

## Acil Servise Başvuran Hasta Özelliklerine Göre Uygun Acil Servis Tasarımının Belirlenmesi

Pınar ÇINAR SERT<sup>1</sup>, Vahide Aslıhan DURAK<sup>2</sup>, Fatma ÖZDEMİR<sup>2</sup>, Erol ARMAĞAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Çekirge Devlet Hastanesi, Acil Servis, Bursa.

<sup>2</sup> Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Bursa.

### ÖZET

Çalışmamız hastanemiz acil servisine başvuran hastaların klinik özelliklerine göre ideal acil servis tasarımının ve ihtiyaç duyulan uygun bakım alanlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya 12550 hasta alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru şikayeti, triaj kategorileri, yandaş hastalıklar, konsültasyonlar, tanılar ve sonuçlanma şekilleri değerlendirildi. Çalışmamız sonucunda acil servisimizin toplam 150 m<sup>2</sup>lik 6 yataklı resüsitasyon odasına, 180 m<sup>2</sup>lik triaj ve resepsiyon alanına, 1 adet dekontaminasyon odasına, 25 adet hızlı bakı birimine, 25 m<sup>2</sup>lik 2 tane izolasyon odasına, 16 m<sup>2</sup>lik psikiatri odasına, her biri 16 m<sup>2</sup> olacak şekilde KBB/ Göz odası, jinekoloji odası gibi özel odalara, 10 adet tek kişilik odaya, 20 m<sup>2</sup>lik bir adet alçı odası ve 20 m<sup>2</sup>lik bir adet girişim odasına, 12 m<sup>2</sup>lik konsültasyon odasına, her biri en az 12 m<sup>2</sup> olan ve az 45 tanesi monitörlü 90 adet tedavi alanına ve 10 m<sup>2</sup>lik çalışan istasyonuna ihtiyaç duyulduğu saptandı. Bu bilgiler doğrultusunda yıllık 100.000 hasta başvurusu için acil servisimizin toplam 5000 m<sup>2</sup>lik bir alana ihtiyacı olduğu belirlendi. Acil servislerin daha iyi hizmet verebilmesi için her hastane kendi fiziki şartları, bütçe ve ihtiyaçlarını göz önüne alarak kılavuzlar ışığında kendisine en uygun acil servisi planlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis tasarımı. Hasta profili. Triaj.

### Determination of the Appropriate Emergency Department Design According to Patient Characteristics

### ABSTRACT

Our study was aimed to determine the required appropriate care area and emergency department ideal design according to patients admitted to the emergency department of our hospital. 12550 patients were enrolled in the study. Patients' age, gender, chief complaint, triage category, concomitant diseases, consultations, diagnoses and result forms were evaluated. In conclusion, we found that our hospital's emergency department needs; 150 m<sup>2</sup> 6-bed resuscitation room, 180 m<sup>2</sup> triage and reception area, 1 decontamination room, 25 fast track area, 2 isolation rooms each of which is 25 m<sup>2</sup>, 16 m<sup>2</sup> psychiatric patient room, special rooms each of which is 16 m<sup>2</sup> like ophthalmology/ENT and gynecology room, 10 single rooms, 20 m<sup>2</sup> plaster room, 20 m<sup>2</sup> procedure room, 12 m<sup>2</sup> consultation room, 90 treatment areas each of which is 12 m<sup>2</sup> and at least 45 areas have physiological monitoring and 10 m<sup>2</sup> staff station. Based on this information total 5000 m<sup>2</sup> area needs to be determined for an annual of 100,000 patients admitted to the emergency department. In order to provide better services of the emergency departments, each hospital should plan the most appropriate department by considering physical conditions, budget and needs in the light of guidelines.

**Key Words:** Emergency department design. Patient profile. Triage.

Acil servisin (AS) mimari yapısı acilin işleyişi sırasında yüksek verim alınabilmesinden, çalışanlarının güvenliğine kadar pek çok alanda etkili olmaktadır<sup>1</sup>. İyi tasarlanmış bir acil servis daha hızlı ve kaliteli hasta bakımını sağlamakla kalmayacak, çalışan personelin mimari yapı ya da organizasyon eksikliklerine

bağlı oluşabilecek iş gücü kaybını da azaltacaktır. Böyle bir acil serviste hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti kadar, tüm personelin çalışma isteği de artacaktır<sup>2</sup>.

Bir acil servisi planlamaya yardımcı olabilecek bilgiler yıllık nüfus sayımı ve çeşitliliği, ortalama günlük hasta sayısı, hastaların triaj kategorilerine göre dağılımı, monitörizasyon gerektiren vakaların sayısını içeren yatış ve sevk oranları, ortalama hasta kalış süresi, radyoloji ve patoloji geri dönüş süreleri, 65 yaş üstü ve pediatrik hasta oranlarını içeren hasta profili ve acil servisin rolünü belirleyen ek bilgilerdir<sup>3</sup>.

Australasian Collage for Emergency Medicine (ACEM) acil servis dizaynı ile ilgili klavuzuna göre ideal acil servis yapılanması için gerekli tedavi alanları Tablo-I'de özetlenmiştir<sup>3</sup>.

Geliş Tarihi: 16 Şubat 2017  
Kabul Tarihi: 15 Mart 2017

Dr. Vahide Aslıhan DURAK  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Acil Tıp Anabilim Dalı,  
Bursa.  
Tel: 0224 295 32 39  
E-posta: aslidurakis@hotmail.com

**Tablo I.** İdeal acil servis yapılanması için gerekli tedavi alanları

TOPLAM ALAN	50 m <sup>2</sup> /1000 yıllık başvuru ya da 145 m <sup>2</sup> / 1000 yıllık acilden yatış ( hangi değer büyükse o alınmalıdır) Minimum 700 m <sup>2</sup> olmalı
Tedavi Alanı Sayısı	1 / 1100 yıllık başvuru ya da 1 /400 yıllık acilden yatış ( hangi değer büyükse o alınmalıdır) Girişim odası, alçı odası, gözlem odaları, görüşme odalar bu alana dahil değildir.
Resüsitasyon Alanı Sayısı	1 /15000 yıllık başvuru ya da 1 /5000 yıllık acilden yatış ( hangi değer büyükse o alınmalıdır) Tüm tedavi alanlarının en az ½ 'sinde fizyolojik monitörizasyon yapılabilmelidir.
Resüsitasyon odası (tek yatak)	35 m <sup>2</sup>
Resüsitasyon odası (çok yataklı, yatak başına düşen alan)	25 m <sup>2</sup>
Bekleme Salonu	5 m <sup>2</sup> /1000 yıllık başvuru
Akut Tedavi Alanı	12 m <sup>2</sup> / her biri, yataklar arası en az 2.4m mesafe olmalı
Tek kişilik oda sayısı (gerektiğinde izolasyon odası/ jinekoloji odası olabilecek)	1 oda/ 1000 yıllık başvuru Minimum 2 oda
Psikiatri Odası	16 m <sup>2</sup>
Konsültasyon Odası	12 m <sup>2</sup>
Alçı Odası	20 m <sup>2</sup>
Girişim Odası	20 m <sup>2</sup>
Çalışan İstasyonu	10 m <sup>2</sup>
Hızlı Bakı Birimi	1 yatak/ 4000 yıllık başvuru Minimum 8 yatak
Triaj ve Resepsiyon Alanı	1.8 m <sup>2</sup> / 1000 yıllık başvuru ( medikal kayıt ve depolama alanı hariç)
Özel Odalar (KBB/Göz, Jinekoloji, vb)	16 m <sup>2</sup> / her biri
Eğitim Odası	0.8 m <sup>2</sup> /1000 yıllık başvuru
İdari Alan	4 m <sup>2</sup> /1000 yıllık başvuru
Depo	2.2 m <sup>2</sup> /1000 yıllık başvuru
Hasta Yakını Odası	>25000 / yıllık başvuru ise minimum 2 oda
Personel Odası	0.8 m <sup>2</sup> /1000 yıllık başvuru
İzolasyon odası	25 m <sup>2</sup>
Dekontaminasyon Odası	1 adet

Hastanemiz bulunmuş olduğu coğrafi konumda üçüncü basamak referans hastanesi özelliğindedir. Acil servis erişkin ve çocuk acil olmak üzere iki bölümde hizmet vermektedir. 18 yaş altı sadece travma hastaları erişkin acil serviste değerlendirilmektedir. 18 yaş altı diğer tıbbi nedenli başvurular çocuk acil servisinde pediatri bölümünce değerlendirilmektedir.

Erişkin acil servis tedavi alanı; triaj alanı, triaj alanı yakınında 4 adet hızlı bakı birimi (fast-track alanı), 2

adet 4 yataklı monitörlü gözlem odası, 4 adet 4 yataklı monitörsüz gözlem odası, 1 adet 4 yataklı travma odası, 1 adet 2 yataklı ortopedi/ alçı odası, 1 adet 2 yataklı prosedür odası olmak üzere toplam 36 yatak ile hizmet vermektedir.

Erişkin acil servisimize 2010 yılında 58317, 2012 yılında 83607'dir. Çalışmamızın yapıldığı bir yıllık sürede başvuran toplam hasta sayısı 90606'dır. Görüldüğü gibi AS başvuruları her geçen yıl artmakta ve mevcut AS tedavi alanları artan talebi karşılamada yetersiz kalabilmektedir.

Çalışmamızda acil servisimize başvuran hastaların klinik özelliklerine göre ideal acil servis tasarımının ve ihtiyaç duyulan uygun bakım alanlarının (izolasyon odası, dekontaminasyon odası, psikiyatri odası, vb) belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu prospektif, kesitsel, tanımlayıcı klinik çalışma erişkin acil servisinde 1 Kasım 2012- 1 Kasım 2013 tarihlerini kapsayan 1 yıllık sürede yürütüldü. Çalışmaya erişkin acil servisine başvuran tüm hastalar dahil edildi.

Acil servise başvuran hastalar, haftanın günlerine, aylara ya da mevsime göre başvuru sıklığı ya da şikayeti değişebileceğinden homojen bir dağılım elde edebilmek için haftanın günleri sırasıyla her haftada bir gün, ayda ortalama 4 ya da 5 gün, toplam 52 gün olacak şekilde sistematik örnekleme yöntemi ile seçilerek çalışmaya dahil edildi.

Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru şikâyeti, triaj kategorileri, yandaş hastalıklar, konsültasyonlar, tanımlar ve sonuçlanma şekilleri değerlendirildi. Bu verilere göre acil servis tasarım kılavuzları doğrultusunda hastaların ihtiyaç duyduğu uygun tedavi alanları belirlendi.

Çalışmamızda Avustralya Triaj Skalası'na (ATS) göre triaj 1 kategorisindeki hastalar resüsitasyon odasına, triaj 2-3 kategorisindeki hastalar monitörlü gözlem odasına, triaj 4 kategorisindeki hastalar şikayetine göre gözlem yada alçı, sütür, jinekoloji, psikiyatri, KBB/ GÖZ, dekontaminasyon, izolasyon gibi özel odalardan uygun olan odaya, Triaj 5 kategorisindeki hastalar şikayetlerine göre hızlı bakı birimlerinde ya da uygun olan özel odaya alındı.

Çalışmaya ait tüm verilerin kaydı IBM SPSS for Windows 21.0 paket programı kullanılarak kaydedildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testleri kullanıldı. Betimleyici değerler olarak sürekli değişkenlerde medyan (minimum- maksimum), kategorik değişkenlerde ise n ve % değerleri verildi. p< 0,05 istatistikî olarak anlamlı kabul edildi. Çalışmada kullanılan form Ek-1 de sunulmuştur.

## Bulgular

Çalışmaya 01.11.2012 ile 01.11.2013 tarihleri arasında hastanemiz erişkin acil servisine başvuran 12863 hastanın hastane elektronik veri tabanında eksiksiz verileri olan 12550 hasta alınmıştır. Eksik veya hatalı veri girilen 313 hasta (%2,4) çalışmanın dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 6535'i (% 52.1) erkek, 6015'i (%47.9) kadındı. Hastaların median yaşı 33 ( min: 0 max: 99) idi. Hasta yaş dağılımına göre en sık 18-65 yaş grubunda hasta olduğu belirlendi.

Hastalar triaj kategorilerine göre incelendiğinde; en sık triaj 4 ve triaj 5, en az sıklıkta ise triaj 1 kategorisinde hasta olduğu saptandı.

Hastaların acil servisimizde alındığı tedavi alanlarına göre dağılımına bakıldığında hastaların %52,1'inin hızlı bakı birimi, % 21,6'sının kısa süreli gözlem odası, % 9'unun ise monitörlü gözlem odasına alındığı görüldü.

Acil serviste takibi süresince girişim odasına ihtiyaç duyulan hasta sayısı 836 (%6,7) olarak saptanmıştır. Girişim odasına alınan hastalara uygulanan girişimlere bakıldığında sırasıyla en sık iki girişim; üreter kataterizasyon (n: 694, 62,3) ve nazogastrik sonda takılması (n: 277, %24,9) olduğu görüldü (Tablo-II).

**Tablo II.** Yapılan girişimlerin dağılımı

Yapılan Girişim	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Üreter kataterizasyon	694	62.3
Nazogastrik sonda takılması	277	24.9
Parasentez	37	3.3
Diyaliz katateri takılması	23	2.1
Santral Venöz katater takılması	20	1.8
Torasentez	15	1.3
Tüp Torakostomi	13	1.2
Apse drenajı	13	1.2
Lomber ponksiyon	7	0.6
Sistostomi açılması	4	0.4
Hematoma boşaltılması	3	0.3
Sengstaken- Blakemore tüpü takılması	2	0.2
Perkutan nefrostomi açılması	2	0.2
Pleuroken tüpü takılması	2	0.2
Eklem ponksiyonu	2	0.2
Toplam	1114	100.0

Hastaların ihtiyaç duyulan ideal tedavi alanlarına göre dağılımları incelendiğinde sırasıyla %36,1'inin hızlı bakı birimi, % 26,2'sinin kısa süreli gözlem ve %10'unun monitörlü gözlem odası ihtiyacı olduğu saptandı (Tablo-III).

**Tablo III.** Hastaların ihtiyaç duyulan ideal tedavi alanlarına göre dağılımı

İhtiyaç Duyulan Tedavi Alanı	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Hızlı bakı birimi (fast-track alanı)	4636	36.1
Kısa süreli gözlem odası	3291	26.2
Monitörlü gözlem odası	1261	10.0
Sütür / Küçük Cerrahi odası	1058	8.4
KBB/ GÖZ odası	775	6.2
Ortopedi / alçı odası	525	4.2
Erişkin travma odası	347	2.8
Pediyatrik travma odası	317	2.5
Jinekoloji odası	134	1.1
Resüsitasyon odası	115	0.9
İzolasyon odası	103	0.8
Psikiyatri odası	87	0.7
Dekontaminasyon odası	1	0.0
Toplam	12550	100

İhtiyaç duyulan tedavi alanları hastaların sonlanma durumlarına göre değerlendirildiğinde; hızlı bakı birimine alınan hastaların %99,8'inin, kısa süreli gözlem odasına alınan hastaların %89,4'ünün ve monitörlü gözlem odasına alınan hastaların % 62,4'ünün taburcu olduğu görüldü. Ayrıca sütür odası, ortopedi / alçı odası, erişkin travma, KBB/ Göz, psikiyatri ve pediyatrik travma odasına alınan hastalarda taburculuk oranının yüksek olduğu saptandı. İzolasyon, resüsitasyon ve jinekoloji odasına alınan hastalarda ise yatış oranlarının yüksek olduğu görüldü (Tablo-IV).

**Tablo IV.** Tedavi alanlarının hastaların sonlanış şekline göre dağılımı

Tedavi alanları	Taburcu		Yatış		Sevk		Acil serviste ex		Acil servisi izinsiz terk		Tedaviyi ret		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
HBB	4526	99.8	1	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.1	4	0.1	4536	100
Kısa süreli gözlem	2943	89.4	273	8.3	24	0.7	0	0.0	6	0.2	45	1.4	3291	100
Monitörlü gözlem	787	62.4	352	27.9	63	5.0	0	0.0	1	0.1	58	4.6	1261	100
Resüsitasyon	7	6.1	52	45.2	33	28.7	19	16.5	0	0.0	4	3.5	115	100
Sütür	949	89.7	43	4.1	19	1.8	0	0.0	3	0.3	44	4.2	1058	100
Ortopedi / alçı	500	95.2	15	2.9	3	0.6	0	0.0	1	0.2	6	1.1	525	100
Erişkin travma	252	72.6	65	18.7	18	5.2	0	0.0	0	0.0	12	3.5	347	100
Jinekoloji	58	43.3	60	44.8	2	1.5	0	0.0	6	4.5	8	6.0	134	100
KBB/ GÖZ	715	92.3	45	5.8	0	0.0	0	0.0	8	1.0	7	0.9	775	100
Psikiyatri	60	69.0	2	2.3	14	16.1	0	0.0	2	2.3	9	0.3	87	100
İzolasyon	37	35.9	61	59.2	4	3.9	0	0.0	0	0.0	1	0.0	103	100
Dekontaminasyon	1	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100
Pediyatrik travma	263	83.0	42	13.2	6	1.9	0	0.0	2	0.6	4	1.3	317	100

## Tartışma ve Sonuç

Acil tıp hizmetleri için uygun hizmet alanlarının oluşturulması halk ile hastane arasında iyi bir ilişki sağlanması ve sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir. Hastanelerin dışarıya açılan pencereleri olarak nitelendirilen acil servislerin uygulanan hizmet kalitesinin yanı sıra, mevcut mimari yapısı da halkın hastaneye bakış açısını şekillendirmede oldukça önemlidir<sup>4,5</sup>.

Unutulmaması gereken bir diğer husus, acil servislerin hastanelerin verdiği hizmetlerin çoğunu geceleri, hafta sonları, tatil ve bayram günleri tek başına ve kesintisiz vermek durumunda kalmasıdır. Bunun yanında, doğrudan ulaşılabilirlik gibi nedenlerle acil servisler, acil vakaların yanında acil olmayan vakaların da değerlendirildiği merkezlerdir. Bu nedenle hastane acil servisi, stabil hasta popülasyonuna da hizmet verileceği hesaplanarak planlama yapılmalıdır<sup>5</sup>.

Hastanemiz acil servisi triaj, hızlı bakı birimi, kısa süreli gözlem odası, monitörlü gözlem odası, sütür/küçük cerrahi odası, ortopedi/ alçı odası ve travma odasından oluşmaktadır. Dekontaminasyon odası, resüsitasyon odası, izolasyon odası, psikiatri odası ve özel odalar bulunmamaktadır. Acil servislerdeki fizik alan kısıtlılığı ve yetersizliğinin temel nedeni, acil servis alanının uzmanlarca planlanıp düzenlenmesi yerine daha sonra ihtiyaçlar doğrultusunda gerçekleştirilen hastane içi değişikliklerle sağlanmasıdır<sup>5,6</sup>. Deniz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil tıp anabilim dallarından % 59'unun hizmet verdikleri alanın acil servis olarak planlandığı, %4.5'inde dekontaminasyon odası olduğu, % 40'ında triaj ünitesi olmadığı ve % 64'ünde girişe yakın bölgede resüsitasyon odası olduğu saptanmıştır<sup>5</sup>.

Hastaların acil servisimizde alındığı odalara göre dağılımı incelendiğinde en çok kullanılan odaların hızlı bakı birimi ve kısa süreli gözlem odası olduğu görüldü. Triaj 4 ve triaj 5 kategorisindeki başvuruların ağırlıklı olması ile bu bulgu uyumludur. En az kullanılan oda ortopedi/ alçı odası şeklinde bulundu. Bunun nedeni majör travma hastalarının travma odasında değerlendirilmesi ve alçı- atel uygulamasının da travma odasında hasta başında yapılması olabilir. Ayrıca başvuru şikayeti olarak en sık travma görülmesine rağmen, bu başvuruların genellikle tetkik ve tedavi gerektirmeyen basit yaralanmalar olmasının da alçı odasının en az kullanılan oda olmasına katkısı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların alınması gereken ideal tedavi odalarına göre dağılımına bakacak olursak acil servisinde bulunmadığı halde hastaların %6.2'sinin KBB/ göz odasına, %2.5'inin pediatrik travma odasına, %1.1'inin jinekoloji odasına, %0.9'unun resüsitasyon odasına, %0.8'inin izolasyon odasına, %0.7'sinin psikiatri odası ve 1 tane hastanın da dekontaminasyon odasına

ihtiyacı olduğu görüldü. Bu ihtiyacın diğer odaların kullanımıyla giderilmeye çalışıldığı saptandı.

Hastaların acil serviste takibi süresince çeşitli girişimsel işlemler gerekli olabilmektedir. Bu işlemlerin uygun şartlarda ve hasta mahremiyetine uygun olarak yapılabilmesi için kılavuzlarda acil servis içinde girişim odası bulunması önerilmektedir. Çalışmamızda 836 hastanın girişim odası ihtiyacı olduğu görüldü. En sık uygulanan girişimler ise üriner kataterizasyon ve nazogastrik sonda takılması olarak bulundu.

İdeal acil servis mimarisi ile ilgili yayınlanmış çeşitli kılavuzlar bulunmaktadır<sup>2-4</sup>. Bununla birlikte yeni bir acil servis tasarlanırken öncelikle gereksinimler belirlenmelidir. Gelecek yıllarda başvuracak hasta sayısında artış olabileceği de göz önünde bulundurularak, hasta popülasyonu dikkate alınarak, eldeki var olan fiziksel ve maddi olanaklar doğrultusunda hekim ve mimar ortak kararıyla planlanmalıdır.

Hasta başvurularındaki yıllık artış göz önünde bulundurularak ACEM kılavuzuna göre yıllık 100.000 hasta başvurusu için acil servisimizin ihtiyaç duyduğu ideal yapılanmada her sedye için 25 m<sup>2</sup>'lik 6 yataklı resüsitasyon odası olmalı ve bu odanın toplam alanı 150 m<sup>2</sup> olmalıdır<sup>3</sup>. Triaj ve resepsiyon alanı için, medikal kayıt ve depolama alanı hariç, 180 m<sup>2</sup> alan ayrılmalıdır. 1 adet dekontaminasyon odası bulunmalıdır. Yine ACEM kılavuzu esas alındığında acil servis başvurularımızın büyük çoğunluğu oluşturan acil olmayan ve ayaktan tedavi edilen hastalar için 25 adet hızlı bakı birimi yapılmalıdır. 25 m<sup>2</sup>'lik 2 tane izolasyon odası, 16 m<sup>2</sup>'lik psikiatri odası yapılmalıdır. KBB/ Göz odası, jinekoloji odası gibi özel odaların her biri 16 m<sup>2</sup> olacak şekilde planlanmalıdır. Artan ihtiyaç halinde izolasyon odası, jinekoloji odası, vb şekilde kullanılacak ayrıca immüsuprese, VIP (very important person) hastaların alınabileceği 10 adet tek kişilik oda bulunmalıdır. Acil servisimizde 20 m<sup>2</sup>'lik bir adet alçı odası ve 20 m<sup>2</sup>'lik bir adet girişim odası bulunmalıdır. 12 m<sup>2</sup>'lik konsültasyon odası planlanmalıdır. Ciddi yada ciddi potansiyeli olan – kritik – hastaların tedavi edilebileceği, her biri en az 12 m<sup>2</sup> olan ve her yatak arası en az 2.4m mesafe olan 90 adet akut tedavi alanı gereklidir. Prosedür, alçı, görüşme odaları bu alanın dışındadır. 90 tedavi alanının en az 45'inde monitörizasyon sağlanması önerilmektedir. Acil servis çalışanları için akut tedavi alanının merkezinde, alandaki tüm yatakları ve monitörleri görebilecek şekilde konumlandırılmış 10 m<sup>2</sup>'lik çalışan istasyonu bulunmalıdır. Hasta yakınları için 500 m<sup>2</sup>'lik bekleme salonu ve 2 tane hasta yakını bilgilendirme odası bulunması önerilmektedir. Kılavuza göre ayrıca 80 m<sup>2</sup>'lik eğitim odası, 220 m<sup>2</sup>'lik acil servis deposu ve 400 m<sup>2</sup>'lik idari alan yapılması ve idari alandaki her ofisin minimum 9 m<sup>2</sup> olması önerilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda yıllık 100.000 hasta başvurusu öngörülen acil servisimiz için toplam 5000 m<sup>2</sup>'lik bir alana ihtiyaç vardır.

## Acil Servis Tasarımı

Bir yıllık süre içinde 12550 hasta ile yapmış olduğumuz çalışmada acil servisimizin mevcut fiziki özellikleri ve hasta profilimiz göz önünde bulundurularak kılavuzların ışığında ideal acil servis yapılanmamızı belirlemeye çalıştık. Ülkemizde ideal acil servis tasarımı ile ilgili yapılmış yeterli çalışma bulunmamaktadır. Acil servislerin daha iyi hizmet verebilmesi için her hastane kendi fiziki şartları, bütçe ve ihtiyaçlarını göz önüne alarak kılavuzlar ışığında kendisine en uygun acil servisi planlamalıdır.

---

## Kaynaklar

1. Ersoy G. “İdeal Acil Servis Mimarisi” Nasıl Olmalı. İç: Sözüer E, İkizceli İ, editör. Travma El Kitabı. Adana Nobel Kitapevi; 2011.s.17-34.
2. Emergency department design. A practical guide to planning for the future. Jon Huddy, AIA. American College of Emergency Physicians, 2002. Dallas, USA
3. <https://www.acem.org.au/getattachment/b5807692-cba0-48b2-a277-d7ee8445eb4e/Emergency-Department-Design.aspx>
4. Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. T.C. Resmi Gazete.16 Ekim 2009-Sayı:27378
5. Deniz T, Aydınuraz K, Oktay C, Saygun M, Ağalar F. Ülkemizde Acil Tıp Anabilim Dalları'nda acil servislerin fonksiyonel mimari açısından değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2007;13(1):28-35
6. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. Am J Emerg Med 2005; 23:131-7.