



T.C.
ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇAĞRI MERKEZLERİNİN
YÖNETİMİ: ÖZEL BİR KURULUŞ ÖRNEĞİ**

HAZAL AKGÜN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Berna Eren

İSTANBUL – 2021



T.C.
ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇAĞRI MERKEZLERİNİN
YÖNETİMİ: ÖZEL BİR KURULUŞ ÖRNEĞİ**

HAZAL AKGÜN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Berna Eren

İSTANBUL – 2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

16.06.2021
Hazal Akgün

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Bu çalışmayı hazırlarken geçirdiğim süreçte yardım ve desteğini her an yanımda hissettiğim canım annem, babam, kardeşlerim Canberk ve Cem'e, tez sürecimizi ortaklaştırdığımız için bu süreci eğlenceli kılan kardeşim Mert Can'a, beni hiç yalnız bırakmayan yol arkadaşım Candaş'a, tez konumu seçerken ve tez süreci boyunca da hiç bıkmadan yönlendirmeleri ile katkı sağlayan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Berna Eren' e ve tüm Acıbadem Üniversitesi ailesine teşekkürü borç bilirim.



İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sağlık Hizmetleri.....	6
2.1.1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri	11
2.1.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması	14
2.2. Acil Sağlık Hizmetleri.....	21
2.2.1. Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi.....	22
2.2.2. Türkiye'de acil sağlık hizmetleri.....	23
2.2.2.1. Acil sağlık hizmetleri şube müdürlüğü.....	26
2.2.2.2. İl ambulans servisi başhekimliği	26
2.2.2.3. 112 Komuta kontrol merkezi.....	27
2.2.2.4. 112 Acil yardım istasyonları	29
2.2.2.5. 112 Acil sağlık hizmetleri ambulans ve acil sağlık araçları.....	31
2.2.2.6. 112 Acil sağlık hizmetlerinde hizmet akışı ve işleyişi.....	32
2.3. Sağlık Sektöründe Çağrı Merkezleri	38
2.3.1. Acil çağrı merkezleri ve yönetimi.....	45
2.3.2. Yeni nesil 112 acil çağrı merkezi.....	48
3. GEREÇ VE YÖNTEM	50
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	50
3.2. Araştırmanın Yöntemi.....	51
4. BULGULAR	52
4.1. Özel Bir Sağlık Kuruluşu Acil Çağrı Merkezi Örneği	52

4.1.1. Medikal çağrı merkezi.....	52
4.1.1.1. Personel ve görev tanımları.....	53
4.1.1.2. Teknik altyapı.....	59
4.1.1.3. Mimari.....	61
4.1.1.4. İş akışı.....	62
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	67
6. KAYNAKLAR.....	74
7. EKLER.....	79
Ek 1. Acil Durumlar Listesi.....	79
8. ÖZGEÇMİŞ.....	82



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı
AHY	: Ambulans ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği
ASH	: Acil Sağlık Hizmetleri
ASHY	: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
ASOS	: Acil Sağlık Otomasyon Sistemi
ATH	: Acil Tıp Hizmetleri
ATİM	: Acil Tıbbi İletişim Merkezi
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
MÇM	: Medikal Çağrı Merkezi
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.	Sağlıksız Olmanın Tanımı	6
Şekil 2.	Alma-Ata Bildirgesi'nde Belirlenen Hükümler	9
Şekil 3.	Toplum Sağlığını Etkileyen Faktörler	10
Şekil 4.	Sağlık Hizmetleri Üçgeni	11
Şekil 5.	Hizmet Özellikleri	13
Şekil 6.	Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	13
Şekil 7.	Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	15
Şekil 8.	Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	16
Şekil 9.	Sağlığın Geliştirilmesi Politikalarının Unsurları	20
Şekil 10.	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Merkez Teşkilat Şeması.....	25
Şekil 11.	Ambulansların Sınıflandırılması.....	31
Şekil 12.	Acil Sağlık Hizmetleri Sembolü	32
Şekil 13.	112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Akış Şeması	33
Şekil 14.	Yeni Nesil 112 e-Çağrı (e-Call) Sistemi	49

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Finansman Modelleri	12
Tablo 2. Türkiye ve Bazı Avrupa Ülkelerinde Vakaların Aciliyet Düzeylerine Göre Ambulansların Ortalama Varış Süreleri	37
Tablo 3. Kalite Göstergeleri ve Gerçekleşen Hedefler	62
Tablo 4. Yıllara Göre Çağrı ve Vaka Sayıları ve Yüzdeleri	65



ÖZET

Dünyada çağrı merkezi hizmetleri teknoloji ile birlikte sürekli gelişmiş ve hizmet alıcılar tarafından çoktan kabul görmüş bir sektör halini almıştır. Bu hizmetlerin sunumunda başarılı olabilen işletme ve kurumlar tercih sebebi olmaktadır. Çağrı merkezlerinin sağlık sektöründeki yeri de aynı ölçüde önem arz etmekte ve iyi yönetilmeleri halinde verimlilik, sürdürülebilirlik, çalışan ve hizmet alanların memnuniyeti ile kuruma bağlılıkları artmaktadır. Acil sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir bileşen olan acil çağrı merkezlerinin doğru kurgulanması ve iyi yönetimi ise hayat kurtarıcı olabilmektedir. Bu çalışmada; yalnız ulusal platformda değil, uluslararası sağlık piyasasında da önemli bir konuma sahip, sağlık ile ilgili birden fazla işkolunda faaliyet gösteren özel bir kurumun, hastane öncesi acil sağlık ve hastane sonrası bakım hizmetleri taleplerine yanıt oluşturan bir iştirak kuruluşunun çağrı merkezi; çağrılarının karşılanması, değerlendirilmesi, yönlendirilmesi, taleplerin hizmete dönüşmesi ve bu süreçlerin yönetimi açısından incelenmiştir. Çok yönlü, güçlü, disiplinler arası etkin faaliyetlerde bulunabilecek şekilde tasarlanmış ve iyi yönetilen bir acil çağrı merkezi modeli ortaya koyabilmek adına yapılan, Türkiye ve dünyadaki literatürde ortaya konmuş birçok örneğin incelendiği çalışmada acil çağrı merkezleri ve yönetimi için önerilerimiz bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Acil Çağrı Merkezleri, Acil Sağlık Hizmetleri, 112 Acil Sağlık Hizmetleri, Komuta Kontrol Merkezi, Sağlık Hizmetleri

SUMMARY

Management of Call Centers in Emergency Health Services: The Example of a Private Health Institution

Call center services in the world have been continuously developed with technology and have already become a sector accepted by service customers. Institutions and organizations that can be successful in providing these services are preferred. The value of call centers in the health sector is equally important, and if they are managed well; productivity, sustainability, satisfaction of employees and service users and their loyalty to the institution increase. Correct design and management of emergency call centers, which are an important component of emergency health services, can be life-saving. In this study; the call center of a subsidiary organization that responds to the pre-hospital emergency and after-hospital care requests of a private institution operating in more than one health-related business, which has an important position not only in the national platform but also in the international health market; it has been examined in terms of meeting, evaluating, directing the calls, transforming the requests into service and the management of these processes. We have suggestions for emergency call centers and their management in the study, which examines many examples in the literature in Turkey and the world, which was carried out in order to reveal a well-managed emergency call center model that is designed to be versatile, powerful, and capable of interdisciplinary effective activities.

Keywords: Emergency Call Centers, Emergency Health Services, 112 Emergency Health Services, Command Control Center, Health Services

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık, varoluştan itibaren insanoğlunun en vazgeçilmez hazinesi olmuş ve sağlıklı bir yaşam sürdürmek her zaman tüm toplum fertlerinin en önemli gayelerinden birini teşkil etmiştir. Sunulan tüm sağlık hizmetlerinin odağında insan vardır. Bütün yatırımlar, doğrudan doğruya veya dolaylı olarak insan sağlığı için yapılmaktadır. İnsanların mutluluğunun asıl kaynağı olarak, her şeyden önce sağlık unsuru gösterilmektedir (1).

Hayat boyunca, beklenmedik durumların gelişiminden kaynaklı, insan sağlığı her daim çeşitli tehlike ve risklerle karşı karşıya gelmektedir. Genellikle ani meydana gelen olumsuz durumlar, hızlı ve bilinçli bir müdahale gerektirmektedir. Doğru ve zamanında uygulanan bu tür müdahaleler, insan sağlığının, olumsuz durumlardan en az hasar alarak etkilenmesinde hayati önem taşımaktadır. Trafik kazaları, deprem, terör saldırısı ve benzeri acil durumlarda uzman ekiplerin etkin ve zamanında müdahalesi, durumun kontrol altına alınmasında ve insan sağlığının korunmasında büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle acil sağlık hizmetleri toplum sağlığı için çok ehemmiyetli bir konumda yer almaktadır (2).

İstatistiklere göre, kaza sonrası gerçekleşen ölüm vakalarının %10'unun ilk 3-5 dakikada ve %54-60'ının ise ilk 30 dakikada gerçekleştiği vurgulanmıştır (3). Bu verilerin ışığında, çoğu ülkede ilkyardım yapabilecek ekiplerin organize olması desteklenmiştir. Olumsuz ani gelişen olaylardan etkilenen bireylere yapılan ilk müdahalelerin ve nakillerin, bu konuda yetkin sağlık personeli tarafından yapılmasının, ölüm ve sakatlık oranlarında önemli düzeyde düşüş sağladığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle acil sağlık hizmetleri, hastane öncesi uygulamaları içinde, ölüm ve sakatlık durumlarının azaltılmasındaki en önemli unsuru teşkil etmektedir (2).

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde Acil Sağlık Hizmetleri "Acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetleri" olarak tanımlanmıştır. Yönetmeliğe göre, hizmet hastanın ihtiyaç duyduğu an başlar ve kesin tedaviye ulaşabileceği ana kadar kesintisiz devam eder. Bu hizmetin kaliteli ve etkin sunumu için, ekip anlayışını benimsemiş profesyonel iş gücü, teknik donanım, güçlü fiziki altyapı, güncel teknolojik gelişimleri yakalamış tıbbi cihazlar, hastane öncesi bakım ve hızlı ulaşım için acil yardım araçları ve bunların koordineli bir şekilde yönetimi gerekmektedir (4).

Acil sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu yardım çağrısı ile başlar. Sağlığı ilgilendiren acil durumlarda ihtiyaç duyulan yardım talebi çağrısı, hizmet başvurusu sayılmaktadır. Bu bağlamda, çağrıları karşılamak, değerlendirmek, sınıflandırmak ve ihtiyaca uygun yönlendirmeyi en kısa sürede yapabilmek adına sağlık profesyonellerinin de görev aldığı bir acil yardım çağrı merkezine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu merkezin başarılı yönetimi sunulan hizmetin etkinliğine ve kalitesine etki eden ana unsurlardan biridir (4).

Bu çalışma, özel bir sağlık kuruluşunun multidisipliner yapıdaki çağrı merkezi örneği üzerinden, acil sağlık hizmetleri sunumunda çağrı merkezlerinin hizmet akışındaki konumunu irdelemeyi ve bu konuda yapılmış bilimsel çalışmaların incelenmesi yoluyla elde edilen sonuçların değerlendirilmesi sonucunda literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Çalışmanın ilk bölümünde sağlık kavramı ile sağlık hizmetleri ve sonraki bölümlerde acil sağlık hizmetleri ele alınmıştır. Sağlık sektöründe ve acil sağlık hizmetlerinin sunumunda çok önemli bir konumda olan çağrı merkezleri ve yönetimi hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmada; ulusal ve uluslararası sağlık piyasasında önemli bir yer edinmiş, birçok farklı sağlık hizmeti faaliyetinde bulunan özel bir sağlık kuruluşunun hastane öncesi acil sağlık ve hastane sonrası bakım hizmetleri taleplerine yanıt oluşturan iştirak kuruluşunun medikal çağrı merkezi 2019-2021 tarihleri arasında izlenerek, çağrı merkezinin fiziki ve organizasyonel

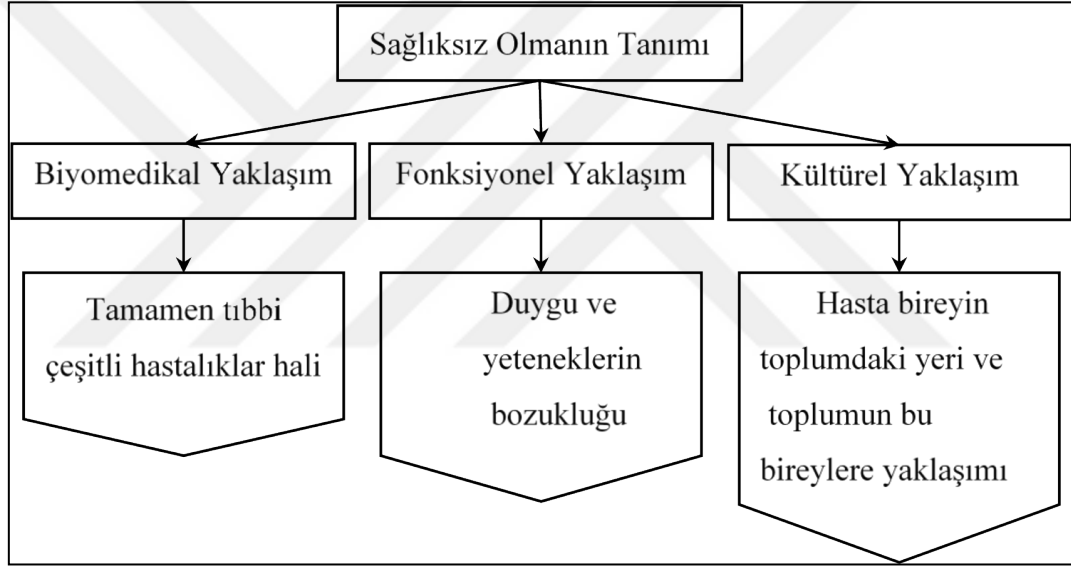
yapısı, personel ve görev tanımları, çalışma prensipleri belirlenmiştir. Elde edilen veriler, literatür taraması ile ulaşılan Türkiye ve diğer ülkelerde yapılmış benzer çalışmalar ışığında yorumlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “bireylerde yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (5). Bu bağlamda, sağlıklı olma durumunu tanımlamak amacıyla, biyomedikal, fonksiyonel ve kültürel yaklaşımlar geliştirilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlıksız Olmanın Tanımı (1)

İnsan sağlığını olumsuz etkileyen değişik faktörleri ortadan kaldırmak, mevcut sağlıklı hali korumak, tedavi etmek, bedensel ve ruhsal becerileri düşük bireylere gereken uygulamalarla yeterlilik kazandırmak ve sağlığı geliştirmeye yönelik yapılan tıbbi müdahalelerin tamamı “Sağlık Hizmetleri” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri kapsamında yer alan faaliyetler, bireylerde mevcut hastalıkların belirlenmesi, hasta bireylerin tedavi ve rehabilitasyonu ile birlikte, karşılaşılabilecek hastalıkların önlenmesi, toplumsal ve bireysel açıdan sağlık düzeyinin yükseltilmesine ilişkin tüm çalışmaları içermektedir (6).

Sağlık sistemi, toplumsal sağlık düzeyinin güçlendirilmesi için gerek insan kaynakları gerekse maddi kaynaklar aracılığıyla sağlanan tüm hizmetleri kapsamaktadır. Sağlık eylemleri; birincil amacı sağlığı iyileştirmek veya sürdürmek olan herhangi bir faaliyetler dizisi olarak tanımlanır. Bu sınırlar içinde, performans kavramı üç temel hedef etrafında toplanmıştır; sağlığı iyileştirmek, nüfusun beklentilerine yanıt verme yeteneğini geliştirmek ve mali katkının adil olmasını sağlamak (7). Bir sağlık sisteminin başarısına yönelik, bu amaçlar doğrultusunda gerçekleştirdiği uygulama ve faaliyetlerin incelenmesini ve elde edilen dönütler esasında sistemin gelişimini sağlamak gerekmektedir. Bununla birlikte sağlık sistemi hedeflerinin, ülkenin eğitim, iktisat, politika ve diğer sektör hedeflerinin şekillenmesinde de belirleyici nitelikte olduğu unutulmamalıdır (6).

Sağlık hizmetlerinin genel olarak benimsenen temel hedefleri şunlardır (8):

- Hasta bakım ve tedavi hizmetlerini yüksek kalite ve düşük maliyet ile ihtiyaç sahiplerine iletmek;
- Tam kapsamlı olarak istihdam siyasetini, iktisadi ve sosyal gelişimi sağlayabilecek güncel tıbbi ve teknolojik bilgiler doğrultusunda eğitim ve araştırma yöntemlerini kullanmak ve hastalıklara karşı önlem almak;
- Hasta bireylerden elde edilen geliri ve ulusal geliri en uygun biçimde kullanarak daha geniş kapsamda hastalara bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlamak.

Bu hizmetlerin sunumunda, hızlı ulaşım, uygun fiyat, güler yüzlü ve şefkatli ilgi, alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirme, tıbbi etik ve deontoloji ilkeleri kapsamında ve mevcut olanaklar düzeyinde en iyi sağlık hizmetini sağlama büyük önem taşımaktadır.

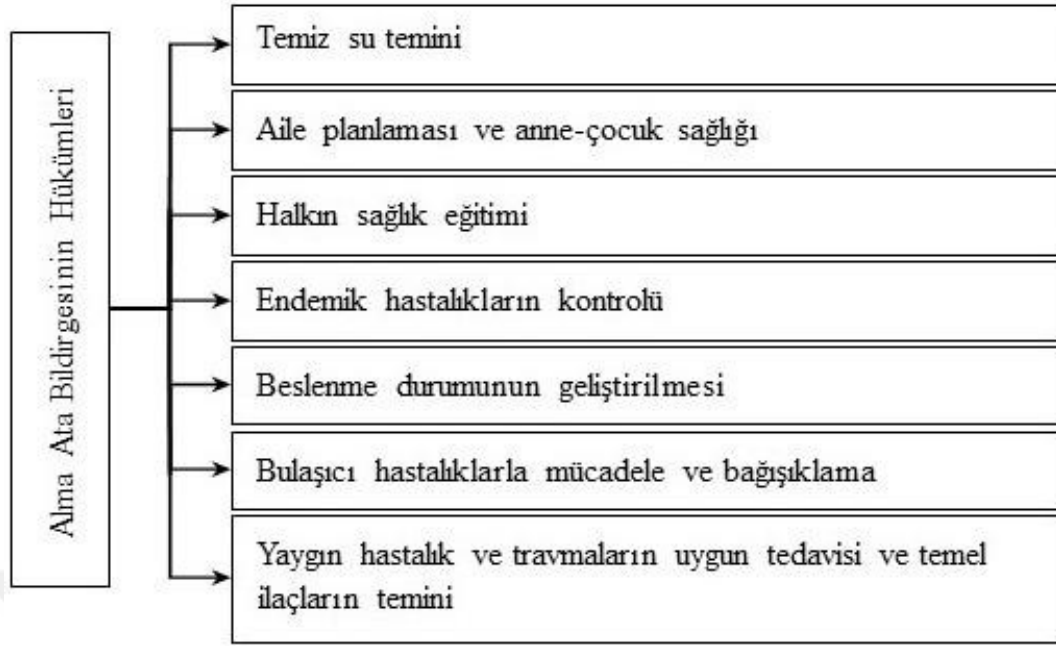
İnsanların mutluluğunun esas kaynağını oluşturan sağlıklı yaşamın dışa yansımaları, aslında toplumun sağlık göstergelerinin temelini teşkil etmektedir.

Dolayısıyla, insan sağlığını korumak ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmek aynı zamanda önemli bir devlet sorumluluğuna dönüşmüştür. Böyle bir kurumsal sorumluluğun yerine getirilmesinde hükümetlerin görev alması, öte yandan bireylerin sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarının artması ile birlikte dünya genelinde sağlık alanında önemli gelişmeler sağlanmıştır (8).

Tüm dünyada sağlıklı toplumların varlığının, bu toplumlarda yaşayan tüm bireylerin sağlıklı olmasına dayalı olduğu görüşü kesinlik kazanmıştır. Dolayısıyla, insanlığa değer veren tüm gelişmiş ülkeler, toplum sağlığını korumak ve iyileştirmek için sağlık sektörüne önemli yatırımlar sağlamaya özen göstermektedir (9).

Sağlık sorunlarına çözüm geliştirmek ve sağlığı iyileştirmek için birçoğ kurum ve kuruluş düzenli olarak bir araya gelmekte ve ortak faydalar bulmaya çalışmaktadırlar. Kaliteli ve daha uzun yaşam süresi için sağlığı geliştirici ve iyileştirici standartlar sunmayı hedefleyen birçoğ evrensel sağlık bildirgesi de bu şekilde ortaya çıkmıştır. Bu bildirgelerden ilki 1978'de Kazakistan'da temel sağlık hizmetlerinin öneminin vurgulandığı uluslararası bir konferansın sonunda yayımlanan Alma-Ata Bildirgesi'dir. Bu bildirge dünyadaki tüm ülkeler için bir çağrı niteliğindedir. Bu bildirgeden sonra birçoğ ülke sağlık seviyelerini yükseltmek için toplum yapılarına ve olanaklarına uygun stratejiler geliştirmeye başlamışlardır (10).

Alma-Ata Bildirgesi'nde önemi vurgulanan temel sağlık hizmetleri birçoğ ülkenin sağlık hizmetlerinin esasını teşkil etmiş ve genel anlamda toplumsal ve iktisadi kalkınma için gereken en önemli bileşenlerden biri olmuştur. Temel Sağlık Hizmetleri (TSH), ulusal sağlık hizmetlerini bireylerin her daim ulaşabilecekleri ev veya işyerlerinin yakınında sağlamakla birlikte, gerektiği durumlarda ilk başvurulabilecek sağlık hizmet zinciri halkasını oluşturmaktadır. Alma-Ata Bildirgesi esasınca, devletin toplum sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla bazı tedbirlerin alınmasını ve uygulanmasını sağlaması gerekmektedir (Şekil 2) (1).



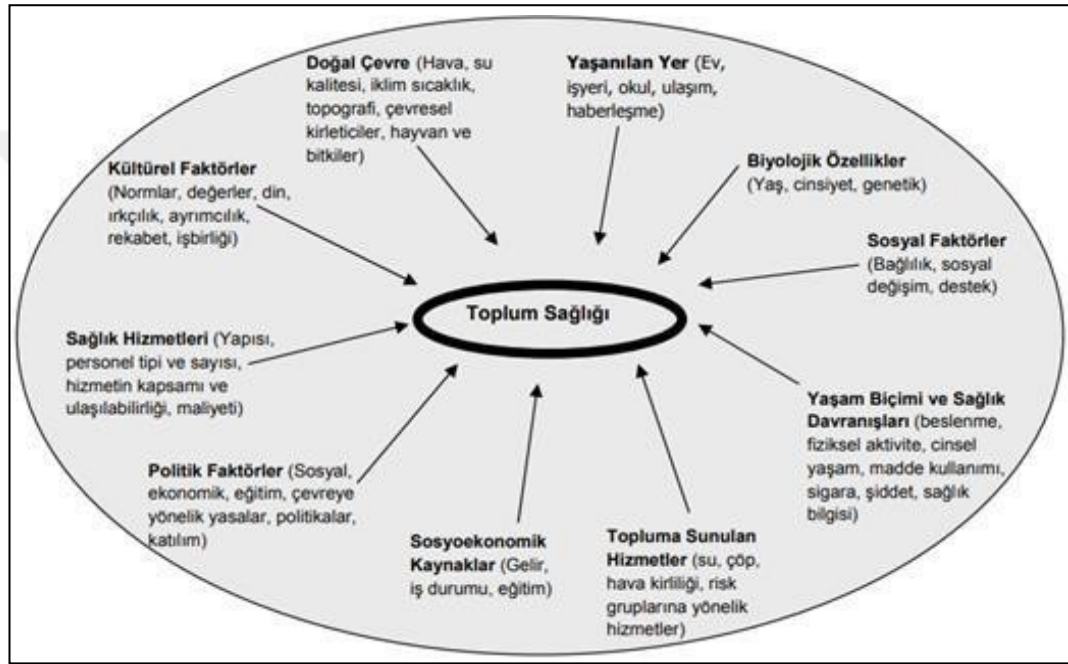
Şekil 2. Alma-Ata Bildirgesi'nde Belirlenen Hükümler (1)

Bu hükümleri sağlayabilmek için aşağıda özetlenen altı unsur ele alınmaktadır:

- Sağlık, iktisadi ve sosyal açıdan kalkınmanın esas bileşeni oluşturmaktadır.
- Toplumun, ele alınan sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve uygulanması aşamasında katılım göstermesi gerekmektedir.
- Belirlenen sağlık hizmetlerinin topluma sunulmasında tüm sektörlerin işbirliği sağlaması esas alınmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin topluma, toplumun kabul göreceği şekilde bir bütün olarak sunulması gerekmektedir.
- Ekip anlayışı benimsenmeli ve hekim haricinde diğer çalışanların da seçimine önem verilmeli ve hatta gerektiğinde öncelik tanınması gerekmektedir.
- Tüm aşamalarda topluma sunulan hizmetin ülkede bulunan en uygun teknolojik yöntemlere göre olması gerekmektedir.

Toplumların sağlık düzeyi birçok değişik unsurdan etkilenmektedir. Bu unsurların erken ölüm, bedensel veya ruhsal hastalıklarla yakından bağlantısı bulunmaktadır. Söz konusu etkenler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (11):

- Biyolojik özellikler (yaş, cinsiyet, genetik, beslenme),
- Fiziksel ortam özellikleri (hava, su, ekosistem, barınma koşulları, çalışma koşulları, gürültü, kamu güvenliği, katı atıklar),
- Sosyal ortam özellikleri (sosyo-ekonomik durum, eğitim, erken çocukluk dönemi, yaşam biçimi, çocuk yetiştirme normları, işsizlik, sosyal destek, kültürel yapı, sosyal dışlanma, sosyal kontrol),
- Sağlık hizmetleri, eğitim ve sosyal hizmetler.

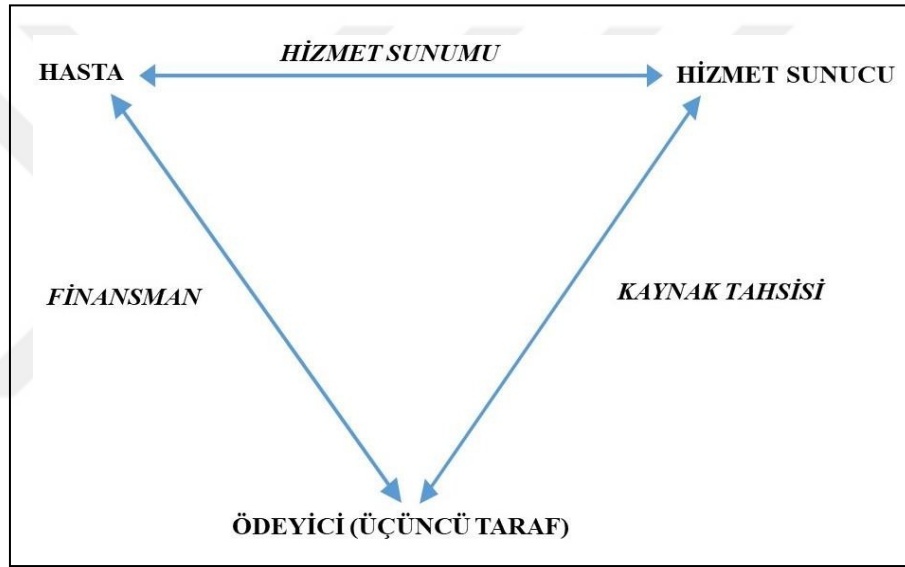


Şekil 3. Toplum Sağlığını Etkileyen Faktörler (11)

Günümüzde rekabete dayalı olan sağlık sektöründe başarılı ve iktidarlı bir duruş sergilemek hasta doyumunu sağlayabilen kaliteli bir sağlık hizmeti sunmaya dayanmaktadır. Bu doğrultuda bireylerin de bir arada ve toplum içerisinde hayatlarını sürdürebilmeleri için yerine getirmeleri gereken şartların en başında sağlıklı yaşam koşullarına uyum sağlama zorunluluklarından söz etmek gerekmektedir (1).

2.1.1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Sağlık hizmeti, insan hayatını doğrudan etkileyebilen, acil, ertelenemeyen, hata kabul etmeyen, çok boyutlu, çok bileşenli, sürekli bir hizmet çeşididir (6). İngilizce'de "Health Services" olarak karşılık bulan sağlık hizmetleri, diğer tüketim mal ve hizmetlerinden, özellikleri nedeni ile farklılaşmıştır (1). Diğer hizmet ve mal piyasaları incelendiğinde, hizmeti-malı arz edenlerle talep edenler arasındaki ilişkiye kıyasla sağlık hizmetleri çok daha karmaşık bir yapıdadır.



Şekil 4. Sağlık Hizmetleri Üçgeni (6)

Sağlık hizmetleri, talep ve sunumdaki belirsizlikler ve bilgi asimetrisi (hizmeti alan ve talep eden arasındaki bilgi seviyesi farkı) nedeniyle üçüncü taraflara daha sık ihtiyaç duyulan bir sistem olup, sağlık sistemi modellerinde üçüncü taraf olarak genelde sigortalar gösterilmekte, finansman ve hastalık riskleri yönetiminde sorumluluğu paylaşmaları düşünülmektedir (6).

Ülkelerin gelişmişlik ve refah seviyesini arttırabilen sağlık hizmetleri faaliyetleri kamu ve özel kurum ve kuruluşlarca yerine getirilmektedir. Türkiye'de de diğer birçok

ülkede olduğu gibi kamu ve özel kaynakların birlikte kullanıldığı finansman modeli benimsenmiştir (12).

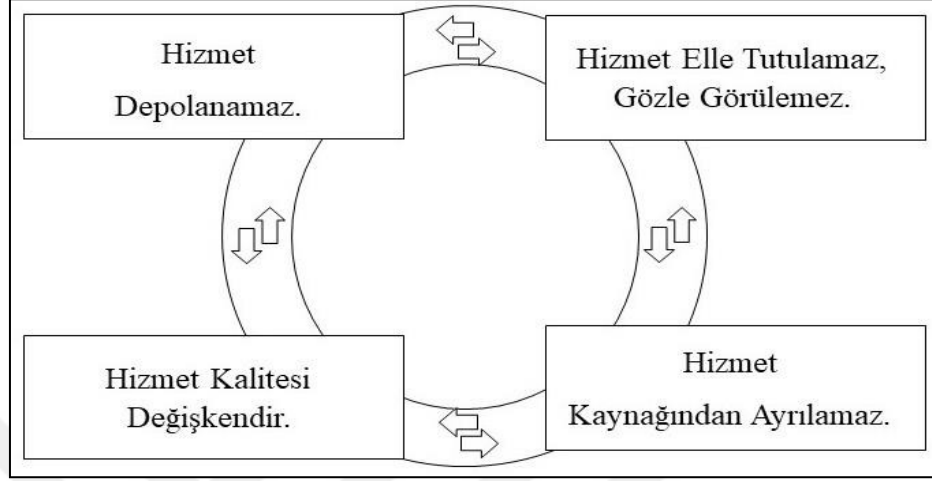
Tablo 1. Finansman Modelleri (13)

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Birleşik Krallık	Almanya	Birleşik Amerika
Karar Verme Mekanizması	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta Fonu ve hekim birlikleri tarafından karar	Özel girişimcilik ilkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Sağlık Hizmet Sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Türkiye’de sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 16/6/2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (14). Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta olarak tanımlanan Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile 1/1/2012 tarihinden başlayarak, kapsam dışı olarak adlandırılan banka sandıkları mensupları hükümlü tutuklular, yurt dışından sağlık hizmeti alma hakkı olanlar hariç olmak üzere Türkiye’de ikamet eden herkes zorunlu olarak sigorta kapsamına alınmıştır (15).

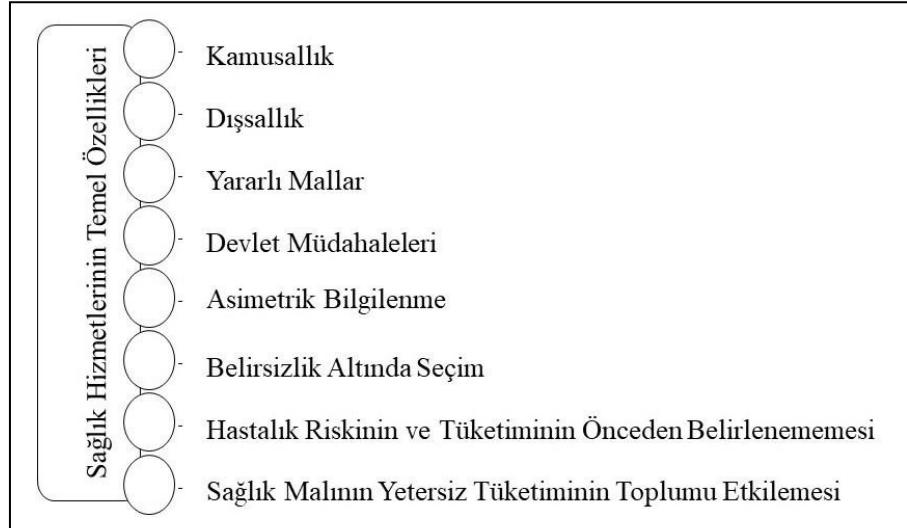
Genel Sağlık Sigortası bütün Türk vatandaşları için zorunludur ve bu sistemde sağlık hizmetlerinin finansmanı SGK tarafından yönetilmekte ve sağlanmaktadır (16). Sigortanın gelirleri; sosyal sigorta primleri, vergiler, devlet katkısı, cepten harcamalar ve isteğe bağlı sağlık sigortası primlerinden teşkil edilmektedir (17).

Sağlık hizmetleri birçok özelliği ile diğer sektörlerin hizmetlerinden ayrılmaktadır. Hizmet sektörlerinde hizmetin, hizmeti maldan ayıran ortak özellikleri Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. Hizmet Özellikleri (6)

Sağlık hizmetleri birçok özelliği ile diğer sektörlerin hizmetlerinden ayrılmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin bazı nitelikleri Şekil 6'da özetlenmiştir(18):



Şekil 6. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri tüketildiğinde topluma dışsal yarar sağlamakla birlikte hizmeti gören bireylere de özel faydalar sunması bakımından yarı kamusal olarak

nitelendirilir. Günümüzde bireysel ve toplumsal sağlık arasında doğrusal ilişki bulunduğu bilincinin güçlenmesiyle birlikte, artık sağlık hizmetlerinden yararlanmak temel insan hakkı olarak kabul görmekte ve devlet politikalarında daha geniş yer edinmektedir. Bu devlet müdahaleleri, sağlık sisteminin daha kaliteli olmasına, hizmet sunumunun daha etkin ve verimli sağlanmasına yardımcı olmaktadır (6).

Sağlık sektöründe tüketilen mallar dışsal fayda sağlamaları açısından da diğer mallar ile kıyaslanamaz. Devletin aşılama, yeterli ve dengeli beslenme, koruma ve tarama programları gibi konularda halkı teşvik ettiği, hizmet sağladığı, hatta tüketime zorladığı mallar yararlı mallar olarak gösterilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ya da tüketiminde yetersizlik olması durumunda bundan yalnızca bireyler değil tüm toplum etkilenmektedir. Sağlık hizmeti tüketimi çoğunlukla önceden belirlenmemektedir. Sağlık hizmetinin gerekebileceği durumlarda, sunulan hizmette mekan ve süreç açısından belirsizlik bulunmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin planlanma ve talep tahmini aşamasında zorluklarla karşılaşabilmektedir (6).

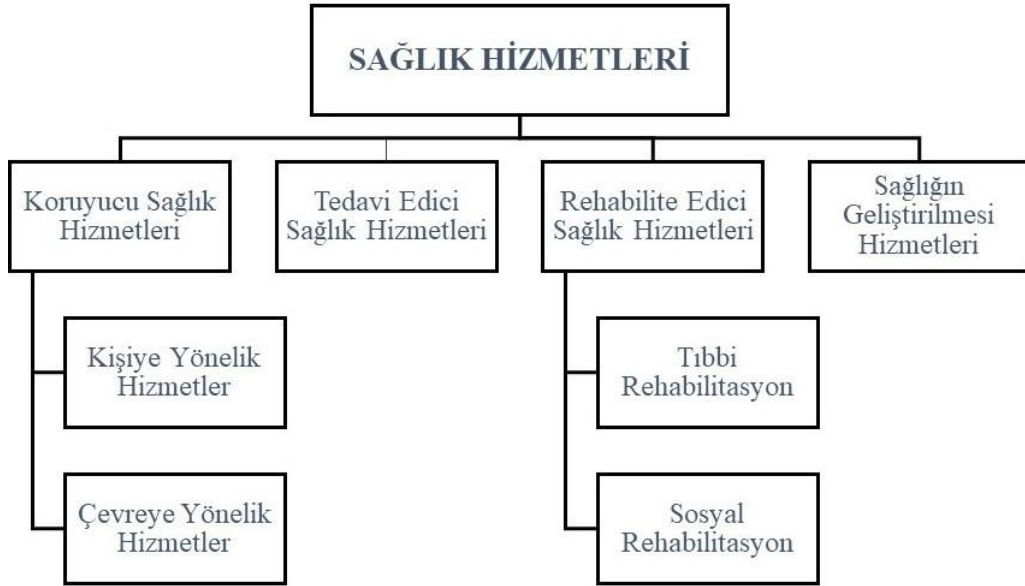
Sağlık hizmeti alan bireyler, aldıkları hizmetin maliyeti ve kalitesi hakkında çok kısıtlı bilgiye sahiplerdir. Örneğin, hasta memnuniyeti, bireyin kendisine sunulan sağlık hizmeti ve yapılan işlemler sonrasında iyileşme durumunu gözlemlemesi ile oluşmaktadır. Oysa yapılan işlemlerin teknik kalitesi başta olmak üzere, sunulan hizmet açısından yeterli bilgiye sahip değildir. Dolayısıyla, hasta bireylerin alacağı hizmetlerde, belirsizlik koşullarına dayalı olarak tercihlerin gerçekleşme mecburiyeti bulunmaktadır (18).

2.1.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlıklı bir toplum her daim kişilerin mevcut hastalık durumunun tedavisi ve olası hastalıkların önlenmesi ile elde edilebilmektedir. Cari ve yatırım harcamaları

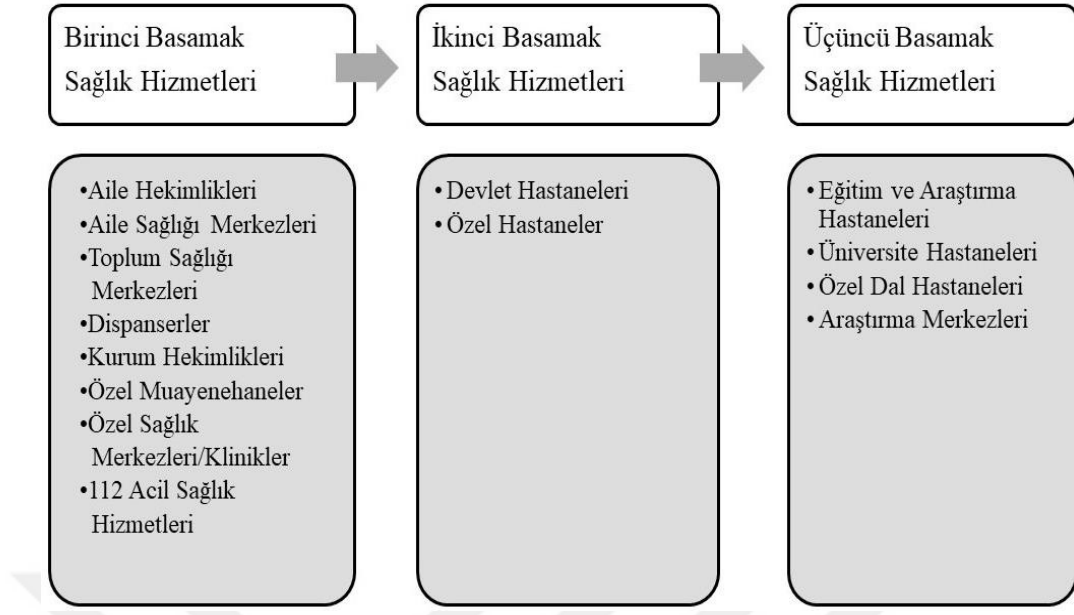
özelliğiyle kamu harcamalarında yer alan sağlık hizmetleri, ülkelerin kalkınma sürecinde ve refah seviyesinin artmasında çok boyutlu ve kompleks bir hizmet zinciri olarak büyük önem taşımaktadır. Geniş kapsamlı faaliyetler içeren sağlık hizmetleri, çok sektörlü değişik kamu ve özel örgütleri tarafından sağlanmaktadır (6).

Sağlık hizmetleri sunum şekline, talebe ve veriliş amacına göre üç ana başlıkta sınıflandırılabilir. Sağlık hizmetinin kişiyi veya toplumu kapsamı açısından değerlendirilmesi talebe göre, ayaktan veya sevk zinciri yönteminin hangisinin kullanıldığının değerlendirilmesi durumunda ise sunum şekline göre başlıkları kullanılır (1). Sunum amacına göre ise; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört kategoride sınıflandırılmaktadır (Şekil 7).



Şekil 7. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından vatandaşlara sunulan sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere Şekil 8’de görüldüğü gibi tanımlanmıştır. (19)



Şekil 8. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu (17)

Koruyucu sağlık hizmetleri, çeşitli hastalıklara yönelik önleyici hizmetleri kapsamaktadır. Bireylere sağlanan koruyucu sağlık hizmetleri neticesinde elde edilen yararlar, tüm toplumu doğrudan etkilemektedir. Sunulan hizmetlerin sosyal menfaatleri, bireysel faydasından daha fazla ağırlık taşımaktadır (20).

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak iki grupta incelenebilmektedir. Çevre sağlığı hizmetleri olarak tanımlanan hizmetlerde, çevre sağlığı açısından olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenlerin ortadan kaldırılması veya bireylerin etkilenmemesi sağlanarak, yeterlilik taşıyan bir çevre oluşturmak amaçlanmaktadır. Bu hizmetler, bu hususta eğitimli meslek mensupları tarafından gerçekleştirilmektedir (21). Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde ise, bağışıklama, düzenli beslenme, hijyen, spor, hastalıklarda erken tanı ve tedavi benzeri sağlık eğitimleri ele alınmaktadır (22). Hastalıkların ortaya çıkmasından önce koruma amaçlı topluma sağlanan bu hizmetler, karşılaşılabilecek hastalıkları önlemek ve sağlık düzeyini arttırmak için en etkili çözümlerden birini teşkil etmektedir (23).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin 6zellikleri aşağıda 6zetlenmiştir (24).

- Tedavi edici sağlık hizmetlerine nazaran daha az maliyet içermektedir.
- Daha gcl tesir ve 6nceliğe sahiptir.
- Büyük yatırımlar, araç ve gereç gerektirmemektedir.
- Tedavi edici sağlık hizmetlerinin yükünü azaltmaktadır.
- Sağlıklı yaşam bilincini geliştirmektedir.
- Daha basit bir sunum ve uygulama biçimine sahiptir.

Günümüzde sadece toplumda bulunan hasta vakaların bireysel olarak tedavi edilmesinin, toplumun sağlık düzeyinin artmasında yeterli katkıyı sağlayamayacağı dşnlmektedir. Dolayısıyla, sağlığın ve ilişkin hizmetlerin bir bütün olarak ele alınması, daha az maliyet içeren koruyucu sağlık hizmetlerine daha büyük ehemmiyet ve üstünlük verilmesi gerekmektedir (25). Ülkelerin gelişim düzeyine bağlı olarak s6z konusu hizmetlerin etkinliği de artış g6stermektedir (19).

Bireylerde ortaya çıkan hastalık belirtilerinin ardından hastaya sunulan kontrol ve tedaviye y6nelik uygulamalar tedavi edici sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, yataklı tedavi, evde bakım veya ayakta tedavi uygulamalarını kapsamaktadır. Yataklı tedavi hizmetleri en yüksek maliyet içeren hizmetler grubunda yer almaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, en basit ayakta tedavi işlemlerinden modern st müracaat hastanelerine kadar uzanan geniş bir uygulama yelpazesini kapsamaktadır. Bu hizmetler, genelde bireylerin karşılaştıkları rahatsızlıklar nedeniyle sağlık merkezlerine başvurmaları ile ortaya çıkar (26). Bu grupta yer alan hizmetler, koruyucu amaçlı hizmetlere kıyasla daha gcl ve organize işlevler gerektirmekle birlikte, fiziki olanaklar, kıdemli sağlık personeli, finansman ve gcl y6netim benzeri birçok yüksek maliyetli boyutları bulunmaktadır (19).

Türkiye’de tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda koruyucu amaçlı hizmetlere nazaran daha fazla ilerleme sağlanmıştır. Ancak yukarıda da belirtildiği gibi, toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi için aslında koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana alınması gerekmektedir (27).

Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesini ve sağlığı olumsuz etkileyecek etkenlerin ortadan kaldırılmasını içeren ve toplumun tamamına ilişkin koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından karşılıksız olarak temin edilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, bireylerde sağlığın bozulmasıyla ortaya çıktığında sunulan muayene, teşhis ve tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Bu tür sağlık hizmetlerinde tüm uygulanan önlemlere rağmen karşılaşılabilecek hastalık durumlarına karşı, erken tanı, hızlı ve etkin tedavi ile birlikte hastanın en kısa sürede sağlığını geri kazanabilmesi amaçlanmaktadır (12).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumu ülkenin Sağlık Bakanlığı, diğer bakanlıklar (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı) üniversiteler ve diğer özel kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu tür sağlık hizmetlerinin finansmanına bireyler kısmen veya tamamen katılmaktadır (12).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, bireylerde rastlanan rahatsızlıklar veya kaza sonucu ortaya çıkan kalıcı bozukluk ve sakatlıkların günlük yaşantılarına olan etkisini en düşük düzeeye indirmek için sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Rehabilite edici sağlık hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Dolayısıyla, sağlanan bu tür hizmetler neticesinde bireylere, bedensel ve ruhsal bakımdan kimseye bağımlı olmadan hayatlarını sürdürmeleri ve ortamlara daha kolay uyum sağlamaları imkanı yaratmak amaçlanmaktadır (8).

Sağlığın geliştirilmesi kapsamında yer alan sağlık hizmetleri, bireylerin genel sağlık seviyesinin arttırılmasını hızlandırma amaçlı hizmetleri tanımlamaktadır. Halkın sağlık eğitimini, toplumun kalkınmasını, sosyolojik, ekonomik ve çevresel açıdan şartların geliştirilmesi faaliyetlerini içerir (27). Bu tür sağlık hizmetlerinde insan sağlığının geliştirilmesi kapsamında, fiziksel ve zihinsel sağlığın, yaşam kalitesi ve süresinin arttırılması amaçlanmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, geniş bir hizmet yelpazesini teşkil etmektedir ve sağlık eğitiminden farklılık taşımaktadır. Sağlık eğitimi tek başına dar kapsamlı olmakla birlikte, insanların sağlığını hedef alır ve gereken bilgi aktarımı ile bu hususta bilinç düzeyinin artmasına hizmet eder. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise, insan sağlık düzeyinin arttırılması, içinde buldukları ortamın, ulusal ve uluslararası kapsamda politik ve sosyal yapının geliştirilmesini amaçlamaktadır. Bu tür sağlık hizmetleri, sağlık örgütlerinin sorumluluğunun ötesinde gerçekleşmektedir. Bu doğrultuda, tüm özel-kamu örgüt ve organizasyonların ulusal ve uluslararası düzeyde tanımlanmış görevleri bulunmaktadır (28).

Sağlık hizmetlerinin ilerlemesi ve gelecekteki durumunun belirlenmesi için koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin arasındaki farklılıkların güçlü şekilde vurgulanması gerekmektedir. Tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetlerin yetersiz sağlanmasına dayalı olarak meydana gelen sonuçları ortadan kaldırmak için uygulanan hizmetler bütününe kapsamaktadır. Dolayısıyla, toplumun sağlığı için, temiz içme su temini, bağışıklama, düzgün ve yeterli beslenme, sağlıklı yaşam davranışlarının özendirilmesi gibi gerekli hususlar göz ardı edildiği durumlarda, sağlık problemleri ve hastalıklar toplum arasında yaygınlaşmaya başlayacaktır.

Tüm bu temel sağlık hizmetlerinin sunumu kentsel ve kırsal bölgelerde eşit olarak gerçekleşmemektedir. Kırsal bölgelerde bu hizmetlerin sağlanması bazı etkenlerden

olumsuz olarak etkilenmektedir. Uzaklık, sağlık kurum ve personelinin yetersizliği bu etkenlerden yalnızca birkaçıdır. Bu durum kırsal kesimlerde temel sağlık hizmetlerinin daha çok koruyucu, önleyici hizmetler kapsamında gerçekleşmesine vesile olurken kentsel bölgelerde koruyucu hizmetlerden ziyade, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmektedir.

Sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesi topluma sunulan çeşitli sağlık hizmetlerinin ötesinde, ülkelerin tüm sektörel yapılarının politikalarını değişik düzeylerde etkilemektedir (8). Bu tür hizmetlerin politikasında, mevzuat, mali önlemler, vergilendirme ve kurumsal değişim gibi tamamlayıcı yaklaşımlar yer almaktadır. Ayrıca, sağlığın hakkaniyet ilkesini güçlendiren bu sağlık politikaları, genel gelir ve sosyal politikaları da yönlendirmektedir. Bu hizmetler bütününde, daha güvenli ve sağlıklı bir mal veya hizmet sunumu, daha sağlıklı düzeyde kamusal hizmetlerin sağlanması ve daha temiz ve zevkli bir yaşam ortamının sağlanmasında önemli ölçüde katkıda bulunmak amaçlanmaktadır (29). Sağlığı geliştirme politikaları Şekil 9’da özetlenmiştir.



Şekil 9. Sağlığın Geliştirilmesi Politikalarının Unsurları (29)

2.2. Acil Sağlık Hizmetleri

İnsanlar buldukları sosyal konum ve iktisadi durumdan bağımsız olarak karşılaştıkları acil sağlık problemlerinde, oldukça hızlı ulaşabildikleri bir profesyonel sağlık ekibinin müdahalesine ihtiyaç duymaktadır (30). Acil sağlık hizmetleri sunumunda, insanların beklenmedik hastalık veya yaralanma gibi sağlık problemleriyle karşılaştıkları zamanda, onlara en hızlı ve etkili biçimde müdahale edilmesiyle, vakaların sakatlık veya ölümlü sonuçlanma olasılığının düşürülmesi hedeflenmektedir (31).

Acil sağlık hizmetleri, ani olarak meydana gelen hastalık veya kaza sonucu sağlık problemi yaşayan kişiye mümkün olan en kısa sürede ulaşır, olay yerinde, gerekli araç-gereç, tıbbi cihaz ve malzeme kullanılarak, eğitimli personel tarafından sunulan hizmetlerin bütünüdür. Acil müdahale gereken olaylarda hizmet sunumu, hastane acil servis, hastane yoğun bakım veya hastane dışı ambulanslar gibi değişik organlar tarafından yapılabilmektedir (32).

Dünyada gelişmiş ülkelerde ulusal kapsamda acil sağlık sistemleri başarılı bir biçimde faaliyet göstermekte ve insan hayatına verilen büyük değer doğrultusunda uygulamalar güçlü adımlarla yürütülmektedir. Bu dizin hizmetlerin sunumu sürecinde yaşanacak herhangi bir aksaklık, diğer hizmet zincirlerinin unsurlarını doğrudan etkilemektedir. Bundan kaynaklı, söz konusu hizmet zincirinin ilk halkası olarak hastane öncesi acil sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Meydana gelen herhangi beklenmedik hastalık, sakatlık, şiddete maruz kalma ve afet gibi durumlarda, bireylerin hayatta kalma şansını arttırabilmek, olası komplikasyonları önlemek ve hatta iyileşme süreçlerini hızlandırabilmek bakımından hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin etkin uygulanması gerekmektedir (31).

2.2.1. Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi

İnsanoğlu çok eski çağlardan beri yaralılara müdahale etmeye, acil yardıma ihtiyaı olan bireyler için çözümler üretmeye çalışmıştır. 5000 yıl önce Mısır medeniyetlerinde acil tıp girişimleri uygulanmış; eski Yunan ve Roma uygarlıklarında yaralıların taşınması için çeşitli uygulamalar yapılmış; in ve Hint medeniyetlerinde acil yardıma ihtiyaı olanları tedavi etme çabaları söz konusu olmuştur. 11. yüzyılda Haçlı seferleri sırasında yaralılar savaş alanından uzaklaştırılmış ve tedavi edilmeye çalışılmıştır. Tarihte, günümüz acil kurtarma araçları benzeri bir uygulamayı ilk kez İşpanyol'lar Malaga kuşatması sırasında atların çektiği arabalarla yapmışlardır.

18. yüzyılda Fransa'da ilk defa askeri tıbbi birlik organize edilmiş, ilk ambulans birlikleri, ilk sivil ambulans servis hizmeti, ilk tam gün süreli ambulans hizmetleri de Londra'da 19. yüzyılda verilmeye başlanmıştır. 1960 yıllarının sonuna doğru ABD ve Fransa 'da acil sağlık hizmeti veren araçlarda doktor dışı sağlık personeli ve doktorların hizmet vermeye başlamasıyla daha etkin ve verimli hizmet sunulmaya başlanmıştır (33).

Tarihte ilk yardım uygulamaları daha çok savaş alanlarındaki hasta ve yaralıları kapsamaktadır. İşvireli Jean Henry Dunant, Solferino'da yapılan savaşta bizzat bulunması ve yaralılara yapılan müdahale çabalarının yetersizliğini gözlemleyip eserinde anlatması ve çözüm önerilerine yer vermesi ile dikkat çekmiş, Avrupa'da birçok farklı mecrada, nerileri gereklilik olarak görülmüştür. Bu önerilerin tartışılabilmesi için Cenevre Kongresi düzenlenmiş ve bu kongrenin çıktılarıyla 1864 yılında Cenevre Sözleşmesi imzalanmıştır (34). 1864'ten 1949'a kadar dört Cenevre Sözleşmesi mevcuttur ve savaş esnasında karada, denizde, hasta ve yaralıların durumlarının iyileştirilmesi, savaşta esir düşenlere yapılacak muamele ve savaş esnasındaki sivillerin korunması ile ilgili hususlar sözleşmelerin konularını oluşturmuştur (35).

2.2.2. Türkiye'de acil sağlık hizmetleri

Acil sağlık hizmetleri sunumunda tüm dünyada çeşitli modeller uygulanmaktadır. Anglo-Amerikan modelinde hastayı en hızlı ve güvenli bir biçimde hastaneye ulaştırmak asıl amaç iken, Franko-German modelinde hastane imkanları vaka yerine ulaştırılmaya çalışılır. İki modelin de avantaj ve dezavantajları söz konusudur. Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri sunumu Anglo Amerikan model ile daha fazla uyuşmaktadır. Hastayı ileri tetkik ve tedavi için zaman kaybını en aza indirerek, donanımlı bir araç ile en yakın sağlık kuruluşuna götürmek amaçlanmaktadır (36). Ancak günümüzde, Türkiye de dahil olmak üzere ülkeler, genelde tek bir modeli benimsemek yerine daha etkin ve verimli olabilmek adına vaka bazlı uygulama ve yaklaşımlarla hizmet sunumunu gerçekleştirmektedirler (37).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde 1871 yılında halkın sağlık durumunun kontrolü ve tedavisi için tabipler görevlendirilmişti. Yaralı ve hasta askerlere yardım için de atlı ambulanslar kullanılmaktaydı. Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin Cumhuriyet sonrası gelişimi, bu anlamda ilk yasal düzenleme olan 1930 yılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile yerel yönetimlere Tıbbi İmdat ve Yardım Teşkilatı kurulma görevinin verilmesi ile başlamış, gezici acil yardım araçlarının hizmet sunmaya başlaması 1985 yılını bulmuştur. 1986 yılında '077 Hızır Acil Servis' hizmeti verilmeye başlanmış, 1990'lı yılların başında ilk Acil Tıp Anabilim Dalı, Dokuz Eylül niversitesi'nde kurulmuştur. 1993 yılında yine Dokuz Eylül niversitesi'nde ilk paramedik programı açılmıştır. 1994 yılında 112 Acil Yardım ve Kurtarma Merkezleri kurulmuş, 2000 ve 2001 yıllarında hem acil sağlık hizmetleri, hem de ambulans hizmetleri ile ilgili yönetmelikler yayınlanmıştır. Ayrıca 2009 yılında doktor dışı acil sağlık çalışanlarının çalışma esaslarına ilişkin tebliğ yayınlanmıştır (36).

Türkiye'de acil sağlık hizmetleri, 11.05.2000 tarih ve 24046 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde

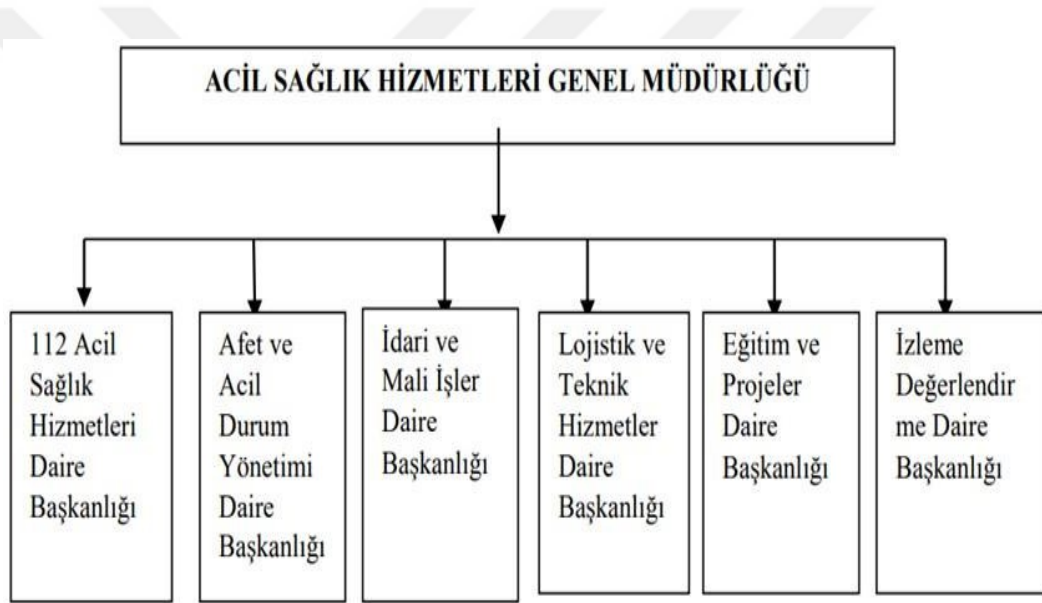
"sağlık konusunda eğitim görmüş sağlık ekipleri tarafından, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden erken dönemde, tıbbî araç ve gereç desteği ile sunulan hizmetler" olarak tanımlanmıştır (4).

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde, acil sağlık hizmetlerinin ülke genelinde, kesintisiz olarak, bir ekip anlayışı içinde yürütülmesinin ve kısa zamanda ulaşılabilir olmasının esas olduğu; bu kapsamda Bakanlığın koordinasyonunda kamu veya özel bütün kurum ve kuruluşların iştiraki ile tek merkezden yönetilmesini sağlamanın amaçlandığı ifade edilerek, ülke düzeyinde acil sağlık hizmetlerinin yönetiminden Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün sorumlu olduğu; acil sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere Bakanlıkça Acil Sağlık Hizmetleri Danışma Kurulu ve acil sağlık hizmetlerinin ülke genelinde eşgüdüm içerisinde ve aynı standartlarda sunulması amacıyla çalışma yapmak üzere Acil Sağlık Hizmetleri Bölge Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi oluşturulduğu belirtilmiştir.

Aynı yönetmelik ile, illerde acil sağlık hizmetlerinin, İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü tarafından denetlenip koordine edileceği; ildeki tüm ambulans hizmetlerini koordine eden, Bakanlık ve kendisine bağlı diğer ambulanslarla hizmeti sunan başhekimlik, merkez ve istasyonlardan oluşan İl Ambulans Servisi'nin sevk ve idaresinin İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından yürütüleceği; olağandışı durumlarda, lüzumu halinde bütün kamu kurum ve kuruluşlarına, özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait ambulans ve ekiplerin sevk ve idaresinin Başhekimlik tarafından yapılacağı; il genelinde acil sağlık hizmeti ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyon ve işbirliğini sağlamak üzere İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) kurulduğu karara bağlanmıştır (4).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında acil sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısı 2011 yılında yeniden şekillendirilmiştir (30). 11.10.2011 tarih ve 663 sayılı

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 9. maddesine dayanılarak hazırlanan Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge ile, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak görev yapmakta olan Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, olağanüstü durumlarda yapılması gereken acil sağlık hizmetlerinin ülke genelinde planlanması, organizasyonu ve uygulanmasından sorumludur. Bu yönerge ile, Genel Müdürlüğe bağlı Afet ve Acil Durum Yönetimi, 112 Acil Sağlık Hizmetleri, İdari ve Mali İşler, Eğitim ve Projeler, Lojistik ve Teknik Hizmetler ve İzleme Değerlendirme Daire Başkanlıkları oluşturulmuştur (38). Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü teşkilat yapısı Şekil 10'da gösterilmiştir.



Şekil 10. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Merkez Teşkilat Şeması (37)

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre, illerde faaliyet gösteren bütün acil sağlık hizmet birimleri ve hizmetle ilgili diğer birimlerin sundukları hizmet açısından İl Sağlık Müdürlüğü'ne karşı sorumludur. İllerdeki temel hizmet birimleri, Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü ve İl Ambulans Servisi Başhekimliği olarak belirlenmiştir.

2.2.2.1. Acil sağlık hizmetleri Şube m¼d¼rl¼đ¼

Acil Sağlık Hizmetleri Şube M¼d¼rl¼đ¼, İl Sağlık M¼d¼rl¼đ¼ adına aşağıdaki g¼revleri yerine getirir:

- İl d¼zeyindeki acil sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmaları planlamak ve koordine etmek;
- İldeki t¼m ambulansların ruhsatlandırma ve denetimini yapmak;
- Hastane acil servislerini koordine etmek ve denetlemek;
- İl d¼zeyinde ilkyardım eğitimlerinin verilmesini organize etmek ve bununla ilgili ilkyardım eğitim merkezlerinin ruhsatlandırılması ve denetimini yapmak;
- İl sağlık afet planlarının hazırlanması ve uygulanmasının koordinasyonunu sağlamak;
- İldeki acil sağlık hizmetleri ile ilgili t¼m verileri toplamak ve değerlendirmek (4).

2.2.2.2. İl ambulans servisi başhekimliği

Ambulans hizmetlerinin ¼rg¼tlenmesi, y¼nlendirilmesi, uygulanması ve incelenmesi il d¼zeyinde gerçekleşmektedir. İl Ambulans Servisi Başhekimliği, Komuta Kontrol Merkezi'nin de içinde olduğu, kendisine ait binası ve personeli olan birimdir.

İl Ambulans Servisi Başhekimliği'nin g¼revleri Şunlardır (40,4):

- Acil sağlık hizmet sunumu zincirinde g¼rev alan t¼m kurum/kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlamak.
- Merkez ve istasyonlar ile ambulans servisinin b¼t¼n ¼gelerini ve çalıŐanlarını sevk ve idare eder.
- Çalışanların eğitimlerini organize etmek.

- Hizmetin sürdürülebilir ve geliştirilebilir olması için ihtiyaç duyulan eğitimli ve yetkin personelin istihdamı, yer tahsisi, araç ve gereçlerin temini ve finansmanı gibi konularda planlama ve organizasyon yapmak
- İlin coğrafi ve iklim özellikleri, nüfus yoğunluğu, kaza/yaralanma vaka sıklığı gibi özelliklerini gözetererek yeterli sayıda ve yeterli donanıma sahip kara, hava ve deniz ambulansları ile acil sağlık araçları ve hizmet araçlarını bulundurmak,
- Verilen tüm hizmetlerin kaydını tutmak ve çeşitli istatistikler elde etmek.

2.2.2.3. 112 Komuta kontrol merkezi

İl Ambulans Servisi Başhekimliği'ne bağlı olarak çalışan Komuta Kontrol Merkezi (KKM), hizmet sunulacak hedef kitle yoğunluğu, acil yardım talebi sıklığı, bölgedeki istasyon sayısı ve diğer bölgesel nitelikler göz önünde bulundurulacak şekilde, yeterli personel, teknik donanım ve yazılım alt yapısı beraberinde, deprem ve diğer afet durumlarına dayanıklı uygun fiziki yapılarda kurulmaktadır.

Bu merkezlerin yerleşiminde genellikle aşağıda verilen hususlar dikkate alınmaktadır:

- İlin merkezi konumunda yerleşmesi,
- Rahat ve hızlı ulaşım,
- Sorunsuz ve kolay iletişim sağlanabilmesi,
- Güvenlik açısından kolluk kuvvetlerine yakın olması (41).

Birçok ülkede 'acil çağrı merkezi' olarak tanımlanan bu merkezler ile ildeki mevcut bütün ambulansların yönetimi, başka çağrı merkezleriyle, hastane acil servis ve yoğun bakımları ile iletişimin sürekliliği; ihtiyaç duyulduğunda bölgede bulunan diğer merkezlerle teknik donanım ve iletişim alt yapısı paylaşımı yapılması; iller arası

hasta transferi, beklenmedik durumlarda bölgesel organizasyon ve yönetimi sağlanabilmektedir (40).

KKM, herhangi olağan dışı bir durumda, Başbakanlık Kriz Merkezi, Genelkurmay, jandarma, emniyet, sivil savunma başta olmak üzere diğer organlarla da etkileşimde bulunabilmektedir (42).

KKM'nin görevleri şunlardır (41,4):

- Merkeze ulaşan acil sağlık çağrılarını değerlendirmek, verilmesi gereken hizmeti belirlemek, yeterli sayıda ekibin olay yerine yönlendirmek, sunulan hizmetleri kayıt altına almak, saklamak ve değerlendirmek;
- İl düzeyindeki tüm istasyonların acil yardım, hasta nakil, özel donanımlı kara-hava-deniz ambulans ve diğer hizmet araçlarının sevk ve idaresini sağlamak;
- Hastaneler arası sürekli iletişim ve etkileşim yoluyla, hasta sevkinin en uygun şekilde gerçekleşmesini sağlamak, yoğun bakım başta olmak üzere, kritik hastane yatakları ile personelin takibini yapmak;
- Hizmet sunumunda, hizmete katılım sağlayan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon ve işbirliği sağlamak.
- Olağan dışı durumlar ve afetlerde, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak, olay yerine yeterli araç ve personeli görevlendirmek, gerektiğinde ildeki tüm ambulansları ve özel ambulans servislerini sevk ve idare etmek.

KKM'de, nöbetçi sorumlu hekim, hekim ve çağrı karşılama (ATT, AABT, hemşire) personelinden oluşan bir ekip görev yapmakta, 24 saat aralıksız hizmet akışını sağlayabilmek için, nöbet sistemi esasınca faaliyet göstermektedir. Görevli personelin görev ve sorumlulukları şunlardır (43):

- Nöbetçi sorumlu hekim: Hizmet yoğunluğunun çok olduğu bölgelerde, kesintisiz hizmet sağlayabilmek için nöbet usulünce çalışmak üzere Başhekim tarafından

görevlendirilir. Başhekim veya yardımcısının bulunmadığı durumlarda, hizmet akışını sağlamakla ve olağan dışı durumları yönetmekle görevlidir.

- Hekim (danışman hekim): Gelen acil çağruları ASH gerekliliği bakımından değerlendirir. Acil olmadığına kanaat getirdiği çağrının nasıl yanıtlanması gerektiğinin bildirimini yapmakla da yükümlüdür. Asılsız çağruları reddetme yetkisine sahiptir. Olağan dışı durumlarda, ambulans ekibi vaka yerine ulaşana kadar olay yerinin yönetimini üstlenir. En etkin ve hızlı ulaşımı sağlayabilmek için, bölgesel ulaşım koşullarına hakim olması gerekmektedir.
- Çağrı karşılama personeli (ATT, AABT, hemşire): Kesintisiz hizmet sunumu sağlayabilmek için ilgili alanda eğitilmiş personel ile nöbet sistemi kullanılmaktadır. Gelen çağruları değerlendirmek ve sağlıkla ilgili olanları KMM hekimine yönlendirmekle görevlidir.
- Veri derleme ve değerlendirme memuru: Telsiz ve telefon bildirimleri esasınca, tüm vaka bilgi ve detaylarının kaydedilmesi ile görevlidir.
- Teknik destek elemanı: İstasyonlardaki malzeme ve ilaçların temini ve teknik arızaların giderilmesinden sorumludur.
- Tıbbi sekreter: KKM resmi yazışmalarından sorumlu personeldir.
- Şoför: KKM hizmet araçlarını kullanmakla görevli personeldir.
- Hizmetli: KKM temizlik ve düzeninden sorumlu personeldir.

2.2.2.4. 112 Acil yardım istasyonları

112 Acil Yardım İstasyonları, KKM tarafından incelenen acil çağruların çağın teknolojilerine uygun iletişim araçları ile bildirildiği, aynı zamanda hizmeti sağlayacak uygun personel ve donanımlı ambulansları bulunduran birimlerdir. İstasyonlarda acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş sağlık ekibi ile tıbbi donanımlı ambulanslar görev yapmaktadır. İstasyon ekibi; doktor, hemşire, paramedik, acil tıp teknisyeni ve ambulans sürücüsünden oluşmaktadır (44,4). Bu istasyonlar il sınırları içinde, İl Sağlık Müdürlüğü'nün teklifi ve Valiliğin onayı ile

kurulurlar. Fakat gereklilik hallerinde il sınırları haricinde de Valiliklerin teklifi ve Sağlık Bakanlığı'nın onayıyla istasyon kurulabilmektedir (40,4).

112 Acil Yardım İstasyonlarının yerleri, aşağıdaki kriterlere göre belirlenmektedir (4):

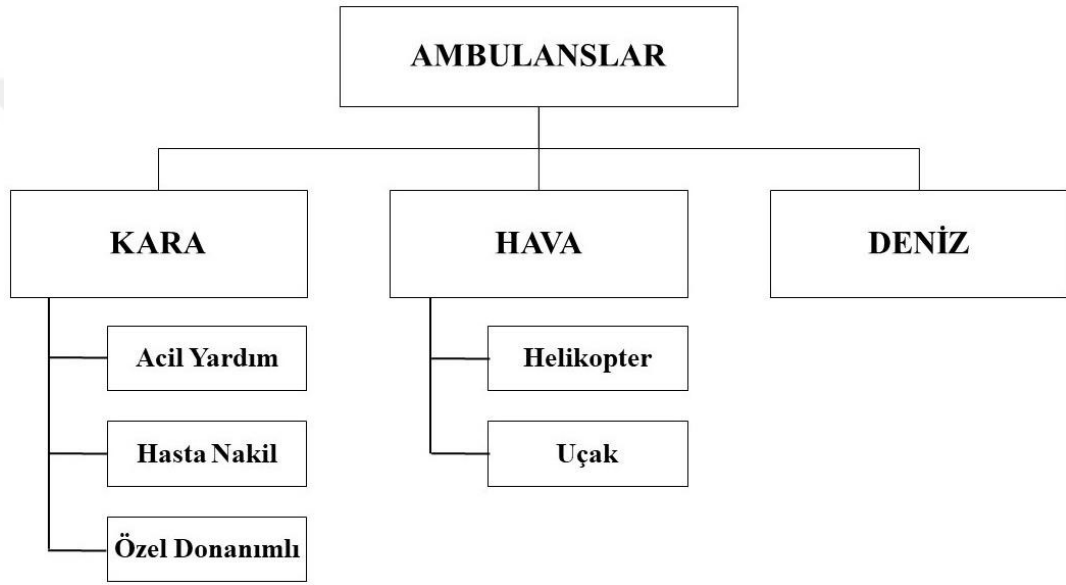
- Hedef hizmet nüfusunun en fazla 50.000 kişi olması,
- Ulaşımın elverişliliği,
- Acil yardım gerektiren olayların sıklığı,
- Trafik ve iş kazaları ile diğer kazaların meydana gelme sıklığı.

112 Acil Yardım İstasyonları, verdikleri hizmete göre üç tiptir:

- A Tipi İstasyon: Her gün ve 24 saat boyunca, aralıksız sadece ambulans hizmeti verilen, gerek duyulan durumlarda birden fazla ekip ve ambulans yönlendirebilecek kapasitesi bulunan, organizasyon şemasında Başhekimliğe bağlı ve kadrolu personeli bulunan istasyonlardır. Açılış ve kapanış işlemleri Bakanlığın onayı ile gerçekleştirilir. Ekip içerisinde hekim bulunanlar A1 tipi, hekim bulunmayanlar A2 tipi istasyon olarak adlandırılmaktadır (4).
- B Tipi İstasyon: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti verilen istasyonlardır. Personel, kadrosu ve özlük hakları bakımından bünyesinde bulunduğu kuruma, ambulans hizmeti bakımından merkeze bağlıdır. Hastane acil servisi ile entegre olanlar B1 tipi, birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise B2 tipi istasyon olarak adlandırılmaktadır (4).
- C Tipi İstasyon: İhtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından Başhekimliğe bağlı istasyonlardır (4).

2.2.2.5. 112 Acil sağlık hizmetleri ambulans ve acil sağlık araçları

Hasta taşımak veya acil durumlarda gerekli müdahaleyi yapabilmek için tasarlanmış medikal ve teknik açıdan donanımlı araçlara ambulans denilmektedir (45). Ambulans sözcüğü Latince hareket halinde olmak, yürümek anlamını taşıyan ambulare sözcüğünden köken almaktadır (35). Ambulansların sınıflandırılması Şekil 11’de gösterilmiştir.



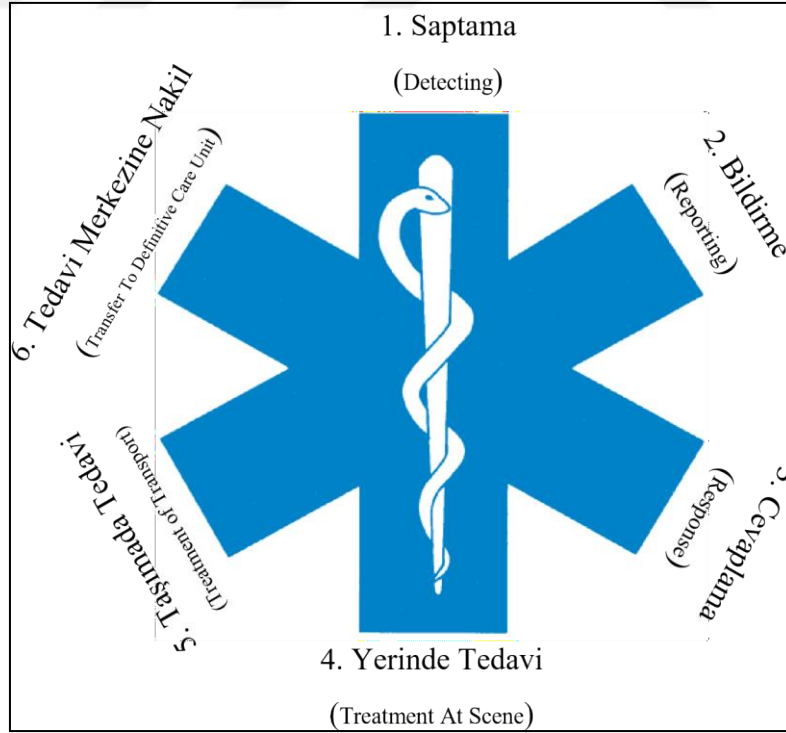
Şekil 11. Ambulansların Sınıflandırılması (43)

Hava ve deniz ambulansları hem acil durumlarda gerekli müdahaleyi yapabilmek, hem de hasta transferi sağlayabilme özelliklerine sahiptir. Kara ambulansları ise vaka aciliyeti sınıflamasına, hasta transferi ihtiyacına ve transfer süresince yoğun bakım ihtiyacı gerekliliğine göre ve yaş, iklim Şartları gibi durumların gerektirdiği Şekilde farklı ve özel donanımlara sahip olabilmektedir. Ambulanslar verecekleri hizmete istinaden mevzuata uygun biçimde doktorlu ve doktorsuz olarak hizmet verebilmektedir (45).

Ambulans dışı acil yardım araçları, ASH sunumunda görev alacak kişileri ve gerekli araç, gereç, malzemeyi mümkün olan en kısa sürede vaka yerine ulaştıran, görsel ve sesli uyarı bulanan, çeşitli iletişim araçlarına sahip araçlardır. Bu araçlar ile hasta transferi yapılmaz. Aracın üzerinde bulunan yazı ve semboller ile aracın hangi sebeple kullanıldığı anlaşılmalıdır (45).

2.2.2.6. 112 Acil sağlık hizmetlerinde hizmet akışı ve işleyişi

112 Acil Sağlık Hizmetlerinin koordine edilmesi ile aşamalarının işleyişi ve akışı açısından, etkili bir yönetim ve organizasyon sağlanması önemlidir (41). Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin aşamaları, ‘Hayat Yıldızı’ (Star of Life) adlı uluslararası bir simge ile ifade edilmektedir. Bu sembolün altı ucunu temsil eden ve hastane öncesi ASH'nin ana kademelerini teşkil eden unsurlar Şekil 12’de gösterilmiştir (42).



Şekil 12. Acil Sağlık Hizmetleri Sembolü (42)

(47). Söz konusu yönetmelik, kamu düzeni ve güvenliği, kişi sağlığı ve güvenliği, toplum sağlığı, su kaynakları ve sulak alanlar ile doğaya yönelik ani tehditler ve mala yönelik zararları içeren durumlara ilişkin her türlü çağrıyı ‘acil çağrı’; ilgili kurumların acil çağrı alındıktan sonra kendi mevzuatları çerçevesinde yürütmekle yükümlü oldukları her türlü yardım hizmeti ise ‘acil yardım hizmeti’ olarak tanımlamaktadır. Yönetmelik kapsamında il genelinde İl Jandarma Komutanlığı, İl Emniyet Müdürlüğü, Belediyeler, İl Sağlık Müdürlüğü ve Valilikçe belirlenen diğer kurumların görev alanına giren acil çağrıları 24 saat sürekli erişim esasına göre karşılamak ve bu hususta gerekli tedbirleri almak üzere 112 Acil Çağrı Merkezi Müdürlüğü kurulmuştur (47).

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği gereğince, KKM’ne ulaşan çağrı, çağrıyı alan hekim tarafından acil sağlık hizmeti gerektirip gerektirmediği yönünde değerlendirilir. Hekim ASH’nin gerekli olmadığına karar verirse, çağrıyı reddetme yetkisine sahiptir. Aynı anda gelen birden fazla çağrı durumunda, merkezdeki mevcut ambulans, donanım ve personel durumu değerlendirilir. Talep edilen ASH’nin sağlanamadığı durumlarda, talebin karşılanması için izlenecek yollar ile ilgili bilginin çağrı başvurusunda bulunan kişiye verilmesi zorunluluk taşımaktadır (4).

KKM, yardım talebinin ulaşmasını takiben mevcut iletişim sistemi ile en kısa süre içinde, talebi uygun ve/veya en yakın birim veya birimleri görevlendirerek yönlendirir. KKM tarafından yönlendirilen birim en kısa sürede olay yerine ulaşarak, merkeze gelen çağrı ve olay yerinde toplanan bilgiler doğrultusunda, acil sağlık yardım hizmetini sunar. Ekibin sağladığı hizmetin yeterli olduğu durumlarda vaka olay yerinde sonlandırılır ve verilen hizmet ayrıntıları merkeze bildirilir (4).

Olay yerinde sağlık ekiplerinin sunduğu hizmetlerin yeterli olamadığı ve hastanın ambulans ile nakline karar verildiği durumlarda, KKM sağlık ekibini en yakın ve vakaya en uygun hizmetleri sağlayabilecek sağlık kuruluşlarına yönlendirir ve gerek duyulduğunda bu servislere nakledilen hastaya ilişkin bilgilendirmeyi sağlar. Ayrıca,

nakil sırasında tıbbi müdahaleye gerek duyulduğunda, uygun kurum ve kuruluşlarla merkez üzerinden iletişim sağlanarak, müdahale en etkili biçimde yapılır (41,4).

Merkezin, sağlık ekiplerinin ilk müdahalesinin ardından, ihtiyaç duyulan tıbbi danışmanlık hizmetini de belli bir süre içinde temin etmesi gerekmektedir. Bu hizmetin en etkili biçimde sağlanabilmesi için, merkezde bulunan sorumlu hekim veya gerektiğinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanelerin ilgili bölümlerindeki uzman hekimlerin desteği alınabilmektedir (41).

Acil Sağlık Hizmetleri, acil yardım gerektiren herhangi bir durumda, KKM yönetimi ile olay yerine en hızlı ve en uygun sağlık ekibinin ve ekipmanların sevk edilmesiyle gerçekleşebilmektedir. Söz konusu koordinasyonun en etkili şekilde sağlanabilmesi için, ASH merkezlerinde, merkezin tüm sağlık birimlerini ve hatta gerektiğinde diğer kuruluşların da hizmet birimlerini yönlendirebilmesi için en kapsamlı iletişim ve haberleşme araçlarının kullanılması gereklidir (4). ASH sunumunda görev alan tüm birimler, istasyonlar, ambulanslar, ekipler sürekli ve etkin bir iletişim ve haberleşme sağlayabilmek için, telefon, telsiz gibi iletişim araçlarından yararlanmaktadır. Tüm kamu ve özel ambulans servislerinin kullandığı telsiz frekansı, KKM'ne bildirilmektedir. Aynı zamanda, tüm ambulanslar, KKM'de bulunan dijital operasyon yönetim sistemine bütünleşmiş bir şekilde, araç takip cihazları ile takip edilmektedir. Hava ve deniz ambulanslarında da ulusal standartlara dayalı haberleşme cihazları kullanılmaktadır (4).

Telsiz sistemlerinde açık, net ve kısa ifadeler kullanılmaktadır. Mevcut değerlendirmelere göre, farklı kurumlardaki veya illerdeki telsiz frekansları ile karışıklıkların meydana geldiği, başta medya muhabirleri olmak üzere farklı birimlerin 112 telsiz haberleşme hatlarını dinleyebildiği ve bundan kaynaklı güvenlik sorunlarının oluştuğu gözlemlenmektedir. Dolayısıyla, daha etkili ve güvenli bir

haberleşme sağlamak için, ilgili kurumlarda dengeli bir frekans dağılımı ve daha güçlü bir altyapı oluşturma gereği öne sürülmektedir (41).

ASH sunan tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşlar KKM'ne periyodik ve aylık raporlama yapmakla yükümlüdürler. Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS) kapsamında Sağlık Bakanlığı ve tüm iller tarafından kabul edilen veri sistemine vakaların girişi yapılarak, güncel kayıtlarla elde olan bilgilere ulaşma olanağı sunulmaktadır (4).

Ulusal kapsamda kabul gören standartlar açısından, herhangi bir olay durumunda ambulans ekiplerinin vaka yerine ulaşım süreleri ile ilgili hedefler belirlenmiştir. Şehir merkezlerinde ve merkeze yakın bölgelerde 10, ulaşım şartlarının daha az elverişli olarak belirlendiği bölgelerde ise 26 dakika gibi bir sürede ihtiyaç sahibine ulaşım beklenmektedir. Aynı bölgede birden fazla ihbar alma olasılığına karşı, iç içe kurulan daireler sistemi ile bölgeler, istasyonlar arasında paylaşılmaktadır.

Türkiye'de yıllık 600.000 acil servis başvurusunun yapıldığı 3. basamak bir hastanede yapılan bir çalışmada 2013 yılı Ocak ayı süresince 112 acil ambulansları tarafından getirilen vakalar araştırılmış, çağrılar yapıldıktan sonraki 1 dakika içinde ambulansların istasyonlardan çıkış yaptıkları ve vakaların %68,3'üne 10 dakikanın altı sürede, %80'ine ise ilk 13 dakikada ulaştıkları ortaya konulmuştur (48).

Dünyada yapılan çalışmalar, acil vakalara ortalama ulaşım sürelerinin Kanada'da 9; Çin'de 5/10 (kırsal/merkez); Hong-Kong'da 12, New York'ta 6,6, Boston'da 5,7-7,9, Seattle'da 4,7-7,5 dakika olduğunu göstermektedir. Henderson ve ark. metropolde vakaların %80'ine 10 dakikada ve altında, kırsalda ise 16 dakika ve altında ulaşılması gerektiğini ifade etmektedir (49). İrlanda'da Breen ve ark. kentsel vakaların % 44'üne 9 dakikanın altında, %81'ine ise 15 dakikanın altında ulaşıldığını (50); Campbell ve

ark. Amerika’da vakaya ulaşma süresinin ortalama 8,2 dakika olduğunu (51) gösterirken, diğer çalışmalarda vakaya ulaşma süresinin vakaların %80’inde 10 dakikanın altında olduğu bildirilmiştir (52,53). Zenginol ve ark. 2006-2008 yılları arasında yaptıkları çalışmada Gaziantep’te vakaya ilk 10 dakikada ulaşma oranının %73,7 ile %79,9 arasında değiştiğini göstermişlerdir (54). Türkiye ve bazı Avrupa ülkelerinde vakaların acillik düzeylerine göre ambulansların ortalama varış süreleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Türkiye ve Bazı Avrupa Ülkelerinde Vakaların Aciliyet Düzeylerine Göre Ambulansların Ortalama Varış Süreleri (36)

Ülke	Ortalama varış süresi (dakika)		
	1. Seviye acil vakalar	2. Seviye acil vakalar	3. Seviye acil vakalar
Türkiye	10	-	-
İspanya	8	20	-
İngiltere	8	8	19
Almanya	5	10	15
Macaristan	15	15	15
Çek Cumhuriyeti	20	20	20

Günümüzde, vatandaşların yaşadıkları ani sağlık sorunlarında en etkili ve hızlı şekilde hizmet verebilmeyi amaçlayan bu çağrı sisteminin insanlara sağladığı kolaylıkların yanı sıra, bazı olumsuzlukları ve hizmet akışında engelleyici durumları da beraberinde getirdiği görülmektedir. Bu kapsamda, aynı olay yerinde, farklı kişiler tarafından çağrıda bulunarak hattın meşgul edilmesi, böylece sistemin kilitlenmesine yol açılması ve hatta asılsız çağrılardan söz etmek gerekmektedir (41). İstatistiklere göre, 2019 yılının 7 ayında, 112 Acil Çağrı Merkezleri’ne toplam 20.936.052 çağrı geldiği belirtilmiştir. Bu çağrılarının 6.989.022’si gerçek çağrılardan oluşurken, çağrılarının %66,6’sı (13.947.030) asılsız çağrı olarak kaydedilmiştir (55).

2.3. Sağlık Sektöründe Çağrı Merkezleri

Organizasyonların karmaşıklığı ve büyüklüğü arttıkça yönetime olan ihtiyaç da aynı ölçüde artmıştır. Sağlık sistemi doğası gereği en karmaşık ve yönetimi en zor sistemlerden biridir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının tıbbi sorumlulukları olduğu kadar sosyal ve iktisadi kaygılar da taşımaları kaçınılmazdır. Bu kurum ve kuruluşlar için sürdürülebilirliği sağlamak adına, hem hizmeti sunacak olan personelin hem de yönetim yapısında yer alacak çalışanların yetkinlikleri ve eğitim durumları son derece önem arz etmektedir. Sağlık yönetimi; sağlığı korumak ve kazanmak için sunulacak tüm hizmetlerin organizasyonu ve amaca hizmet edecek kaynakların da yönetimini kapsamaktadır (56).

Dünyada ticaretin büyüüp gelişmesi ve küreselleşmesiyle rekabetin artması kaçınılmaz olmuştur. Bu rekabette başarılı olmanın yollarından biri maliyet düşürmek ve bir diğeri müşteri memnuniyeti sağlamaktır. Bu iki gerekliliği de aynı anda sağlamak ihtiyacı üzerine doğan bir çözüm ise çağrı merkezleridir. Çağrı merkezleri müşteriyle firmaların ilk buluşma noktası olup, satıştan pazarlamaya, tahsilattan müşteri sorunlarını çözmeye, birçok alanda etkili olmakta; çağrı merkezlerinin büyümesi dünya çapında istihdam olanakları yaratmakta ve kuruldukları coğrafi bölgelerin kalkınmasına katkıda bulunarak toplumsal fayda sağlamaktadır (57). Küresel çağrı merkezleri endüstrisi büyümeye devam ederken çağrı merkezlerinin operasyon yönetimi daha zor ve karmaşık bir hal almaya başlamıştır. Ancak iyi yönetilen çağrı merkezlerinin hizmet sunumuna, müşteri memnuniyet ve sadakatine, satış fırsatlarına olan katkısı da çalışmalarla gösterilmeye devam etmektedir (58).

Çağrı merkezi hizmetleri müşteriler için çoktan sıradan bir hal almış durumdadır ve hatta bu anlamda güçlü işletme ve kurumlar tercih sebebi olmaktadır. Durum sağlık sektöründe de farklı değildir. Özellikle sağlık hizmeti sunan özel kurumların diğer birçok kurum ile rekabet edebilmek ve hizmet alıcılarının sadakatini kazanabilmek

için teknolojik gelişmeleri kullanabilen güçlü alt yapılara sahip olmaları ve sunulan hizmetin kalitesini arttıracak hiçbir unsuru göz ardı etmemeleri gerekmektedir (59).

Teknolojik gelişmeler sağlıkla ilişkili her alanda etkilerini göstermiş ve göstermeye devam etmektedir. Yalnızca tıbbi işlemlerin uygulanmasında sağladığı kolaylıklar yönüyle değil, bilhassa bilgi teknolojilerindeki ilerlemenin hasta ve hizmet sağlayıcılar arasındaki ilişki ihtiyacı bakımından neredeyse devrim yarattığından da söz etmek gerekmektedir. Örneğin; artık birçok hasta kayıtlarına kolayca erişebilmekte, sigorta işlemlerini yönetebilmekte ve tıbbi birçok işlemi araştırabilmektedir. İnternet ve akıllı telefonlar insanların yüz yüze iletişim ihtiyacını giderek daha da azaltmakta ve pazarda yerini almış birçok işletme müşterilerini çeşitli isteklerine yanıt veren bir çağrı yönlendirme sistemi ile karşılamaktadır (59).

Hasta bazında pazar bölümlendirmesi yapıp, tüm dosya bilgilerine anında ulaşarak taleplere cevap vermek; müşterilerin ihtiyaç duyacakları hizmetleri herkesten önce tahmin edip müşteri temsilcisi vasıtası ile hastalara sunmak, etkin yönetilen çağrı merkezleri aracılığıyla gerçekleşebilmektir. Aradığında ismi ile karşılanan, yaptırması gereken kontrolü ya da tetkiki hatırlatılan, kısa sürede ve her an istediği hizmete ulaşabilen bir hastanın mutluluğu hizmet sunumunun sürekliliğini de beraberinde getirmektedir (60).

Amerika'da hastanelerin üçte ikisi çeşitli amaçlarla çağrı merkezleri kullanılmaktadır. Bu çağrı merkezlerinde genellikle uygun hizmet sağlayıcıya, birime, hasta odalarına çağrıları yönlendiren operatörler bulunmaktadır. Faturalama, tahsilat gibi işlemlerin de yapılabildiği daha gelişmiş çağrı merkezlerine sahip hastaneler de mevcuttur. Ayrıca bu çağrı merkezlerinde; hemşire tavsiye hatları, hastalık yönetimi programları, seminerler, sağlıklı yaşam, egzersiz eğitimleri, kurslar gibi sağlıkla ilgili birçok paketin pazarlaması da yapılmaktadır (59).

Güney Teksas kırsalındaki 31 ilçedeki tek üçüncü basamak çocuk hastanesi olan Driscoll Çocuk Hastanesi'nde yapılan çalışmada, mevcut sistemin iş yükünü karşılamakta yetersiz kalması ve hasta/hasta yakını/çalışan mağduriyetlerinin yaşanması üzerine, tüm hasta transfer onay sürecini tamamlamak, transfer ve kabul sürecini başlatmak ve tüm bilgileri doğru şekilde, doğru kişilere ulaştırma sürecini otomatikleştirmek için yalnızca tek telefon numarasını arayarak hastanın transfer edilmesini sağlayabilmek üzere geliştirilen çağrı merkezi komuta altyapısıyla yönetilen bütünleşmiş bir iletişim ağı kurma yaklaşımı sonrasında, 2 ay içinde verimliliğin %20 arttığı tespit edilmiştir (61).

Entegre bir sağlık hizmeti sunum sisteminde ihtiyaca göre çağrı merkezlerinin büyüklükleri değişebilmektedir. Kurumun ve hizmet alıcısının ihtiyaçlarına cevap verebilen güçlü çağrı merkezleri ve bu merkezlerin iyi yönetimi kaliteli hizmet sunumu ve sürdürülebilirlik açısından stratejik önem arz etmektedir. Başarılı yönetimin olmazsa olmazı diğer birçok alanda olduğu gibi etkili iki yönlü iletişimidir. Yönetimsel iletişim daima açık, destekleyici, motive edici ve güçlendirici olmalıdır (59).

Daha etkin hizmet sunabilme ve daha fazla hasta ya da sağlık müşterisine erişebilme açısından çağrı merkezi teknolojilerini kullanmak son derece önemlidir. Çağrı merkezleri birçok hizmet için hizmeti talep edenlerin hizmetin sunulduğu yere gitmek zorunda olmaları durumunu ortadan kaldırmıştır. Bu durum zaman, enerji ve maliyet tasarrufu sağlamıştır. Birçok yararına rağmen çağrı merkezlerinin tercih sebebi olamadıkları kültürel farklılıklardan doğan algılama biçimleri ve bu merkezlerin geliştirilmesi gereken özellikleri de mevcuttur. En belirgin zorluklarından biri yüz yüze gelmeden kurulan iletişimle hizmetin sunulmaya çalışılmasıdır (60).

"The Modern Call Center: A MultiDisciplinary Perspective on Operations" adlı çalışmada sektörün büyümesiyle karşılaşılan zorluklar ve eksiklerin çoğu

incelenmiştir. Bu çalışmanın odağı daha çok gelen aramaların yönetimi olmakla birlikte, çağrı merkezlerinin diğer disiplinlerle olan ilişkisi de ele alınmıştır. Verimlilik ve hizmet kalitesi arasındaki ilişki anlamlandırılmıştır. Daha önceleri hizmet kalitesi yalnızca müşterilerin hatta bekleme süreleriyle ilişkilendirilirken bu çalışmada hizmet alıcılarının memnuniyet üzerindeki diğer algılarına da yer verilmiştir. Çağrıyı alan ilk kişinin çözümcü yaklaşımı, yeterliliği, nezaketi, samimiyetinin ve yanı sıra hız faktörünün de son derece önemli olduğunun üzerinde durulmuştur. Müşteri değerleri gözetilerek yeni hizmet kalitesi ölçümlerine ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. İkinci ana başlık olarak operasyon yönetimi sorunları incelenmiş, kaynak planlaması ve yönetiminin verimliliğe olan etkisi anlatılmış, seçilen temsilcilerin yetenek ve becerilerinin iyi analiz edilmesi ve buna göre konumlandırma yapılması gerekliliği aktarılmış, iş tatmini olan personelin performansının operasyonel verimliliği de etkilediği görüşü aktarılmıştır. Personel hatlarının (kuyruk) ve müşteri hatlarının ihtiyaca göre sınıflandırılıp ayrılması modellerinin artık tercih sebebi olduğu belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada müşteri ve temsilci davranışlarının yakından incelenmesinin ve buna göre yönlendirme ve planlamalar yapılmasının, önlemler alınmasının operasyon yönetiminde bir gereklilik olduğu ifade edilmiştir (58).

Tüketicinin kalite algısını iletişim içinde oldukları temsilcilerin tutum ve davranışları değiştirebilmektedir. Bu nedenle hizmet talebinin doğru anlaşılması ve sunumundan marka imajı temsiline kadar her adımda, müşteri ile ilişkide olan personelin sorumluluğu bulunmaktadır. Literatürde çağrı merkezinde çalışan yetkili personel için saptanmış olan potansiyel davranış özellikleri belirlenmiştir (60):

- Öz yeterlilik ve yetkinlik: Personelin bu işi yapabileceğine olan inancı ve iş başında kendini rahat hissetmesi olarak açıklanabilir. Çağrı merkezi yetkilisinin hasta veya sağlık müşterisini ilk karşılayan olarak istekli ve mesleğinin gerektirdiği tüm becerilere sahip olması gerekir. Personel; organizasyon yapısına, performans değerlendirme sistemine hakim olmalı ve doğru yönlendirme yapabilmek adına yeterli karar verme mekanizmasına sahip olmalıdır.

- Uyumluluk: Personelin duruma göre kendi tutumuna yön verebilmesi ve çatışmalar ile baş edebilmesidir.
- Empati, müşteriye anlamak, bilmek: İyi bir dinleyici yaklaşımla, ihtiyaçları belirleyebilmek, müşteriye kendini önemli ve özel hissettirebilmek. Uzun süreli iletişimlerde, tüketicinin kendini önemli hissetmesini sağlayan ve personelde bulunması beklenen bir yetenektir.
- Zaman: Zaman ile anlatılmak istenen talebin hizmete ulaşma ve problemlerin çözülmesi hızıdır. Zamanı yönetmek, çağrı merkezlerinde aynı zamanda performans değerlendirmesinde kullanılır.
- İletişim tarzı, çalışan tutumu (tavır): Sesi doğru ve etkin kullanmak, tavır ve tutumun durumla uyumlu olması, saygı çerçevesinde, nezaket ile iletişim kurmak.
- Güvenilirlik ve açıklama yapma: Tüketicilere söylenenlerin tutarlı ve doğru olması, verilen sözlerin tutulması son derece önemlidir. Ayrıca operatörler bilgi ve açıklama yapması istenen ilk kişiler olduklarından bu durumlar için de hazırlıklı olmalıdırlar.
- Hizmet kalitesinin ve müşteri memnuniyetinin algısı: Çağrı merkezi yetkilisiyle yapılan görüşmenin bu algılar üzerinde çok büyük etkisi bulunmaktadır. Personelin de bu konuda farkındalığının yüksek olması gerekmektedir.
- Güvenlik: Özellikle finans ve sağlık sektöründe işlenen veriler son derece hassas olduğundan herhangi bir risk anında dahi rahat hissettirebilmek, gizlilikten şüphelenmemesini sağlamak.

Çağrı merkezi personeli, kötü bir gün geçiriyor olsa da bir önceki hasta veya sağlık müşterisi kızgın veya zor olsa da bir sonraki konuşmada tüm bu durumları yok saymak durumundadır. Yönetimin motive edici yapısı, teknolojiye hakimiyet, bilgilere kolay erişim ve örnek konuşma rehberlerine her zaman sadık kalmayabilme yetkisi çağrı merkezi personelini cesaretlendiren unsurlardandır (60).

Çağrı merkezi yönetiminde belli süreçlerin değerlendirilmesi ve değiştirilmesi durumunda çalışanları sürece dahil etmek son derece önemli olmaktadır. Hasta

erişimini ve deneyimini iyileştirmek için çağrı merkezi ve klinik iletişim teknolojisini entegre etme modeli ile ilgili yapılan bir çalışmada; yapılan değişikliklerden etkilenecek tüm paydaşların, değişikliklerin karar sürecine dahil edilmesinin başarıya ulaşmadaki püf noktalardan biri olduğu, teknolojinin ve yeni sürecin daha hızlı ve iyi benimsenmesini sağladığı aktarılmıştır (61).

Çağrı merkezlerinde; iş organizasyon yapısı gereği var olan psikososyal, fiziksel ve ortam kaynaklı birçok risk faktörünün de etkili analizi ve yönetimi gereklidir. Gürültü, sürekli ve tekrarlayan hareketlerin yapılması, hareketsizlik, havalandırma, aydınlatma, stres, vardiyalı çalışma, elektromanyetik alan maruziyeti gibi etkenlerin uygun şartlara getirilmesi personelin sağlığını ve verimliliğini korumak açısından son derece önemlidir. Ayrıca, iş yüküne uygun personel seçimi ve iş yükü dağılımının ayarlamasının iyi yapılması, maddi ve sosyal meselelerde tatmin konuları da çağrı merkezleri yönetiminde ele alınmalıdır (62).

Çağrı merkezi çalışanlarının verimli ve etkin çalışmalarını engelleyebilecek hususların bazıları aşağıda aktarılmıştır (63):

- İşte belirsizliklerin çokluğu, çalışana uygun görevlendirme yapılmaması, işin tek tip olması veya işin küçük bir parçasında görev almak, rol belirsizlikleri ve çatışmaları,
- Olması gerekenden fazla iş yükü veya atıl kalmak,
- Zaman ve işi sonuçlandırma sürelerinin baskısı,
- Vardiyalı çalışma, gece çalışması, esnek olmayan çalışma programları, son anda belli olan fazla mesailer,
- Çalışanları yeni düzen, karar ve gelişmelerin başlangıç aşamasında sürece yetersiz dahil etmek veya katılımlarını sağlamamak,
- Çalışanların tamamen kontrollerinin dışında iş programının organize edilmesi,

- Çalışan sayısı ile uyumsuz büyüklükte mekan seçimi, termal konforun sağlanamadığı, gürültü gibi etkenlerin kontrol altında olmadığı olumsuz fiziksel ortam şartları,
- Kurum kültüründen kaynaklı iletişim eksikliği, yanlışları, problemler karşısında desteksiz bırakılma, personelin kişisel gelişimine katkı sağlayacak planların yapılmaması,
- Şirket amaç ve hedeflerinin çalışanlara aktarılmaması veya benimsenmemesi,
- Kişilerarası ilişkilerde çatışmalar, sosyal veya fiziksel olarak izole edilme, sosyal anlamda desteklenmeme, dedikodu, işyerinde sosyal iletişimin sürekli negatif olması,
- Kariyer Gelişiminde eksik ve güvende hissetmeme, terfi yapılmaması ya da belirsiz olması Piyasada benzer işi yapanların altında alınan ücretler, işi kaybetme korkusu, ekonomik, ailevi sorun ve çıkmazlar, mesleki yetersizlik sorunları.

Personelin sağlığını korumak ve merkezin performansını arttırmak için aşağıdaki gerekliliklere öncelik verilmesi önerilmektedir (62-64):

- Personele periyodik olarak ergonomi eğitimi verilmesi ve periyodik muayenelerinin yapılması,
- Psikososyal risk faktörlerinin tespiti ve çözümü,
- Gürültü ölçümlerinin yapılması ve önlemlerin alınması,
- Gerekli tüm yalıtımların sağlanması,
- Termal konforun sağlanması,
- Koltukların baş, boyun, bel, kol, bacak desteklerinin bulunması, uzun süreli oturumlar için boy ve kiloya uygun, yüksekliği ayarlanabilir, kendi etrafında dönebilen, uygun kumaşlı, tekerlekli olarak seçilmesi,
- Dizlerin 90-105 derece açı arasında tutulması, ayaklar yerdeyken uylukların yere paralel tutulmasının sağlanması,
- Kulaklıkların iyi ses iletimi yapan, kişiye özel kullanılan, ayarlanabilen ve hafif malzemeden yapılmış olarak seçilmesi,

- Monitörlerin göz sağlığını en az düzeyde etkileyecek ileri teknoloji ürünler arasından seçilmesi, göz hizasında ve oturanın tam karşısında olacak şekilde yerleştirilmesi, 50-70 cm uzaklık bulunması,
- Bilgisayar aksesuar ürünleri ve çevre birimlerinin ergonomik tasarımlı olması, klavye yeri dirsek seviyesinde dirsek bükümü 70-90 derece açının üstünde olmaması, ön kol ve bileğin yere paralel uzanması, mouse kullanımının en az, klavye kullanımının daha çok olduğu yazılımların tercih edilmesi,
- Hijyenik malzeme kullanılması ve ortam hijyenine özen gösterilmesi.

2.3.1. Acil çağrı merkezleri ve yönetimi

Acil çağrı merkezleri, acil yardıma gereksinim duyan bireyler için yardım talebinin iletilmesi ve bu talebi hizmete dönüştürecek organizasyonun sağlanması için kurulmuşlardır (65).

Hastane öncesi sağlık hizmetlerinde çağrı merkezi, acil tıbbi hizmetlerin koordinasyonunda önemli bir rol oynamaktadır. Bir acil çağrı merkezinde, gelen talepler ele alınmakta ve gerekliliğine kanaat getirilirse ambulans yönlendirmesi sağlanmaktadır. Çağrının değerlendirilmesi ve gönderim için gereken süre, isteğe yönelik toplam yanıt süresinin bir parçasıdır ve bu da merkezin kalitesi için önemli bir performans göstergesidir. Çağrı merkezi temsilcileri, değerlendirmeyi verimli bir şekilde gerçekleştirmelidir. Böylece gelen çağrıların bekleme süreleri kısa olacak ve ambulans yönlendirmesi hızlı bir şekilde sağlanabilecektir (66).

Acil çağrı merkezleri arayan ile acil servisler arasında ilk temas noktası olarak hizmet etmektedir. Bu nedenle, bu çağrı merkezlerinin hızlı çalışması ve kaliteli hizmet vermesi hayati önem taşımaktadır. Örneğin kardiyak arrest için, merkezin tüm gelen aramalar arasında uygun bir önceliklendirme ve yanıtı teşvik ederek, potansiyel

hayat kurtarıcı rehberlik, tavsiye veya talimatlar sağlayarak hayat kurtardığı kanıtlanmıştır (67).

Hızlı tıbbi bakım yalnızca acil aramalar hemen alınır ve uygun operasyonel kaynaklar derhal gönderilirse mümkündür. Bu, gelen aramaları ele almak ve istekleri değerlendirmek ve önceliklendirmek için yeterli sayıda personel istihdamını gerektirmektedir. Böyle bir personel düzeyinin belirlenmesi, verimli bir organizasyona ulaşmak için incelenen merkez süreçlerinin ayrıntılı bir analizini içermektedir. Etkinlik ve süreç ölçümleri nicel performans ve merkezin erişilebilirliğini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Acil durum çağrılarının ele alınmasına ilişkin yönergeler, performans eşiklerinde farklılıklar ülkeden ülkeye değişiklik gösterir, ancak hepsi yanıt süresini kısaltma ortak amacının altını çizmektedir. Acil durumdaki nüfus için acil çağrı merkezlerine erişim çok önemlidir. Gelen aramaları gecikmeden ele almak, işgücü yönetimini ve hizmet düzeyini iyileştirmek için; faaliyet, süreç ve sonuç ölçütlerinin yönetiminin iyi yapılması gerekmektedir (67).

Yapılan bir çalışmada, ASH çağrı merkezleri için üç ayrı kapasite ve performans simülasyon modeli sunulmuş ve bu modeller karşılaştırılmıştır. Birinci modelde, iletişim görevlerinin bölündüğü iki farklı çağrı merkezi temsilcisi sınıfı bulunurken, ikinci modelde, tüm görevleri paylaşan bir çağrı merkezi temsilcisi sınıfı yer almaktadır. Üçüncü model ise, ilk iki modelin birleşimidir. ASH çağrı merkezi süreçlerine yeni bir bakış açısı sağlayan modellerin, kapasite ve işgücü planlaması gibi stratejik konuları ele almak için kullanılabileceği, çalışmada yer alan acil iletişim ve karar süreçlerinin analizinin ve simülasyonlarının diğer acil durum çağrı merkezleri için değerli olduğu ifade edilmiştir (66). Bir acil çağrı merkezinin uygunluk ve performans değerlendirmesi ile ilgili Brezilya'da yapılan bir çalışmada ise; kaçırılan çağrılar ile yanıtlanan çağrılardan bir istatistik oluşturulmuş ve olumlu etki yaratabileceği düşünülen bir mimari tasarım önerisinde bulunulmuştur (68).

Telefon verileri kullanılarak, 1 Temmuz 2016 ile 30 Haziran 2017 tarihleri arasında altı Fransız acil çağrı merkezi üzerinde yürütülen gözlemsel çok merkezli bir çalışmada, merkezler arasındaki aktivite varyasyonunun analiz edilmesi ve çok merkezli düzeyde süreç ölçümleri ile sonuç ölçümleri arasındaki korelasyonun keşfedilmesi amaçlanmıştır. Gelen çağrı sayısı, 1.000 kişi başına düşen çağrı oranı ve 20 sn. içinde cevaplanan çağrılar analiz edilmiş ve aralarındaki ilişki yapısal eşitlik yöntemlerine göre tahmin edilmiştir. Toplam 52.542 saatlik süredeki 2.544.254 çağrı incelenmiş ve merkezler arasında faaliyet farklılıkları bulunmuştur. Ortalama temsilci doluluk oranı ve 20 saniyede karşılanan çağrı sayısı hizmet kalitesiyle; temsilci başına gelen arama sayısı, ortalama meşguliyet oranı ile ilişkilendirilmiş ve sonuç olarak altı acil çağrı merkezinin faaliyet dinamiklerinin farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Her merkezin özgünlüğünü gösteren bu değişkenliğin doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve yönetsel değerlendirmelerde dikkate alınması gerekliliği ortaya konmuştur. Çağrı alanların meşguliyet oranını gözetmek ve yönetmek, nüfusun acil çağrı merkezine erişilebilirliğini iyileştirmek için işgücü yönetiminde kaldıraç görevi görmektedir (67).

Acil çağrı merkezinin günlük faaliyetlerini değerlendirip, tahmine dayalı bir model geliştirip bunun doğrulamasını yapan başka bir çalışmada ise; acil vaka hacminin tahmin edilebilir olduğu belirtilmiştir. Acil sevk merkezlerinin faaliyetlerindeki değişikliklerin kaynak tahsisinin rasyonel olmasını engellediğinin de altı çizilmiştir. Büyük bir tıbbi çağrı merkezinde geriye dönük 2005-2011 yılları arasında gelen 1.296.153 vaka araştırılmıştır. Geliştirme örneği olarak 2005-2008 arası günlük vaka verileriyle genelleştirilmiş bir katkı modeli oluşturulmuş, doğrulama örneği olarak 2009'dan 2011'e kadar olan günlerdeki verilerin tahminine uygulanmıştır. Modele 17 değişken (takvim, epidemiyolojik değişkenler, mevsimsellik vb.) dahil edilmiştir. Bu araştırma sonucuna göre acil durum çağrı merkezinin vaka hacmindeki değişkenliğin büyük bir kısmının, kolayca bulunabilen ortak değişkenler kullanılarak tahmin edilebileceği ve bu durumun personel planlamasında verimliliği arttıracığı gösterilmiştir (69).

Türkiye’de çeşitli acil çağrı numaraları ve 112 Acil Çağrı Merkezleri’nin kurulum faaliyetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmektedir. 112 Acil Çağrı Merkezi’nde; sağlık, itfaiye, jandarma, polis ve valiliklerce gerekli görülen diğer birimlerin de aynı yerde olduğu ve koordinasyon imkanı sağlayan co-location modeli tercih edilmiş ve çalışmalar buna göre yapılandırılmıştır. Bu modelde çağrının alınması, olayların takip ve koordinasyonu aynı salon içerisinde bulunan görevliler tarafından yerine getirilmektedir (70).

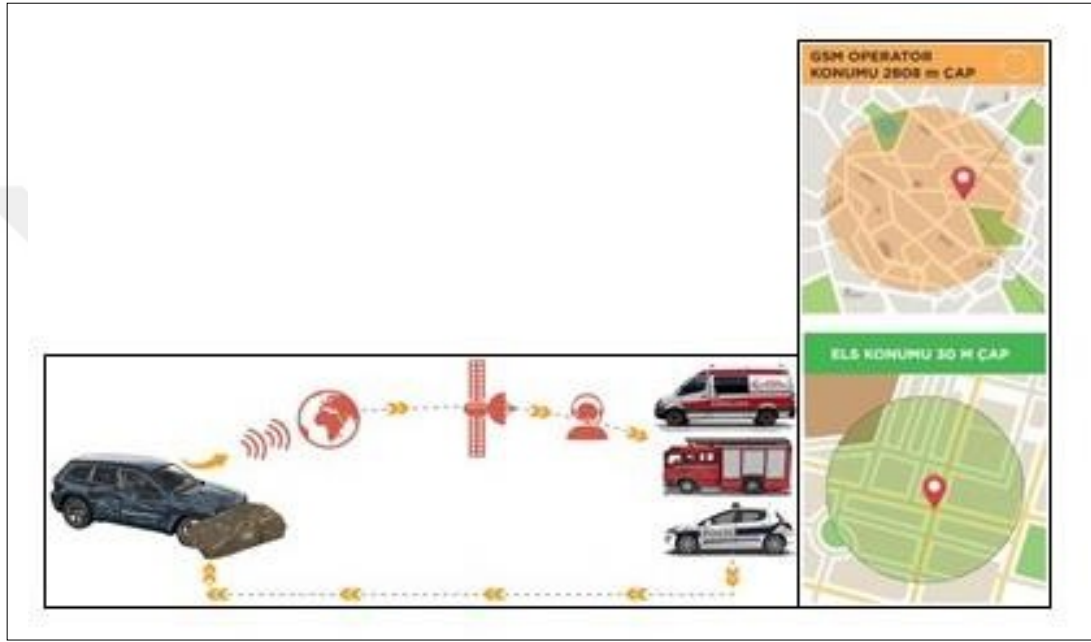
2.3.2. Yeni nesil 112 acil çağrı merkezi

Yeni nesil 112 acil çağrı merkezleri, Türkiye’deki 110 İtfaiye, 156 Jandarma, 155 Polis, 112 Sağlık, 177 Orman, 178 Sahil Güvenlik, 122 AFAD olmak üzere değişik kurumlara ilişkin acil yardım çağrı numaralarının tek bir hat üzerinden değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Dolayısıyla, tüm ilgili birimlerin aynı yerde bulunduğu ve koordinasyonu sağlayan bu yapılanma düzenlemesiyle, ihtiyaç duyulan bütün ekip görevlilerinin en kısa zamanda olay yerine ulaşabilmesi hedeflenmektedir.

Yeni nesil 112 acil çağrı merkezlerinde sunulan hizmetler aşağıda özetlenmiştir (70):

- Çağrı İşlemleri: Hizmet taleplerinde ihtiyacı belirleme ve süreci hızlandırma, uygunsuz çağrıları ayırıştırma,
- Ekip Sevki: Teknolojik uygulamalar kullanılarak uygun ekibin ve en hızlı ulaşım yollarının belirlenmesi,
- İstatistik Takipleri: Tüm ülkede gelen çağrıların illere göre ileri seviye (yapay zeka temelli vaka analizleri) istatistiksel değerlendirilmesi,
- Yabancı Dil Desteği: Altyapısı Ankara merkezli bir çağrı yönetim sistemi ile yabancı dilde gelen çağrıların ilişkin yabancı dil havuzu operatörlerine iletilmesi ve yönlendirilmesi,

- E-Çağrı (e-Call): Kaza anında merkezin otomatik aranmasıyla kaza mağdurlarının bilinçsiz olduğu durumlarda bile, kazanın coğrafi konumu ve ilgili ayrıntıların çağrı merkezlerine iletilmesi (Şekil 14.). Günümüzde bu ve benzeri çağrı sistemleri, evlerde ve çeşitli kurumlarda da kullanılmaktadır (elektronik çağrı cihazları, akıllı saatler vb.).
- Engelsiz 112: Engelli vatandaşlar için ücretsiz cep telefon/tablet uygulaması.



Şekil 14. Yeni Nesil 112 e-Çağrı (e-Call) Sistemi (70)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

“Acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetleri” olarak tanımlanan acil sağlık hizmetleri, insan sağlığını tehlike ve risklerle karşı karşıya getiren beklenmedik olayların geliştiği durumlarda, doğru ve zamanında uygulanan müdahaleler ile birey ve toplumun sağlığının korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Yapılacak ilk müdahale ve nakillerin, bu konuda yetkin sağlık personeli tarafından yapılmasının ölüm ve sakatlık oranlarında önemli düzeyde düşüş sağladığı göz önüne alındığında, acil sağlık hizmetleri, hastane öncesi uygulamaları içinde, ölüm ve sakatlık durumlarının azaltılmasındaki en önemli unsuru teşkil etmektedir.

Acil sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu yardım çağrısı ile başlamakta ve sağlığı ilgilendiren acil durumlarda bu çağrı hizmet başvurusu sayılmaktadır. Bu bağlamda, çağrıları karşılamak, değerlendirmek, sınıflandırmak ve ihtiyaca uygun yönlendirmeyi en kısa sürede yapabilmek için sağlık profesyonellerinin de görev aldığı bir acil yardım çağrı merkezine ihtiyaç duyulmaktadır. Acil yardım hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi, acil yardım çağrı merkezinin başarılı yönetimine bağlıdır.

Bu çalışmanın amacı, sağlık sektöründe ulusal ve uluslararası anlamda tanınan özel bir sağlık grubunun hastane öncesi acil sağlık ve hastane sonrası bakım hizmetleri taleplerine yanıt oluşturan iştirak kuruluşunun medikal çağrı merkezi örneği üzerinden, acil sağlık hizmetlerinde çağrı merkezlerinin yönetimini değerlendirmektir. Çalışma sonucunda, acil yardım çağrı merkezlerinin acil sağlık hizmetlerinin sunumu ve hizmet akışındaki yerinin ortaya konması ve acil yardım çağrı merkezlerinin

oluşturulmasında model önerisi getirilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca, bu çalışmanın, Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmaların azlığı nedeniyle literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma, özel bir sağlık grubunun hastane öncesi acil sağlık ve hastane sonrası bakım hizmetleri taleplerine yanıt oluşturan iştirak kuruluşunun İstanbul'da bulunan medikal çağrı merkezi 2017-2019 tarihleri arasında izlenerek gerçekleştirilmiştir. Medikal çağrı merkezinin organizasyon yapısı, fiziki ve teknik altyapısı, görevli personel ve görev tanımları ile çalışma prensibi incelenmiştir.

Medikal çağrı merkezine 2017-2019 tarihleri arasında gelen günlük acil yardım çağrılarında vakaya dönüşen çağrılarının verileri sayı, yaş ve vaka tipi açısından belirlenmiş; çağrılarının karşılanması, değerlendirilmesi, yönlendirilmesi, taleplerin hizmete dönüşme süreçleri incelenmiştir. Bu süreçlerin yönetimi, literatür taraması sonucu tespit edilen Türkiye ve diğer ölkelerde yapılmış benzer çalışmalar ışığında değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Özel bir sağlık kuruluğu acil çağrı merkezi örneği

Çalışmanın veri kaynağı olan sağlık kuruluğu; birçok hastane ve tıp merkezi ile yurtiçi ve yurtdışında hizmet veren çok uluslu özel bir sağlık grubunun hastane dışı hizmetlerini destekleyen bir iştirak şirketi konumundadır. Bu kuruluğu, sağlığı koruma, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, hastane sonrası bakım hizmetleri gibi bireysel ve kurumsal hizmetleri aynı anda sunmaktadır.

Kuruluğuun Operasyon Direktörlüğu'ne bağlı başlıca hizmetler şunlardır:

- Acil Sağlık Hizmetleri,
- Evde Sağlık Hizmetleri,
- Medikal Çağrı Merkezi,
- Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi,
- Kurumsal Projelere Destek Hizmetleri.

4.1.1. Medikal Çağrı Merkezi

Kuruluğuun Medikal Çağrı Merkezi (MÇM); hizmetler için taleplerin alındığı, hizmete dönüştürüldüğu ve hizmet sunumunun bitimine kadar sürecin izlendiği, hastane dışı sağlık hizmetlerini ve tüm hasta transportlarını sağlamak amacıyla sahada verilecek tüm hizmetlerin organizasyonunun planlandığı, ileri teknolojik altyapıya sahip, 7/24 kesintisiz hizmet esasıyla çalışan, dinamik ve yaşayan bir birimdir. Günlük ortalama 1.000 adet gelen (in-bound), 500 adet giden (out-bound) sağlık ile ilgili çağrıyı, 50 adet ambulans vakası, 50 adet evde sağlık hizmeti, 10 adet etkinlik

organizasyonunu yöneten bu merkez gerektiğinde bunun üç katı iş yoğunluğunu yönetebilecek altyapıya ve personel yedeklemesine/planlamasına sahiptir.

Medikal çağrı merkezindeki ve sahadaki yapılanma, personel seçimi, donanım, kullanılan araç-malzeme ve hizmet akışı planı, ilgili bakanlıkların mevzuatlarına uygun biçimde organize edilmektedir.

4.1.1.1. Personel ve görev tanımları

MÇM yalnızca bir çağrı merkezi değil, tüm saha operasyonunun planlanıp yürütüldüğü ve çağrı merkezi altyapısı vasıtasıyla işlerin görüldüğü bir entegrasyon merkezi olarak yapılanmıştır. Bu özel konumu dolayısıyla farklı birimleri ve yöneticileri barındırmaktadır. Personel; acil sağlık hizmetleri yöneticisi, evde sağlık hizmetleri yöneticisi ve çağrı merkezi yöneticisi ile bağlı alt kadrolar ve yardımcı personelden oluşmaktadır.

a. Medikal çağrı merkezi yöneticisi

MÇM yöneticisinin görevleri şunlardır:

- Çağrılarının yoğunluk düzeyine uygun gerekli personel planlamasını yapmak,
- Çağrı merkezi teknolojik altyapısının sürekli iyileştirme politikası çerçevesinde güncel kalmasını sağlamak, gerekli takipleri yapmak, donanımın çalışır durumda olmasını sağlamak üzere bilgi-işlem teknolojileri departmanı ile koordineli çalışmak,
- Çağrı karşılama, bilgilere ulaşma ve ilgili yönlendirme gibi konularda standartları oluşturmak,

- Hizmet sunumu ile ilgili yardımcı dokümanların oluşturulmasını ve bu verilerin kolay ulaşılabilir olmasını sağlamak,
- Çağrı merkezi ile ilgili acil durum senaryolarını oluşturmak ve ulaşılması muhtemel kişilerin iletişim bilgilerinin güncel tutulmasını sağlamak,
- Çağrı merkezi ses kayıtlarının rastgele ve gerekli hallerde dinlenmesi ile tespit edilecek sorunlu halleri ortadan kaldırmak üzere personele koçluk etmek ve kalite yönetim birimini haberdar etmek,
- Çağrı merkezi sürekli iyileştirme politikaları çerçevesinde personelin gerekli eğitimleri alması için ihtiyacı belirlemek,
- Tüm departmanlar ile rutin toplantılar yaparak süreçle ilgili aksaklıkları tespit etmek ve gidermeye çalışmak,
- MÇM yetkililerinin kullanacağı konuşma rehberlerini (scriptler) oluşturmak ve içeriklerinin güncel kalmasını sağlamak,
- Gelen çağrıların hizmet sunumuna dönüşmesini sağlamak, izlemek, ihtiyacın doğru karşılanıp karşılanmadığını izlemek,
- MÇM yetkililerinin çalışma düzenlerini oluşturmak ve sürekliliğini sağlamak,
- Hizmet sunum sürecine dair gelen tüm çağrıların zamanında karşılanmasını sağlamak,
- Hasta bilgilerinin eksiksiz olarak alınmasını, kayıt edilmesini ve gerekenlerin ilgili mevzuatlara uygun saklanmasını sağlamak,
- Gün sonunda hasta kayıtlarının sistemden kontrolünü yapmak,
- MÇM’nde göreve yeni başlayacak personelin çağrı karşılama ve ekip içi çalışma düzenine dair eğitimlerini vermek, oryantasyon programını insan kaynakları departmanı ile birlikte yapmak,
- Müşteri şikayetlerinin araştırmasını yapmak, ek görüş ve ek yetkinlik gerektirmeyen konularda şikayetlerin yanıtlanmasını sağlamak, kendi yetkinliği dışındaki konuları ilgili birime iletmek,
- Evde bakım süreçlerinde, evde bakım yetkilileri ile çağrı merkezinin dahil olduğu süreci izlemek,
- Acil ekiplerinin sevk ve idaresinde acil sağlık hizmetleri yöneticisi ile koordineli çalışmak,
- Belli periyotlarda personele gerekli eğitimleri planlamak ve verilmesini sağlamak,

- Personelin performans ölçümlerini yapmak ve sonuçları ilgili yerlere iletmek,
- Personelin özlük hakları ve idaresinden sorumlu olmak,
- MÇM iş süreçlerini günlük, haftalık, aylık, üç aylık ve yıllık olarak üst yönetime raporlamak.

b. Medikal çağrı merkezi - Doktor

MÇM'de görev yapan doktorun görevleri şunlardır:

- Mevzuata uygun biçimde sağlık ile ilgili çağrıları değerlendirmek, acil çağrıların hizmet sunumu sürecini takip etmek,
- Tıbbi takip gerektiren süreçleri izlemek ve gerektiğinde yasal sınırlar çerçevesinde danışmanlık sağlamak,
- Hekim kadrosunun çalışma planını hazırlamak ve üst yönetime sunmak,
- Hekim kadrolarının işe alım ve oryantasyon sürecinde insan kaynakları departmanı ile birlikte aktif rol almak,
- Kayıtlı tutulması ve saklanması gereken tüm tıbbi dökümanların takibini yapmak ve bu süreç için gereken planı oluşturmak,
- Kurumda görevli diğer hekimlerin özlük hakları ve idaresinden sorumlu olmak ve üst yönetime bilgi akışını sağlamak,
- Kurumun prosedürleri ışığında kalite departmanı ile birlikte belirlenmiş hekim performans ölçütlerini hekimlere bildirmek ve performans değerlendirmesinde aktif rol almak,
- Hizmetler ile ilgili iletilen şikayetlerin sağlık ile ilgili yönünü yetkinliği ölçüsünde değerlendirmek, mesleki yetkinliğini aşan durumlarda ilgili sağlık profesyonellerinden görüş almak,
- Doktor dışı sağlık çalışanlarının mesleki gelişim, hatırlatma ve güncelleme eğitimlerine destek vermek.

c. Medikal çağrı merkezi yetkilisi (Agent, Operatör)

Kurumun çağrı merkezinde iki tip operatör çalışmaktadır. Bunlardan biri hemşire, paramedik, acil tıp teknisyeni gibi doktor dışı sağlık çalışanlarından oluşan grup, diğeri ise sağlık çalışanı olmayan agentlardır. Sağlık çağrıları ile ilgili süreç sağlık personeli tarafından yürütülmektedir.

MÇM yetkilisinin başlıca görevleri şunlardır:

- Gelen tüm çağrıların karşılanması, bilgilerin alınması, kayıt edilmesi,
- Hizmete uygun ekiplerin sevk ve idaresi,
- Merkez, personel, hasta, hastane ve hizmet sunumu için gerekli diğeri tüm organlar arasındaki bilgi alışverişinin sağlanması,
- Günlük çalışan saha personelinin, çalışma programlarının teyidinin yapılması,
- Randevulu hizmetlerin takibi.

d. Acil sağlık hizmetleri yöneticisi

MÇM'de görev yapan acil sağlık hizmetleri yöneticisinin görevleri şunlardır:

- Acil sağlık hizmeti sunacak personeli ilgili mevzuatlara uygun yetkinlikte olacak şekilde seçmek, değerlendirmek ve eğitim süreçlerinden sorumlu olmak, oryantasyon sürecini insan kaynakları departmanı ile koordineli bir şekilde yönetmek,
- Ambulansların ve diğeri acil yardım araçlarının ilgili mevzuatlara uygun şekilde donatılmasını ve konumlandırılmasını sağlamak,
- Acil yardım araçları, ambulanslar ve tüm hizmet araçlarının tıbbi araç-gereç, sarf malzeme, ilaçlar ve teçhizatın günlük kontrollerinin yapılmasını sağlamak,
- ASH sunumunda kullanılacak tüm malzemelerin ikmal ve stok yönetimine destek olmak, tıbbi cihazların kalibrasyonlarını planlamak,

- Ambulansta görev alan hekim dışı personelin çalışma zamanları planını (nöbet listeleri) oluşturmak,
- ASH personelinin istasyonlarını, bekleme ve dinlenme alanlarını belirlemek ve düzenini sağlamak,
- Personelin ilgili mevzuata, kuruma ve mevsime uygun kıyafet prosedürünün oluşturulmasını sağlamak,
- Haberli ve habersiz saha denetimleri yapmak, eksikleri tespit etmek ve sorunun giderilmesini sağlamak,
- ASH personelinin mesleki yeterlilik ve performans ölçümlerinin yapılmasını sağlamak,
- Üst yönetime ASH süreçleri ile ilgili günlük, haftalık, aylık, üç aylık ve yıllık raporlama yapmak.

e. Evde sağlık hizmetleri yöneticisi

MÇM'de görev yapan evde sağlık hizmetleri yöneticisinin görevleri şunlardır:

- Evde sağlık hizmeti sunacak personeli ilgili mevzuatlara uygun yetkinlikte olacak şekilde seçmek, değerlendirmek ve eğitim süreçlerinden sorumlu olmak,
- Oryantasyon sürecini insan kaynakları departmanı ile koordineli bir şekilde yönetmek,
- Evde sağlık hizmeti veren araçların, tıbbi araç-gereç, sarf malzeme, ilaçlar ve teçhizatın günlük kontrollerinin yapılmasını sağlamak,
- Evde sağlık ekibinde görev alan personelin çalışma zamanları planını (nöbet listeleri) oluşturmak,
- Personelin ilgili mevzuata, kuruma ve mevsime uygun kıyafet prosedürünün oluşturulmasını sağlamak,
- Haberli ve habersiz saha denetimleri yapmak, eksikleri tespit etmek ve sorunun giderilmesini sağlamak,
- Evde sağlık personelinin mesleki yeterlilik ve performans ölçümlerinin yapılmasını sağlamak,

- Üst yönetime, Evde sağlık süreçleri ile ilgili günlük, haftalık, aylık, üç aylık ve yıllık raporlama yapmak.

f. Raporlama uzmanı

MÇM’de görev yapan raporlama uzmanının görevleri şunlardır:

- Operasyon üst yönetiminin istediği periyot ve kriterlerde tüm hizmet raporlarının hazırlanmasını sağlamak,
- Verimlilik takibi için verilerin analizini yapmak, istatistikler oluşturmak,
- Kalite ve iş geliştirme departmanlarıyla koordineli bir şekilde mevcut sistemi koruma ve geliştirme konusunda çalışmalar yapmak.

g. Filo yetkilisi

Benzer amaçlara hizmet eden ve bağlı buldukları yönetim merkezi aynı olan araçlara filo denilmektedir. MÇM’de filodan sorumlu yetkilinin başlıca görevleri şunlardır:

- Filoya bağlı araçların günlük kontrollerini yapmak,
- Oluşan ya da tespit edilen arızaların giderilmesini organize etmek,
- Araçlarla ilgili her türlü evrak takibini yapmak ve dosyalamak,
- Yakıt, tamir, bakım maliyetlerini kontrol etmek ve raporlamak,
- Filo yaşlanma takvimini takip etmek, uygun rotasyonları planlamak,
- Yeni araç alımı planlamalarında gerekli görüşmeleri organize etmek ve teklifleri toplamak,
- Ambulans sürücülerinin çalışma planlarını yapmak,
- Sürücü işe alım sürecinde sürücü adaylarının oryantasyon süreçlerini takip etmek,
- Sürücü personelin özlük hakları ve idaresinde acil sağlık hizmetleri yöneticisine destek vermek.

4.1.1.2. Teknik altyapı

Çağrı merkezlerinde ileri düzey teknoloji kullanımı vazgeçilmez bir unsurdur. Çalışmaya konu olan çağrı merkezinde de tüm çağrılar karşılandığı bir server (sunucu), çağrı merkezi yazılımıyla entegre olarak gelen çağrıları o an aktif olan MÇM yetkililerine (operatörlere) dağıtmaktadır. Gelen tüm aramalarda; arama numaraları, arama saati, cevaplanma veya cevaplanmama süresi, yanıtlanan tüm çağrılarının toplam konuşma süresi ve konuşmalar (ses kaydı) kaydedilmekte, sistem üzerinde ilgili mevzuatlara uygun biçimde saklanmakta ve gereken her durumda, istenilen kriterlerde raporlanmaya hazır bir şekilde bulunmaktadır. Giden arama kayıtları da aynı kriterlerde kayıt altına alınıp, saklanmaktadır.

Sunucu ve veriler herhangi olumsuz bir duruma karşı coğrafi olarak farklı bir lokasyonda daha yedeklenmektedir. Aynı zamanda olumsuz tüm ihtimallere karşı bulut tabanlı ikinci bir yedekleme de yapılmaktadır. Herhangi bir doğal afet durumunda çağrı merkezinin işlevini kaybetmesi olasılığı göz önünde bulundurularak 2. Acil Eylem Planı olarak yine farklı lokasyonda kısa sürede faaliyete geçmeye hazır yedek bir çağrı merkezi konumlandırılmıştır. 3. Acil Eylem Planı kapsamında, yalnızca internet bağlantısı gereken ve uzaktan erişim hakkı verilmiş, çağrı merkezi yazılımı ve soft phone yazılımları (bilgisayara yüklenen yazılım aracılığıyla, kulaklık ve mikrofon kullanarak telefon görüşmesi yapabilmek için yüklenmiş yazılım) yüklenmiş, taşınabilir bilgisayarlar ile personelin, bulunduğu yerden hizmetin sürekliliğini sağlaması planlanmıştır. Hizmetin devamlılığının sağlanması için 3 ayrı telekomünikasyon firmasından telefon hatları alınmış, herhangi birinde kesinti olması durumunda aktif olan kuruma çağrı yönlendirilmesi senaryoları kurgulanmıştır. Çağrı merkezi yazılımı ile entegre olan operasyon yazılımı operatörlerin sisteme kaydettiği tüm hasta, hasta yakını, vaka, finans bilgilerini kayıt altına almakta (gerekirse sınırsız süreli) ve raporlanabilir halde tutmaktadır.

a. Çağrı merkezi yazılımı

CTI (computer telephony integration); birden fazla telefon ile destek verilen iletişim ortamlarının bilgisayar ve programlarını kullanarak yönetilmesi ve telefon-bilgisayar arası entegrasyonun yapılmasıdır. IVR (interactive voice response); bilgi sistemlerine uzaktan telefon ile erişerek telefon üzerindeki tuşlar ve/veya kişilerin sesleriyle yönlendirme yaparak istedikleri bilgiye ulaşmasını sağlayan interaktif sesli yanıt sistemidir. Çağrı merkezi yazılımı ise bu teknolojileri kullanan, kullanıcıya özel profillerin oluşturulduğu, oluşturulan profil yetkinliklerine uygun şekilde kullanıcıya çağrıları dağıtan, kullanıcı bazlı verileri ve ses kayıtlarını kaydederek daha sonra performans ölçümü ve değerlendirme yapılmasına olanak sağlayan yazılımdır.

b. Operasyon yazılımı

Verilen tüm hizmetlerin kaydının tutulduğu, ekiplerde bulunan el terminallerine vaka bilgilerinin aktarımının yapıldığı, hizmet karşılığı alınan ücret kaydının tutularak muhasebe yazılımına aktarıldığı, çalışan personelin nöbet listelerinin teyidinin yapıldığı, hak ediş ve fazla mesai ücretlerinin tutulduğu, kapsamlı otomatik ve manuel raporlama yapılabilen, çağrı merkezi yazılımı, muhasebe yazılımı ile entegre çalışabilen ve en önemlisi ihtiyaçlara göre kısa sürede güncellenebilen modüler yapıya sahip bir yazılımdır.

c. Araç takip sistemi yazılımı

Hizmet sağlamak amacıyla kullanılan tüm araçlarda bulunan uydu tabanlı veri gönderimi yapan takip cihazlarından alınan verileri kaydeden, kullanıcılara aracın

anlık lokasyon, hız, araç içi sıcaklık, kapı açık/kapalı vb. bilgileri anlık olarak gösteren ve geçmişe yönelik raporlama yapılabilen yazılımdır.

MÇM yetkilileri tarafından aktif olarak kullanılan çoklu yazılımların aynı anda çalıştırılması ve görüntülenmesi için yüksek işlemci ve yüksek görüntü işlemci kapasiteli, çoklu monitör desteği sunan bilgisayarlar kullanılmaktadır. Tüm bu altyapı sayesinde üzerinden ne kadar zaman geçmiş olursa olsun bir vaka ve herhangi bir çağrı hakkında istenilen bilgi saniyeler içerisinde kullanıcının bilgisine sunulabilmektedir. Ayrıca veri karşılaştırmaları yapmak suretiyle çok detaylı kapasite ve performans ölçümleri ve gelecek projeksiyonları ile maliyet etkin bir planlama yapılabilmektedir.

4.1.1.3. Mimari

Teknolojik altyapı kadar önemli olan bir diğer unsur da çağrı merkezinin fiziki yapılanmasıdır. Çağrı merkezinde operatör masaları yan yana ve karşılıklı biçimde, yönetici masaları ise ayrı konumlandırılmıştır. Çağrı kuyruklarının, araç lokasyonlarının, güncel ülke ve dünya haberlerinin ve hizmet ağında bulunan farklı saat dilimine sahip ülkelerin saatlerinin takip edildiği dev ekranların yanı sıra operatörlerin hizmet için gerekli süreçleri yönettiği çok ekranlı masa bilgisayarları kullanılmaktadır.

Merkezde; üst yönetimin ve denetim kanallarının iş sürecini izleyip, gözlem yapabilecekleri ayrı bölümleri, dinlenme ve soyunma odaları mevcuttur. Kişisel veri ve bilgilerin bulunduğu özel ve hassas süreçlerin yönetildiği merkezin yalnızca yetkilendirilmiş personel tarafından kullanılması adına tasarlanmış kişiye özel şifreli giriş kapıları bulunmaktadır.

4.1.1.4. İş akışı

MÇM kurumun sunduğu acil sağlık hizmetleri ve diğer birçok hizmete ihtiyaç sahiplerinin erişilebilirliğini sağlayan son derece kritik öneme sahip bir birimdir. Gelen hizmet taleplerini değerlendirmek, hasta veya sağlık müşterisinin ihtiyaçlarına yanıt oluşturmak ve hizmetleri koordine etmekle görevlidir.

Kurumda gelen çağruların ilk 5 saniye içinde karşılanması hedef olarak gösterilmiştir. Çağruların yanıtlanma süreleri çağrı merkezi yazılımı raporlama sisteminden günlük olarak kontrol edilmekte ve raporlanmaktadır. Belirlenen periyotlarda yapılan raporlar üst yönetime sunulmaktadır. Gelen çağruların %75'inin ilk 5 saniye, yüzde %95'inin ilk 10 saniye içerisinde karşılanması hedefi çağrı merkezinin kalite göstergelerinden biridir ve aynı zamanda çağrı merkezi operatörlerinin performans ölçümlerinde de kullanılmaktadır. Bu hedefe ulaşamadığı durumlarda sebepleri ile ilgili gerekli araştırma yapılmakta ve sorunlar için önlemler alınmaktadır.

Tablo 3. Kalite Göstergeleri ve Gerçekleşen Hedefler

Gösterge	Hedef	Ortalama
Triaj 1 Vakalara Ulaşım Süresi 0-15 dk	70%	87%
Servis Seviyesi	75%	77%

MÇM'ne birçok farklı kanaldan, farklı talep içerikli çağrılar gelmektedir. Bu sebeple, hizmetler ilk etapta IVR teknolojisi ile ayrıştırılmakta, arayan bireylerin otomatik yönlendirme sisteminde ihtiyaca göre belirlenen ana başlıklardan biri için tuşlama yapması beklenmektedir. Arayan birey başlıklardan hiçbirisini talebine uygun bulmadıysa, hatta bekleyerek çağrı merkezi yetkilisi ile görüşme sağlayabilmektedir.

Tuflama için yapılan sınıflama afağıdaki gibidir:

1. Acil Ambulans Hizmetleri ve Tıbbi Danışmanlık
2. Sağlık Taraması ve Diğer Sağlığı Koruma Paketleri
3. Evde Sağlık Hizmetleri ve Yaşlı Bakım Hizmetleri
4. Sağlıkla İlgili Diğer Kurumsal Çözüm Hizmetleri
5. Öneri ve Őikayet.

Tuflama sonrası çağrı, seçilen başlıktaki talebe yanıt verebilecek yetkinlikteki ve o sırada meşgul olmayan operatöre aktarılmaktadır. Her gelen yeni çağrı ile birlikte, çağrı merkezi yazılımıyla bütünleşik çalışan operasyon yazılım ekranı da tetiklenmekte ve operatörün önüne bir çağrı ekranı açılmaktadır. Gelen ekrandan çağrının ilgili olduğu bölümü seçen operatör, çağrı hizmete dönüşecek ise bu ekrandan ilgili hizmet ekranına aktarılmaktadır. Acil yardım çağrısını hizmete dönüştürme süreci ve diğer hizmet taleplerinin yönetim süreci birbirinden farklı olmaktadır.

Bir rakamı ile tuflama yapılarak gelen çağrılar öncelikli olarak sağlık çalışanı operatörlerine yönlendirilmektedir. Sağlık personelinin çağrıyı karşılaması ve doktorun teyidi ile acil hizmet sunumu iş döngüsü başlamaktadır. İhtiyaç sahibinin bulunduğu adres, iletişim bilgileri, yaş ve hasta Őikayeti kaydedilerek, eş zamanlı olarak, vakaya en yakın istasyondan hazır durumda bulunan ekip, operasyon ekranlarından tespit edilir. Vakaya yönlenecek ambulans ekiplerine telsiz, tablet ve telefonlar aracılığı ile ulaşılıp vaka bilgileri aktarılır. O günün çalışma planına göre aktif olan ekip listesi ve çalışanların iletişim bilgileri operasyon yönetim ekranlarında, günlük olarak kontrolünün sağlandığı şekliyle kayıtlıdır. MÇM sorumlu doktoru iletişim için verilen telefon numarası üzerinden vaka yeri ile irtibat sağlar ve telefonda ambulans ekibi olay yerine ulaşana kadar danışmanlık hizmeti verir. Ambulansın, vaka adresine ulaştığı teyit edilene kadar Araç Takip Programı'ndan takip edilir. Ambulans ekibine görev verildikten sonraki tüm hareketler operasyon kayıt ekranlarına anlık olarak “Vakaya çıkış- Hastaya müdahale ediliyor- Hasta taşınıyor- Hastaneye teslim ediliyor- Vaka sonlandı” şeklinde kaydedilir.

Vakaya yönlendirilecek uygun ekibin bulunmaması durumunda, hasta/hasta yakınına bilgi verilir. Hasta durumunun aciliyeti göz önünde bulundurularak vaka 112 Acil Sağlık Hizmetleri'ne devredilir. Vaka tamamlanana kadar hizmetin aşamaları takip edilerek, vakanın nasıl sonlandığı hakkında bilgi, operasyon yönetim ekranlarına kaydedilir. Talebin kurum ambulansının bulunmadığı illerde olması durumunda yine 112 ASH'ne vaka bilgileri aktarılır.

Sağlık personelinin tamamının başka çağrılara hizmet verdikleri durumlarda çağrılar, diğer operatörlere sistem tarafından otomatik olarak yönlendirilmektedir. Ancak bu durum yalnızca sağlıkla ilgili acil yardım ihtiyacı olan bireylere zaman kazandırma amacını taşımaktadır. Sağlık personeli olmayan operatörler hızlı bir şekilde arayan için kayıt oluşturur, konum, iletişim bilgileri, isim, soy isim, yaş gibi kritik bilgileri alır ve ilk müsait duruma geçen sağlık personeline çağrıyı aktarır.

- Hastaya olay yerinde etkin ve yeterli müdahale sağlanabilir (yerinde müdahale).
- Hastaya ilk müdahalesi yapılır ileri tetkik ve tedavi için sağlık kuruluşuna nakli sağlanması gerekebilir (hastaneye transfer).
- Hastaya bazı sebeplerle müdahale edilemez ve ekip geri döner (kendi imkanlarıyla sağlık kuruluşuna gitmeleri, başka bir ambulansın olay yerinde bulunması ve müdahalesi, yardım talebinden hasta veya yakınları tarafından bir sebeple vazgeçilmesi vb.) (hizmet iptali).
- Hastaneye nakil gerektiren durumlarda hastanın gideceği hastaneyi medikal çağrı merkezi organize eder. Hasta, götürüldüğü sağlık kurumunun ilgili bölümündeki sorumlu doktora, ambulans yetkili personeli tarafından teslim edilir.

Gelen çağrı sağlıkla ilgili bir konuda bilgi talebi içeriyor ise çağrı sorumlu doktora aktarılır. Çağrıyı alan hekim, yasal çerçevede soruları yanıtlayıp görüş bildirebilir. Gerekli olduğunu düşündüğü durumlarda hasta şikayetine istinaden muayene olması gereken veya talebine uygun hizmeti alabileceği birim hakkında yönlendirme yapar.

Doktor yaptığı tüm görüşmeleri operasyon kayıt ekranlarına kaydeder. Aynı danışandan çağrı gelmesi durumunda eski kayıtlara ulaşılabilir.

Acil yardım tuşlaması yapmayan hasta ya da sağlık hizmeti alıcısının çağrıları karşılandığında kişinin talebi dinlenir, ihtiyaç belirlenir ve ihtiyaca uygun planlama yapılır. Operasyon kayıt ekranlarından randevu bölümü açılarak talebin gerçekleşeceği tarih ve saat için kayıt oluşturulur. Operasyon kayıt ekranları randevu saatine yarım saat kala sistemde görsel bir uyarı oluşturur. Hizmet öncesi hazırlığın yarım saatten fazla süre gerektirdiği durumlarda sistem üzerinden, herhangi bir zaman dilimi için hatırlatma oluşturulabilir. Uyarıyla birlikte sunulacak hizmet bilgilerine ulaşılır. Daha önceden hizmet sunumunun sağlanması için belirlenmiş ekiple iletişime geçilir. Ekip hizmetin sunulacağı adrese yönlendirilir.

İngilizce dışında başka bir yabancı dilde gelen çağrıların yönetiminde önceden hazırlanmış tercüman havuz listesinden tercüman seçimi yapılmakta ve telekonferans yöntemi ile destek sağlanmaktadır. Kurumun çağrı merkezinin operatörlerinden en az biri yabancı dil olarak İngilizce bilmektedir.

Bu özel kuruluşun çağrı merkezi 2017-2019 yılları arasında toplam 530.127 adet gelen sağlık çağrısını yönetmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Yıllara Göre Çağrı Sayıları, Vaka Sayı ve Yüzdeleri

	2017	2018	2019	Toplam
Çağrı Sayısı	198.136	166.023	165.968	530.127
Toplam Vaka (TV) Sayısı	7.748	8.961	8.474	25.183
Acil Vaka (AV) Sayısı	3.107	4.068	3.364	10.539
AV/TV Oranı (%)	40,1	45,4	39,7	41,8

Bu çağrılardan 25.183 tanesi vakaya dönüşen çağrılardır. Bu vakalardan da 10.539 adeti acil (traj 1) olarak değerlendirilmiştir. Diğer vakalar sistemde hastaneler arası nakil, taburcu, tetkik amaçlı nakil, yerinde müdahale, muayene talebi, küvözlü nakil, şehirlerarası nakil, diğer şekilde sınıflandırılmıştır.

İstanbul'da bulunan bu özel çağrı merkezi, günde, ortalama konuşma süresi bir dakika olan yaklaşık 2.000 çağrıyı yönetmiştir. Çağrılarının %77'si ilk 5 saniye içinde karşılanmıştır. Çağrı geldiği andan itibaren vakaların %87'sine ilk 15 dakika içinde ambulanslar ile ulaşım sağlanmıştır. Acil sağlık hizmeti ve diğer hizmetler için talep çağrıları aynı salonda yanıtlanmıştır. Personel; yetkinliklerine uygun biçimde, tüm süreci ortak yürütebilecek ve meşguliyet ya da personelin bulunmaması durumlarında, görev başında bulunamayan çalışanın işini yapabilecek şekilde uzmanlaştırılmıştır. Nöbet tutan personel hem kurum içi daimi personelden, hem de kurum dışından sağlanan personelden oluşmaktadır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çağrı merkezleri günümüzde birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de vazgeçilmez bir unsur olmuştur. Birçok hizmet için hizmeti talep edenlerin hizmetin sunulduğu yere gitmek zorunda olmaları durumunu ortadan kaldırmıştır. Bu durum zaman, enerji ve maliyet tasarrufu sağlamıştır.

Acil sağlık hizmetleri sunumunda çağrı merkezlerinin uygun yapılanması ve iyi yönetilmesi ile acil yardım ihtiyacı bulunan bireylerin taleplerine olabildiğince erken yanıt oluşturabilmeyi sağlamanın hayat kurtarıcı olduğu birçok çalışmada ortaya konmuştur. Türkiye’de ve dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında acil çağrı merkezlerinin organizasyonu ve yönetiminde çeşitli modeller uygulandığı görülmektedir. Ancak bu modellerin birbirlerine belirgin üstünlüklerinin varlığına dair bir bulgu henüz yoktur.

Konuyla ilgili yapılmış çalışmaların birçoğunda mimari tasarımın, teknik donanımın, güncel gelişmelerin takipçisi ve uygulayıcısı olabilmenin yanı sıra personel ve yönetici seçimi ve iş tatminlerinin sağlanmasının hizmeti etkileyen en önemli unsurlardan olduğu gösterilmektedir.

Yapılan çalışmalar sağlık alanında acil çağrı merkezlerinin verimlilik üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymaktadır (61,69). Acil çağrı merkezlerinin verimliliğini düşüren etkenler;

- Uyumsuz mimari yapılanma,
- Olumsuz fiziki ortam şartları,
- Mesleki yeterlilik sorunları ve eksik deneyim,
- Görev tanımı belirsizlikleri ve rol çatışmaları,
- Kurum kültürleri farklılıkları ve iletişim problemleri,

- Sorunlar karşısında desteksiz kalma,
- Dedikodu, kişilerarası ilişkilerde çatışma,
- İş yükü dağılımının uygun yapılmaması (yüklenme-atıl kalma),
- Zamanın hayati önem taşıması baskısı,
- Gece çalışması, vardiyalı çalışma, çalışma planlarının esnek olmaması, programsız fazla mesai uygulamaları,
- Çalışanların kendi görevleri ile alakalı güncellemeler ve gelişmelerde katılımcı olmamaları, kapalı ve gürültülü ortamda uzun süre ve hareketsiz çalışma,
- İş çeşitliliğinin olmaması,
- Ekonomik kaygı, ailevi sorunlar, kariyer gelişim planlarında belirsizlikler olarak sıralanmaktadır (62,63).

Bu bağlamda acil çağrı merkezlerinde gerek yapısal gerek yönetsel birçok konuda ideale ulaşmaya çalışmak çok önemlidir. Öncelikle verimli ve etkin hizmet sunan bir acil çağrı merkezi için; fiziki-mimari yapı, teknolojik alt yapı, insan kaynağı ve diğer kaynaklar, vardiya sistemi, performans ve kalite ölçütleri, iş akışı ve teknolojik gelişmelerin gerisinde kalmamak adına dijital stratejiler tek tek ele alınmalıdır. Acil çağrı merkezi için herhangi bir basamakta kaynaktan kesinti yapmak, kaliteden ödün vermek ve daha az hayata dokunabilmek anlamını taşır.

Dijital Stratejiler - Teletıp

Günümüzde birçok sektörde uzaktan ve esnek çalışma sistemleri oluşturulmuş ve birçok konuda da verimlilik artışı ve tasarruf sağlanmıştır. Mevcut koşullarda acil çağrı merkezleri için evden çalışma pek mümkün görünmemekle birlikte gelecekte karar destek sistemli mobil uygulamalarının geliştirilmesi ve daha fazla kullanılması ile merkezlerin yapısının değişebileceği öngörülmektedir. İyi bir çağrı merkezi yönetim modelinde sağlık hizmetlerini daha hızlı, etkili ve uzaktan yönetebilmekle ilişkili

geliştirilmiş teletıp uygulamalarının yakından takip edilmesi gerekmektedir. Örneğin, bir vakanın bilgilerinin telefonla aktarılması yerine doğrudan istasyondaki ekibin tabletine yönlendirilmesi, eş zamanlı sağlık dokümanlarının görülebilmesi, aydınlatılmış onamın elektronik ortamda alınması hem iletişim kaynaklı hataları azaltabilecek hem de zamandan kazanç sağlayacaktır.

Dijital çağın gerekliliklerini yakalamış bir acil çağrı merkezi modeli; aciliyet belirleme (teletriage), teleradyoloji, telekonsültasyon uygulamalarını aktif kullanmak, eğitimlerin elektronik ortamda hatta simülasyonlar eşliğinde yürütülmesi, giyilebilir teknolojilerden daha fazla yararlanmak üzerine kurgulanmalıdır. Ayrıca hasta evlerine giren, bazı durumlarda yeterince güvenli olmayan alanlarda görev yapmak zorunda kalan saha personelinin güvenliği de teknolojik imkanların değişmesiyle birlikte daha kolay ve hızlı sağlanabilir. Örneğin, bu durum için acil durum butonlu giyilebilir teknolojiler tercih edilebilir. Yine insansız hava araçlarının acil sağlık hizmetlerinde birçok farklı biçimde kullanılmaya başlamasıyla hizmet sürecinde olumlu farklar yaratacağı kanaatindeyiz.

Fiziki yapı - Mimari

Acil çağrı merkezleri için, gürültüden uzak, ses yalıtımı yeterince sağlanmış, hava sirkülasyonu yeterli ve mümkünse doğal havalanma alanları bulunan, termal konforun sağlandığı, güneş alabilen, çoklu monitörlerin ve büyük takip ekranlarının aydınlatma seviyesi göz önünde bulundurularak konumlandırılmış yeterli aydınlatmanın bulunması, yer döşemelerinin, kapıların ve duvarların ses ve ısı yalıtımlı malzemeden seçilmesi, ergonomik açıdan eksiksiz tasarlanmış mobilya ve teçhizat kullanılması ve personel sayısı ile uyumlu büyüklükte mekan seçimi gerekmektedir. Acil çağrı merkezi personelinin aynı salonda çalışması etkileşimi kolaylaştıracaktır. Ancak bu durum beraberinde insan kaynağı yönetimini ve oluşacak ergonomik risklerin

yönetimini zorlaştıracaktır. Gerek personel seçiminde gerekse dizayn sürecinde bu hususlar konusunda dikkatli davranmak gerektiği unutulmamalıdır.

Kesintisiz hizmet sunulan acil çağrı merkezleri personel için aynı zamanda sosyal bir yaşam alanıdır. Tüm bu kriterler göz önünde bulundurularak tasarlanmış yaratıcı çalışma alanları verimliliği oldukça fazla etkileyecektir. Bu merkezler kısa süreli işlerin yürütüldüğü ofisler olarak değil ev konforunda alanlar olarak tasarlanmalıdır. 7/24 hizmet sunulan ve çok sık, fazla mesai ihtiyacı doğan merkezlerde mutfak, yemek salonları, dinlenme alanları, sosyal aktivite alanları, giyinme odaları, yöneticilerin süreci izlediği alanlar, anneler için süt sağma kabinleri, tuvalet, duş yerleri, operasyonun yürütüldüğü salondan ayrı konumlandırılmalı ancak uzak olmamalıdır. Örneğin, personelin mola süresinin bir kısmını yolda kaybetmesi ruhsal ve bedenen yeterli rahatlamayı sağlamasını engelleyecektir.

Personel - Vardiya

Acil çağrı merkezinde personelin seçimi ve yönetimi sadece işin sürdürülebilirliği açısından değil, acil müdahale ihtiyacı olan hasta açısından da son derece kritiktir. Bir bireyin mesleki anlamda yetkin olması, sağlıkla ilgili her alanda çalışabileceği anlamı taşımamaktadır. Zaten birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de uzmanlaşma ihtiyacı bu sebeplerle doğmuştur. Acil çağrı merkezinde mesleki standartların ülkeden ülkeye hatta merkezden merkeze değişiklik göstermesi de personelin giderek uzmanlaştığı iş kollarından biri olmasına sebep olur. Bu nedenle yönetimin kalite ve verimlilik açısından yapacağı en önemli stratejilerden biri personel devir hızını azaltmak olacaktır.

Yapılan bir çok çalışmada acil çağrı merkezlerindeki turnover yüksekliğinden bahsedilmiştir ve günümüzde de yapılan işin zor koşulları ve niteliğine göre

karşılığında alınan ücreti az bulma, fazla mesai ve kariyer planındaki tıkanıklılıklar başta olmak üzere birçok farklı sebeple kısa süreli çalışmalar sonrası işten ayrılmalar yaşanmakta ve bu durum da personelin zamanla uzmanlaştığı bu sektörde süreci neredeyse sıfırdan başlatmaktadır. Bu sorunun önüne geçilmesi için ilk alınacak önlem etkili ve yeterli bir işe alım ve oryantasyon süreci programı yapmaktır. Bu basamağı yönetimsel olarak zaman kaybı olarak görmek uzun vadede büyük zararlara yol açacaktır. Personel seçimi yapılırken uygunluğu ölçecek kişilik testleri ve mesleki yeterlilik sınavları yapılmalı, yanı sıra personel yapacağı işle alakalı simülasyon uygulamalara tabi tutulmalıdır.

Acil çağrı merkezinde aynı salonda görev yapacak personel mesleki yetkinliklerine uygun olarak tüm iş sürecine hakim olacak şekilde yetiştirilebilir. Böylece personel aynı zamanda birbirinin yedeği olacak ve izin, hastalık vb durumlarda işin aksamasının önüne geçilecektir. Gece gündüz aralıksız hizmet sunulan bu merkezlerin vardiya planlaması hem kurumun çıkarları gözetilerek hem de personelin haklarını ve sağlığını koruyacak biçimde yapılmalıdır. Personel sayısı, yalnızca çağrı yüküne göre değil nöbet tutan personelin yeterli süre dinlenebileceği düzeyde tutulmalıdır, mümkün oldukça kurum dışı destek personel ile vardiya planlamasına ihtiyaç duyulmamalıdır. İş sürecinde uzmanlaşmış, hedef ve standartları bilen, kurum kültürü oluşmuş, kuruma ve işe ait hissedilen çalışan, kurum ve işe aidiyeti oluşmamış personele göre daha az hata yapacak ve oluşan krizleri daha etkin ve hızlı çözecektir.

Personele işe alım sürecinden itibaren kariyer planlaması yapılmalı, ihtiyaç duyulan eğitimler belirlenmeli, belirli periyotlarda personel ile görüşülerek hedefe bağlılığı ve motivasyonu sağlanmalıdır. Gelişimi sürekli takip edilmeli, olumlu ve olumsuz geri bildirimler yapılarak aidiyet duygusu güçlendirilmelidir. Konumsal körlüğün önüne geçmek, empati duygusunu geliştirmek için aynı süreç içinde farklı görevler üstlenmiş personellere kısa süreli rotasyonlar yaptırılmalıdır.

Performans - Kalite ölçümü - Yönetim

Bir çağrı merkezinin işlevsel olabilmesi için öncelikle ulaşılabilir olması gerekir. Acil durum yönetimi iş akışı acil yardım çağrısı ile başlayabileceğinden merkezlerin kalite ölçütlerinden biri ulaşılabilirlik seviyesidir. Dünyada kabul görmüş ve etkisi kanıtlanmış çeşitli performans ve kalite ölçütleri mevcuttur. Acil sağlık hizmetleri sunumu ve acil çağrı merkezleri yapısı ülkeden ülkeye, hatta bölgeden bölgeye farklılıklar gösterebilmektedir. Bu farklılıklar coğrafi yapı, kültür, ekonomi gibi birçok etkene bağlı olabilmektedir. Acil durum çağrılarının ele alınmasına ilişkin yönergeler, performans eşikleri de ülkeler arasında değişiklik göstermekte, ancak hepsi, çağrılara yanıt ve vakalara ulaşma süresini kısaltma ortak amacının altını çizmektedir. Literatürde acil çağrı merkezlerinde çağrı cevaplama sürelerine bakıldığında, Penverne ve ark. yaptıkları çalışmada 20 saniyede karşılanan çağrı sayısının hizmet kalitesiyle ilişkisini ortaya koymuşlardır (67). Bu sürenin vaka yönetimindeki tüm sürece etkisine bakıldığında gerçekçi ancak daha güçlü hedefler konulması gerekliliği görüşünderiz. Nitekim çalışmaya konu olan merkezde de bu süre ilk 5 saniye olarak belirlenmişti ve %75 çağrı bu sürede yanıtlanabilmişti.

Yaşam süresine etki ihtimali açısından acil çağrı merkezlerinin performans ve kalite ölçütlerinde süre ile ilgili hedefleri daha çok kullanması kaçınılmazdır. Yanıt süresi, kayıp çağrılar, ortalama konuşma süresi, iki çağrı arasında çağrıya hazırlanma veya çağrı sonrası iş süresi, çağrı karşılayan operatörün doluluk oranı gibi parametreler ölçülmeli ve takip edilmelidir. Çağrı denetimi ve dinlemeleri yapılmalı, hata ve hata tekrar oranları izlenmelidir. Memnuniyet, başarılı-başarısız vaka yönetimi araştırmaları yapılmalı ve hem başarının hem de başarısızlığın sebepleri analiz edilmeye çalışılmalıdır.

Acil sağlık hizmetlerinin odak noktası insan hayatı olduğundan bir vaka yönetimindeki yetersizliği bulabilmek için bazen tüm kuruma bütünsel bir bakışla

yaklaşmak gerekebilmektedir. Bu kurumların kaliteli hizmet sunabilmesi için yöneticilere oldukça fazla iş düşmektedir. Bu anlamda seçilen yönetici personel yönetim prensiplerinin öğretildiği ve ölçüldüğü bir eğitim programından geçmeli ve kurum içi yapılacak seçimler, ölçümler sonrası değerlendirmelerle bu alanda uzmanlaşmış veya uzmanlaşmaya uygun bulunan personeller arasından adil bir yetiştirme süreci sonrasında yapılmalıdır.

Birçok alanda başarılı yönetimin vazgeçilmez unsuru olan iletişimin doğru ve etkili kurulması, yardıma ihtiyacı olan bireylerle yüz yüze iletişimin olmadığı hayat kurtarıcı bu merkezlerde süreç yönetimi açısından çok daha önemlidir. Bu anlamda gerek kurum içi (personel-personel, yönetici-personel, yönetici-yönetici) ve gerek hastalarla olan iletişim konusunda yineleyici eğitimler alınmalıdır. Acil çağrı merkezlerinde hizmet sunumunun iyi yapılabilmesi için, standartların ve hedeflerin belirlenmesi, rol belirsizlikleri ve çatışmaların ortadan kaldırılması, vardiya programlarının iyi ayarlanması, bu hizmetin sunumunda saniyelerin bile önemli olduğunun benimsetilmesi, çalışanların işleri ile ilgili değişim süreçlerinde daha fazla katkı sağlamalarının desteklenmesi gerekmektedir.

Acil sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni olan acil çağrı merkezleri; acil yardıma gereksinim duyan bireylerin taleplerini ilettikleri ve bu taleplerin mümkün olan en kısa sürede hizmete dönüşmesini başlatan birimlerdir. Bu anlamda acil çağrı merkezlerini diğer çağrı merkezlerinden ayıran en önemli unsur hayat kurtarma zincirinin ilk basamağı olmalarıdır. Bu farkındalık ve sorumluluk bilincini benimseyen, iş doyumunu sağlamış yönetici ve personel ile çalışan, uygun ve yeterli yapılmaya sahip acil çağrı merkezleri daha etkin, verimli, kaliteli hizmet sunacak ve daha fazla hayatı kurtarabileceklerdir.

6. KAYNAKLAR

1. Güney Kömürlü Y. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Aile Hekimliğine Geçiş Süreci. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010 (Danışman: Prof. Dr. A Köse).
2. Karasu E. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Hasta Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi ve Hasta Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2018 (Danışman: Doç. Dr. YE Öztürk).
3. Fidan B. Travma Vakalarında Yanlış Müdahale ve Malpraktis. 7. Karayolu Trafik Güvenliği Sempozyumu ve Sergisi Sunulan Bildiriler Kitabı. Ankara: Acar Matbaacılık, 2017: 35-37.
4. T.C. Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. Sayı: 24046, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 11.05.2000.
5. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
6. Okursoy A. Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Aydın, 2010 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Özdemir).
7. Murray CJL, Frenk JA. Framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78(6):717-731.
8. Erdem Ş. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama. Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2007 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N Üzerem Altuğ).
9. Sarvan, F. Gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de sağlık hizmetleri yöneticiliği meslek ve eğitimi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Dergisi 1994; 1(1):209-236.
10. Kıvanç MM. Evrensel sağlık bildireleri ve Türkiye’de sağlık reformları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2015; 2(3):162-166.
11. Şimşek Z. Sağlığı geliştirmenin tarihsel gelişimi ve örneklerle sağlığı geliştirme stratejileri. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013; 12(3):343-358.
12. Orhaner E. Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası finansmanı ve genel sağlık sigortası. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi 2006; 1:1-22.
13. Korucu KS, Oksay A. Sağlık hizmetlerinde cepten ödemelerin bir çeşidi: Katkı payları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2018; 3(32):265-313.
14. T.C. Resmi Gazete. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Sayı: 26200, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 16.6.2006.
15. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. Genel Sağlık Sigortası. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss_tescil_sureci . Erişim Tarihi: 20.05.2021.

16. Topcuk Y. Genel Sağlık Sigortasının temelleri, sunumu ve denetimi. Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi 2011; 174: 29-41.
17. T.C. Resmi Gazete. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. Sayı: 28597, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 24.03.2013.
18. Gümüş S. Hizmet Kalitesinin Hizmet Performansına Etkisi: Bir Hastanede Uygulama. Hiperlink Yayınevi, 2012.
19. Altay A. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi 2007; 18(64):33-58.
20. Kaçaman M. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetine Yönelik Bir Alan Araştırması. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016 (Danışman: Prof. Dr. İ Gümüş).
21. Öksüz AS. Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010 (Danışman: Doç. Dr. İ Ağırbaş).
22. Uyar E. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama Faaliyetlerinin Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Karaman, 2014 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Öz).
23. Akdur R. Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu. 2. baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006; 13-18.
24. Mesleki Sorumluluklar: Sağlık hizmetleri ve sınıflandırılması. 04.11.2016, <http://essrakalaycioglu.blogspot.com/%202016/11/kisilerin-ve-toplamlarsaglg-n-korumak.html>. Erişim Tarihi: 14.10.2019.
25. Öksüz H. Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2018 (Danışman: Doç. Dr. D Gülen).
26. Elçi İlicik Ö. Türkiye'de Sosyal Devlet ve Sağlık Politikaları. Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Edirne, 2017 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Özsoy).
27. Alagüney E. Sağlığı Geliştirme Kavramı. VII. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı; 2014 Mayıs 4-7; Türkiye, İstanbul.
28. Tosun C. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2018 (Danışman: Prof. Dr. N Bağdadioğlu).
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları. Global Konferanslardan Bildiriler, 2009.
30. Aslan Ş, Güzel Ş. Türkiye'deki hastane öncesi acil sağlık hizmetleri. Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR) 2018; 5(31):4995-5002.

31. Aksoy F, Ergün A. Acil sağlık hizmetlerinde ambulansın yeri. Ulusal Travma Dergisi 2002; 8:160-163.
32. Zengin S. İstanbul 112 Komuta Kontrol Merkezine Bağlı Ambulanların Bir Yıl İçerisinde Taşıdıkları Acil ve Elektif Cerrahi Vakaların Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010 (Danışman: Prof. Dr. D Şelimen).
33. Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü. Dünyada Acil Tıp. <https://kocaeli112.saglik.gov.tr/TR-47633/tarihce.html> Erişim Tarihi: 15.04.2021.
34. Sezer C. Balkan savaşlarında Amerikan Kızıllaç (Salib-i Ahmer) teşkilatının Osmanlı Devleti'ndeki faaliyetleri. SUTAD 2017; (41):237-250.
35. Alsan ZM. 1949 Cenevre Sözleşmeleri. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 1950; 7(3-4):37-57.
36. Şimşek P, Günaydın M, Gündüz A. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri: Türkiye örneği. GÜSBD 2019; 8(1):120-127.
37. Paksoy VM. Acil sağlık hizmetlerinde uluslararası uygulama modellerinin karşılaştırması: Anglo-Amerikan ve Franko-German modeli. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 2016; 4(1):6-24.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge. <https://acilafet.saglik.gov.tr/Eklenti/11613/0/ashgmhizmet-birimleri-ve-gorevleri-hakkinda-yonerge.pdf>
39. T.C. Sağlık Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması. <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-4185/teskilat-semasi.html>
40. Kısakol BE. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarının Yerleşim Probleminin Küme Kapsama ve Medyan Modeli Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi: Manisa İl Merkezi İçin Bir Uygulama. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2015 (Danışman: Prof. Dr. AS Anağün).
41. Tanrıverdi H, Köksal G. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi. 1. Baskı, İstanbul: Beta Basım A.Ş. 2012
42. Eryılmaz M. Ülkemizde acil sağlık hizmetleri: İhtiyaca yönelik güncel çözüm önerileri. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi 2007; 13 (1):1-12.
43. Batı S. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personelin Hastalara Müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzu Akış Şemalarına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2012 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F Kara).
44. Gezgin MF. Türkiye'de 112 Acil Yardım Ambulanlarında Görev Yapan Sağlık Personellerinin Hasta ve Hasta Yakınlarıyla Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. İ.G.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015 (Danışman: Prof. Dr. OZ Orhan).

45. T.C. Resmî Gazete. Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. Sayı: 26369, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 07.12.2006.
46. Bulut A. 112 Acil Durum Ambulanslarında İSG Risklerinin Tespiti ve İSG Rehberi, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 2016 (Danışman: S Haciosmanoğlu).
47. T.C. Resmî Gazete. 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği. Sayı: 29002, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 16.05.2014.
48. Yılmaz Karakuş B, Çevik E, Doğan H, Sam M, Kutur A. Metropolde 112 acil sağlık hizmeti. İst Tıp Fak Derg 2014; 77(3):37-40.
49. Henderson SG, Mason AJ. Ambulance Service Planning: Simulation and Data Visualisation. In Operations Research and Health Care: A Handbook of Methods and Applications, Volume 70, Kluwer Academic Publisher; 2004; 77-102.
50. Breen N, Woods J, Bury G, Murphy A, Brazier H. A national census of ambulance response times to emergency calls in Ireland. J Accid Emerg Med 2000; 17:392-395.
51. Campbell JD, Muellman RL, Gridley TS. Measuring response intervals in a system with a 911 primary and EMS secondary public safety answering point. Ann Emerg Med 1997; 29:492-496.
52. Carney CJ. Prehospital care - a UK perspective. Br Med Bull 1999; 55: 757-766.
53. Stoykova B, Dowie R, Bastow P, Rowsell KV, Gregory RPF. Ambulance emergency services for patients with coronary heart disease in Lancashire: achieving standards and improving performance. Emerg Med J 2004; 21: 99-104.
54. Zenginol M, Al B, Gen S, Deveci İ, Yarbil P, Yılmaz D, ve ark. Gaziantep ili 112 acil ambulanslarının 3 yıllık çalışma sonuçları. JAEM 2011; 10:27-32.
55. T.C. İçişleri Bakanlığı. 112 Acil Çağrı Merkezlerine Asılsız Çağrı Yapanlara İdari Para Cezasının Etkin Uygulanması Talimatı Verildi.
56. Çimen M. Sağlık yönetimi ve sağlık yönetim eğitimi. ACU Sağlık Bil Derg. 2010; 1(3):136139.
57. Çelik N. Türkiye çağrı merkezi sektörü sorunlarının çözümüne yönelik bir karar destek sistemi geliştirme. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2016; 9(42):1445-1453.
58. Aksin Z, Armony M, Mehrotra V. The modern call center: a multi-disciplinary perspective on operations management research. POMS. 2007; 16(6):665-688.
59. Strother BJ. Call centers in health care: effect on patient satisfaction. In: 2006 IEEE International Professional Communication Conference; 2006 Octobre 23-25; Saragota Springs, NY, USA.
60. Korkmaz S. Sağlık sektöründe çağrı merkezi temsilcilerinin davranışlarına ilişkin tüketici beklentilerinin belirlenmesine yönelik bir uygulama. Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi 2014; 7(13):45-68.
61. Blankenship A, Carr P. Integrating call center and clinical communication technology to improve patient access and experience. Nursing Management 2020; 51(2):38-43.
62. Coşkun C. Çağrı Merkezlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Faaliyetleri. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019 (Danışman: Doç. Dr. B Erdebilli).

63. Sakarya A. Çağrı Merkezlerinde Çalışanların Fiziksel Maruziyetlerinin Belirlenmesi ve Alınabilecek Önlemler. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 2016 (Danışman: M Tülü).
64. Akal D, İlhan MN, Çağrı Merkezleri Çalışanlarında Olumsuz Ergonomik Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Kas-İskelet Sistemi Sağlık Yakınmaları. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2017; 5 (1):27-36.
65. Biçer S, Kızmaz S. Antalya 112 acil çağrı merkezi personellerinin hedef kitle ile iletişim sürecinde yaşadıkları problemler: Nitel bir araştırma. Atatürk İletişim Dergisi 2017; (14):231260.
66. VanBuuren M, Kommer GJ, Mei RD, Bhulai S. EMS call center models with and without function differentiation: a comparison. Operations Research For Health Care 2017; 12:16-28.
67. Penverne Y, Leclere B, Lecarpentier E, Marx JS, Gicquel B, Goix L, Reuter PG. Variation in accessibility of the population to an emergency medical communication centre: a multicentre observational study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2019; 27(1):94.
68. Marcus A, Maciel PRM, Silva BL, Guimares AP. Performability evaluation of emergency call center. Performance Evaluation 2014; 80:27-42.
69. Viglino D, Vesin A, Ruckly S, Morelli X. Daily volume of cases in emergency call centers: construction and validation of a predictive model. Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine 2017;25(1):86.
70. Yeni Nesil 112 Acil Çağrı Merkezi. <https://www.icisleri.gov.tr/bilgiteknolojileri/yeni-nesil-112-acil-cagri-merkezi> Erişim tarihi: 07.03.2020.

7. EKLER

EK 1. Acil Durumlar Listesi

Uluslararası 32 Parametre

- 1- Suda Boğulma
- 2- Trafik Kazası
- 3- Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga, vb
- 4- İntihar Girişimi
- 5- Tecavüz
- 6- Yüksekten Düşme
- 7- Ciddi İş Kazaları, Uzun Kopması
- 8- Elektrik Çarpması
- 9- Donma, Soğuk Çarpması
- 10- Isı Çarpması
- 11- Ciddi Yanıklar
- 12- Ciddi Göz Yaralanmaları
- 13- Zehirlenmeler
- 14- Ciddi Alerji, Anaflaktik Tablolar: Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.
- 15- Omurga ve Alt Extremitte Kırıkları: Büyük dış veya iç kanamaya yol açan bacak kırıkları ve her türlü omurga kırıkları.
- 16- Dekompresyon (Dalgıç) Hastalığı: Halk arasında vurgun yemek olarak tabir edilen durum.
- 17- MI, Aritmi, Hipertansiyon Krizler: Geçirilmekte olan kalp krizi, acil tedavi gerektiren kalp ritmi bozukluğu türleri, kan basıncının beyin kanaması vb. ciddi durumlara yol açabilecek derecede yükselmesi.
- 18- Astım Krizi, Akut Solunum Problemleri

19- Şuur Kaybına Neden Olan Her Türlü Durum

20- Ani Felçler

21- Ciddi Genel Durum Bozukluğu: Yaşlılık, besin yetersizliği, yetersiz bakım, uzun süren ağır hastalık vb. nedenlerle kişinin sağlığının genel anlamda tehlikeli olabilecek derecede bozulması.

22- Yüksek Ateş: Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvizyona (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede (Ortalama 39,5 °C ve üzeridir) yükselmesi.

23- Diabetik ve Üremik Kanama: Diabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.

24- Genel Durum Bozukluğunun Eşlik Ettiği Dializ Hastalığı

25- Akut Batın: Mide, barsak gibi içi boş organların delinmesi, tıkanması ya da düğümlemesi, iltihaplanması, vb. gibi acil müdahale gerektiren durumlar.

26- Akut Masif Kanamalar: Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.

27- Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi: Sinir sistemi fonksiyonları dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonları etkileyebilecek, beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infektif hastalıklar.

28- Renal Kolik: Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek şiddetli ağrı oluşturan durum.

29- Akut Psikotik Tablolar: Aşırı saldırganlığa yol açan nörolojik ya da psikolojik rahatsızlıklar.

30- Migren ve/veya Kusma, Şuur Kaybıyla Beraber olan Baş ağrıları

31- Yeni Doğan Komaları

32- Başlamış Doğum Faaliyeti (Su Kesesinin Boşalması)

Önemli Not: Yukarıdaki tanımlamalar oldukça basitleştirilmiş şekilde, yol gösterici olmaları amacıyla yapılmışlardır. Tıbbi bilgisi olmayan kişilerin sadece yukarıdaki bilgilere dayanarak ya da bir sağlık personeli ile kendisine telefonda iletilen bilgilere

göre aciliyet değerlendirmesi yapması mümkün olmayabilir. Sağlık durumunun aciliyet teşkil edip etmediğinin fiziki muayene esaslı olduğunu unutmayınız (48) (S.O.S International Ambulance, www.avivasa.com.tr, 07.03.2020).



8. ÖZGEÇMİŞ



