaki en büyük sorunu olan ex kararı verilmesi ile ilgili yasal mevzuatın gerek hasta gerekse çalışan sağlık personeline zarar vermeyecek şekilde gözden geçirilmesi, aynı şekilde acil olmayan ve yerinde tıbbi tedavi veya öneriler ile bırakılabilecek hastaların gereksiz yere hastanelere naklini önleyebilmek için yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
18. Hastaların sayısına göre değil, aciliyet ve risklerine göre puanlanan, çalışan personelin emeğinin değerlendirildiği bir performans sistemi tüm sağlık sisteminde olmalıdır.
19. Sağlık Bakanlığı tarafından, TTB, ulusal dernek ve sivil toplum kuruluşlarının da desteği ile halkın acil vaka algısını oluşturulması, 112, ambulans ve acil servislerin doğru kullanılması, kalp masajı ve acil hayat kurtarıcı uygulama tekniklerinin öğretildiği ulusal programların kampanyalar ile desteklenmesi için çalışmalara başlanmalıdır.
20. İlk yardım mevzuatı değiştirilerek, standart ve yasa gereğince alınması gereken iş kolları dışında daha basit, kısa süreli bir eğitimin ücretsiz olarak verilmesi sağlanmalıdır. Bu eğitimin, hazırlanan videolar, kamu spotları ve uzaktan eğitim yöntemleri kullanılarak en geniş kitlelere ulaşması için çalışmalara başlanmalıdır.
21. Halen yürürlükte olan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, Yataklı ve Ayaktan Tedavi Kurumlarını ilgilendiren yönetmelikler ile bunlarla ilgili yönerge ve genelgelerin tamamı bütüncül bir yaklaşım ile gözden geçirilmeli, TTB, Bilimsel Dernekler, meslek kuruluşlarının da görüşlerine başvurularak ülkemiz koşullarına uygun bir acil sağlık sisteminin hayata geçirilmesi sağlanmalıdır.



**C. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ ÖZLÜK HAKLARI VE  
HİZMETLERE ETKİSİ  
ÇALIŞMA GRUBU KATILIMCILARI**

**Kolaylaştırıcı:**

Hemş. Meral DÖLEK THD - Acil Hemşireleri Derneği

**Katılımcılar:**

Hemş. Osman TANRICI Alsancak Devlet Hastanesi  
Dr. Murat Selim SELVİ Bornova Devlet Hastanesi  
Hemş. Gülnur GÜREFE E.Ü.T.F. Hastanesi Acil Servis  
Hemş. Filiz PEKGÖKÇEN D.E.Ü. Hastanesi  
Hemş. Zeynep TARHAN D.E.Ü. Hastanesi  
Dr. Serdar SAVACI Genel Sağlık İş Sendikası  
Hemş. Hatice KARAKAYA E.Ü.T.F. Hastanesi Acil Servis  
Hemş. Naciye EMEN Çiğli Devlet Hastanesi  
Dr. Cem ERTAN İzmir Üniv. T.F. Acil Tıp AD  
Hemş. Gülbin YILMAZ E.Ü.T.F. Acil Tıp Anabilim Dalı  
Dr. Yasemin TOKEM Katip Çelebi Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi

**ACIL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ ÖZLÜK HAKLARI VE  
HİZMETLERE ETKİSİ  
ÇALIŞMA GRUBU RAPORU**

Acil sağlık hizmetlerinde görev almanın özendirilmesi ve mevcut çalışanların memnuniyeti için :

1. Acil serviste çalışan, çalışacak olan hekim, hemşire, ATT, paramediklere ek ücretlendirme yapılmalı, performans vb diğer gelirler bunun üzerine eklenmeli ve bu gelir emekliliğe yansıtılmalıdır.
2. Yeniden performans düzenlemesi yapılmalıdır. Hekimler için kritik ve kritik olmayan hastalar, diğer personel için alan farklılıkları göz önüne alınabilir.
3. Acil çalışanlarına yıpranma payı, erken emeklilik hakkı, fiili hizmet süresi zammı gibi emekliliğe yansıyan düzenlemeler yapılmalıdır.
4. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir. 24 saat aktif hizmet veren birimde Çalışanların konforu açısından fiziki düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. 24 saate varan nöbet saatleri değiştirilmeli ve vardiya usulüne geçilmelidir. Acilde uzun süre kalan hastalar için bir çözüm bulunmalıdır.
5. İş gücü planlaması yapılmalı, çalışan sayısı artırılmalıdır. Uygun olan çalışan sayısını belirlemek üzere çalışmalar yapılmalıdır. Hekim, hemşire başına kaç hasta olması gerektiği gibi. Hemşirelik hizmetlerinde bakım gerekliliği yüksek ve diğer hastalar ayrılarak sunum yapılmalıdır. İş yüküne göre personel ayarlanmalıdır.
6. Acil Tıp Uzmanlığı ve acil hemşireliği özendirilmelidir. Bunlar için çeşitli bilimsel platformlarda fiziki düzenlemeler uygun olarak yapılmalı, güvenli k sayısı artırılmalı, acil çalışanlarına iletişim ve stres yönetimi eğitimleri düzenli olarak verilmelidir. Hasta bilgilendirmelerinin daha ön plana geçeceği çalışmalar yapılmalı, sık sık görsellerle, duyurularla desteklenmelidir.
7. Halkın gözünde sağlık çalışanların itibarının artırılması için çalışmalar yapılmalı, buna yönelik bilgilendirmeler, görseller her yerde olmalıdır.
8. Alo 184 hattı kaldırılmalıdır.
9. Yıllık izinde iken ücret kesintisi olmamalıdır.
10. Acilde çalışan hemşireler, ATT ve paramedikler için eğitim programları düzenlenmelidir. Sertifika programlarına bütün çalışanlar gidebilmeli ve bu kişilerin acilde çalışmalarının devamı sağlanmalıdır.

## D. EĞİTİM

### ÇALIŞMA GRUBU KATILIMCILARI

#### **Kolaylaştırıcı:**

Dr. Rıdvan Atilla D.E.Ü.T.F. Acil Tıp AD - Türkiye Acil Tıp Derneği

#### **Katılımcılar:**

Prm. Murat ER PAR-DER - 112  
Prm. Şaban ÇELİKER PAR-DER - 112  
Dr. Gürkan ERSOY D.E.Ü.T.F. Acil Tıp AD - Herkes İçin Acil Sağlık Derneği  
ATT Mahmut YILMAZ ATT Der - 112  
Dr. Zeynep SOFUOĞLU Acil Ambulans Hekimleri Der.–Sağ. Müd.İl Ambulans Servisi  
Hemş. Yasemin YILDIRIM E.Ü. Hemşirelik Fakültesi  
Hemş. Serap ÖZER E.Ü. Hemşirelik Fakültesi  
ATT Mustafa YILDIZ ATT Derneği  
Hemş. Cemile AKBİNAR Acil Hemşireler Derneği- E.Ü.T.F. Acil Tıp AD  
Hemş. Semra ÇELİKLİ E.Ü. Atatürk Sağlık Hizmetleri M.Y.O.  
Dr. Selahattin KIYAN E.Ü.T.F. Acil Tıp AD

# EĞİTİM

## ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

### **Konu Başlıkları**

#### **A. Acil Hemşirelik Eğitimi**

Acil servislerde çalışan ya da çalışacak olan hemşirelerin kaliteli bakım hizmet verebilmesi kaliteli eğitimle doğru orantılıdır.

#### ***Mezuniyet Öncesi***

Hemşirelik fakülteleri (ve Yüksekokulları) ve Acil Hemşireliği ile ilgili sivil toplum kuruluşları birlikte standart bir eğitim programı hazırlamalıdır. Bu standart eğitimler içinde eğitici eğitimleri de yapılmalıdır

Hemşirelik fakülteleri (ve Yüksekokulları) müfredatında acil hemşireliği ile ilgili derslere önem verilmelidir.

#### ***Mezuniyet Sonrası***

Alt yapısı uygun Hemşirelik fakültelerinde, Acil Hemşireliği Yüksek Lisans (Tezli/Tezsiz) programlarının yer alması, eğiticilerin yetiştirilmesi, eğitici eğitimlerinin artırılması ve sürekliliği sağlanmalıdır.

Acil Hemşireliği sertifika programlarının müfredatının yeniden gözden geçirilmesi ve eğiticiler arasında hemşirelik öğretim üyelerine yer verilmesi sağlanmalıdır.

Mesleğe yeni başlayanlar için temel konularda (Temel Yaşam Desteği= TYD, İleri Yaşam Desteği=İYD vb.) kurumsal oryantasyon eğitimleri yapılmalı ve eğitimlerin sürekliliği sağlanmalıdır.

Eğitilere katılım durumunda gelir kaybına yol açabilecek mali kesintiler yapılmamalı aksine eğitime katılım gelir artırıcı önlemlerle teşvik edilmelidir.

#### **B. Acil Hekimliği Eğitimleri**

Genel olarak ASH de çalışan hekimlerin eğitim ihtiyaçları yüksek ama motivasyonları düşüktür. Acil Servis hekimlerinin hizmet kalitesi için TYD ve travma eğitimleri yeterli değildir.

#### ***Mezuniyet Sonrası***

- ASH de çalışan hekimler görev yerlerine göre gruplandırılmış/ özelleşmiş eğitimler almalıdırlar. Örneğin; Aşağıdaki gibi mesleki özelliklere göre gruplandırmalar olabilir

- AS de çalışan hekimler
- Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) de çalışan hekimler
- 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışan hekimler
- Aile hekimleri
- Mezuniyet sonrası eğitimlerin koordinasyonu acil tıp uzmanlarınca yapılmalıdır.
- Eğitimlerin masrafları katılımcıların üzerinden olmamalı, kaynak aktarımı kurumsal ya da bakanlık tarafından desteklenmelidir.
- Eğitimin özendirilmesi ve teşvik edilmesi için ek puan yada ödeme sistemi kurulmalıdır. Örneğin; sertifikaların geçerlilik süresi boyunca ek performans puanı katılımcıya verilmelidir

### **C. Paramedik Eğitimi**

Paramedik okullarından mezun olan paramedikler arasında eğitim seviyelerinde önemli farklılıklar mevcuttur. Okullara başvuru sırasında öğrenciler mesleki farkındalık içinde değildirler. Meslek okullarında eğitimin kalitesi standart değildir ve birçok okulda eğitim için yeterli eğitmen ve materyal yoktur.

#### ***Mezuniyet Öncesi***

- Eğitim programlarının müfredatları gerek ulusal (İKMEP, METEKvb) gerekse uluslar arası (Bologna) kriterlere göre standardize edilmelidir.
- Eğitim ile mesleki dikey geçiş olanakları artırılmalıdır.
- Paramedik okulları hâlihazırda 2 yıllık ön lisans düzeyinde iken bu okulların 4 yıllık lisans okullarına dönüşebilmeleri için gerekli alt yapı ve eğitmen hazırlıklarına başlanmalıdır.

#### ***Mezuniyet Sonrası***

- Meslek eğitiminin farkındalığı artırılmalı ve eğitim özendirilmelidir.
- Eğitim kendi içinde basamaklandırılmalı ve mesleki yetki ve sorumluluklar bu eğitim basamaklarına göre düzenlenmelidir.
- Özellikle ambulans servislerinde çalışan paramediklerin eğitimlerinde, paramedik okulları eğitimcileri ve acil tıp uzmanları başta olmak üzere eğitim ve araştırma klinikleri ile üniversitelerden öğretim elemanı desteği alınmalıdır.

### **D. İlk Yardım Eğitimleri**

- Halka yönelik ilkyardım eğitimleri özendirilmelidir.
- İlk yardım eğitimleri seviyelendirilmelidir.
- En temel ve basit eğitimler yaygınlık ve ücret olarak en ulaşılabilir olmalıdır.
- Kurumsal gereklilik için verilen eğitimlerde ücretlere ulaşılabilir olmalıdır. Özellikle sürücü kurslarında halihazırda amacına ulaşmadığı düşünülen ilkyardım kurs hizmetinin bu kurslar içinde verilmesi uygulaması tamamen kaldırılmalı bunun yerine sürücü kursuna başvuru belgeleri arasına yetkilendirilmiş bir ilkyardım

merkezinden belirli bir seviye ve üstü sertifikalandırılmış ilkyardımcı eğitim belgesi zorunluluğu getirilmelidir.

- Eğitimli ilkyardımcıların uygulamalarından dolayı yasal koruyuculuk sağlanmalı ve olası yanlış uygulamaların iyi niyet yasaları ile yasal yaptırımdan muaf tutulması sağlanmalıdır.

#### **E. Genel Öneriler**

- Genel olarak tüm sağlık personeli düzenli standardize edilmiş eğitimler almalıdır. Bu eğitimler belgelendirilmelidir.
- Tüm meslek grupları için belirli aralıklar ile yeterlilik sınavları planlanmalıdır.
- Meslek atamalarında yapılan sınavlarda adaylara mesleki alanlarından soru sorulmalıdır; örneğin mesleki atamalarda sağlık meslek grubu ağırlıklı olarak sağlık konularından sınava alınmalıdır.