

Yönetişim

*Stephen M. Pastores, MD, FACP, FCCP, FCCM and
Vladimir Kvetan, MD, FCCM
Çeviri: Doç. Dr. Eyüp Horasanlı*

79

ÖNEMLİ NOKTALAR

- 1 Yoğun bakım servislerinin organizasyonu ve idaresi YBÜ'lerin performansında anahtar rol oynar ve hastaların akıbetlerini ve sağlık bakım masraflarını etkileme potansiyeline sahiptir.
- 2 Gelişmiş yönetim imkanlarına sahip yoğun bakım organizasyonları birtakım avantajlar sağlar buda YBÜ sorumluluğu tanımlanmış tek bir liderlik altında toplamak ve masrafları azaltmak için fırsat oluşturmakta, YBÜ'ler arasında teknolojilerin standardize edilmesi ve artırılmış yoğun bakım araştırmalarına fırsat tanımaktadır. Daha istikrarlı bir ortam sağlayarak yetişmiş elemanların bölümden ayrılması önlenabilmektedir.
- 3 Yönetişimin birleştirilmesine yönelik hareketler yoğun bakım üst ihtisası eğitimi döneminde başlar.

GİRİŞ

Yoğun Bakım Tıbbı (YBT) elli yıl önce bağımsız bir uzmanlık alanı olarak kabul edildikten sonra büyük adımlarla ilerlemiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) YBT'nin kullanımı ve maliyeti artmaya devam etmektedir. 2000 ile 2010 arasında yoğun bakım yataklarına sahip yaklaşık 3000 acil bakım hastanesindeki yoğun bakım yatak sayıları %17.8 arttı (88,235'den 103,900'e). 2010 yılında ABD'de yoğun bakım hastane masraflarının %13.2'sini ve ulusal sağlık harcamalarının %4.1'i ve gayri safi milli hasılanın %0.74'ü (108 milyar dolar) oluşturmaktadır. Yoğun bakımın hastanelerin önemli miktarda yatak sayısını ve kaynaklarını kullanması ve acil servis ve ameliyathanelerden hasta akışında belirleyici rol oynaması nedeniyle hastane yönetimlerinde bu kaynağın birleştirilmesi, standardize edilmesi ve kontrol edilmesi hayati önem taşımaktadır.

ABD'deki eğitilmiş yoğun bakım uzmanlarının göreceli azlığına çözüm olarak ve bu darboğazı hafifletmek için önerilenler arasında yoğun bakım hizmetlerinin seviyelendirip bölgeselleştirilmesi ve

kamu hastanelerinde hastane hekimi, ileri uygulama personeli (pratisyen hemşire ve hekim yardımcısı) gibi alternatif personelle ve Yoğun Bakım Tele Tıp uygulamaları ile açığın kapatılması planlanmaktadır.

Son yıllarda akademik merkezlerdeki YBÜ'leri, personeli ve kaynaklarını birleştirerek bölüm sınırlarını aşan ve onların üstünde yer alan gelişmiş yönetim organizasyonları oluşturulmaktadır. Servis sınırları, sistemler, imza hiyerarşisi, merkezler, enstitüler ve kliniklerin oluşturduğu sınırları aşan daha farklı bir çerçeve söz konusudur. Günümüzde Kuzey Amerika'da üniversite bazında sadece Pittsburgh Üniversitesinde akademik yoğun bakım departmanı kalmıştır. Yoğun bakımlarda hizmete dayalı yapılanma modeline geçiş sağlık bakımının kalitesini ve güvenliğini artırmayı gerektirir. Kamuyu ile yapılan şeffaf paylaşımlar sağlık bakım endüstrisinin iyi yönetilen yoğun bakım hizmetlerine olan ihtiyacının tıp merkezlerinin ticari yönetimlerinin önemli bir aracı olarak kabul edilmesine ivme katmıştır. Birleşmiş bir yoğun bakım yönetimine ihtiyaç duyan alanlardan; hasta yönetimi, protokol-

bakımından en fazla faydayı sağlayacak hastaları seçme becerisine de sahip olacaktır. Tıbbi acil ekiplerinin veya hızlı müdahale ekiplerinin sonucu değiştirme konusundaki etkililiği tartışma konusu olsa da, hızlı karar veren kişinin en kalifiye hekim olmasındaki kurumsal fayda inkar edilemez. Yoğun bakımdan fayda görmeyecek hastalar için rahatlatıcı önlem almak veya palyatif bakıma yönlendirmek de çok önemli. Aynı zamanda yoğun bakım uzmanları YBÜ bakım denemesinin başarılı olup olmayacağını tespit edebilme yeteneğine sahip olduğundan bakım sunumu için süre kısıtlaması koyabilmektedirler. Tüm çabalara ve girişimlere rağmen Amerika Birleşik Devletlerindeki kritik kronik hastaların sayısı ne yazık ki yüzbinlerle ifade edilmektedir. Bu hastaların birçoğu uzun süreli serebral ve nöromusküler bozukluklardan muzdariptirler ve başarısız YBÜ bakım denemesi sonrasında erken ölüm riskleri mevcuttur. Uzun dönem akut bakım (UDAB) gibi alternatif bakım kuruluşlarına erişim ve faydası tartışma konusu olduğundan dolayı hizmetleri askıya alınmakta, tesise ihtiyaç olduğunu gösteren sertifika şartı aranmakta, hastaya ve sağlık sistemine olabilecek kısıtlı faydalarını gösterilmesini istenmekte.

Sonuç olarak ABD çapında yoğun bakım liderleri yoğun bakım uzman sayısının kısıtlı olduğu ve dış denetleyici kurumların bakım kalitesinin ve etkinliğinin artırılması için zorladıkları günümüzde YBÜ hizmetine yönelik artan hasta talebi ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu liderler aynı zamanda yeni kuşak yoğun bakım hekimlerin ve hekim dışı sağlık personelinin (hemşire, hekim yardımcısı) eğitimleri ile ilgilenmek zorundadırlar; birçok YBÜ içeren hastanelerde standardize bakım ve teknolojiler; hastane içinde YBÜ entegrasyonunu en uygun hale getirmek durumundadırlar; maliyet kontrolü, araştırma ve bütçe temini konuları da ilgilenmeleri gereken konulardır. Yönetişimin birleştirilmesi hareketi yoğun bakım uzmanlarının asistanlık eğitimlerinde başlamaktadır. Daha gelişmiş yönetim YBO'ların akut bakım hastanelerinde etkili ve başarılı liderlerin önderliğinde oluşturulması sadece yüksek kaliteli güvenilir hasta bakımının teminatı olmakla kalmaz aynı zamanda kaynakların daha etkin kullanılmasını ve kurumsal operasyonlarda ve geliştirmelerde de destek olmalarını sağlamaktadır.

REFERANSLAR

1. Halpern NA, Goldman DA, Tan KS, Pastores SM. Trends in critical care beds and use among population groups and Medicare and Medicaid

- beneficiaries in the United States: 2000-2010. *Crit Care Med.* 2016 Aug;44(8):1490-1499..
2. Halpern NA, Pastores SM, Oropello JM, Kvetan V. Critical care medicine in the United States: addressing the intensivist shortage and image of the specialty. *Crit Care Med.* 2013 Dec;41(12):2754-2761.
3. Nguyen YL, Kahn JM, Angus DC. Reorganizing adult critical care delivery: the role of regionalization, telemedicine, and community outreach. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010;181:1164-1169.
4. Siegal EM, Dressler DD, Dichter JR, Gorman MJ, Lipsett PA. Training a hospitalist workforce to address the intensivist shortage in American hospitals: a position paper from the Society of Hospital Medicine and the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2012 Jun;40(6):1952-1956.
5. Gershengorn HB, Wunsch H, Wahab R, et al. Impact of nonphysician staffing on outcomes in a medical ICU. *Chest.* 2011;139:1347-1353.
6. Lilly CM, Zubrow MT, Kempner KM, et al. Critical care telemedicine: evolution and state of the art. *Crit Care Med.* 2014 Nov;42(11):2429-2436.
7. Pastores SM, Halpern NA, Oropello JM, Kostelecky N, Kvetan V. Critical care organizations in academic medical centers in North America: a descriptive report. *Crit Care Med.* 2015 Oct;43(10):2239-2244.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: National Academy Press; 2000.
9. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Washington, DC: National Academy Press; 2001.
10. Brilli RJ, Spevetz A, Branson RD, et al. American College of Critical Care Medicine Task Force on Models of Critical Care Delivery; The American College of Critical Care Medicine Guidelines for the Definition of an Intensivist and the Practice of Critical Care Medicine. Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. *Crit Care Med.* 2001;29:2007-2019.
11. Weled BJ, Adzhigirey LA, Hodgman TM, et al. Task Force on Models for Critical Care. Critical care delivery: the importance of process of care and ICU structure to improved outcomes: an update from the American College of Critical Care Medicine Task Force on Models of Critical Care. *Crit Care Med.* 2015 Jul;43(7):1520-1525.
12. Stockwell DC, Pollack MM, Turenne WM, Slonim AD. Leadership and management training of

- pediatric intensivists: how do we gain our skills? *Pediatr Crit Care Med*. 2005;6:665-670.
13. Gasperino J, Brilli R, Kvetan V. Teaching intensive care unit administration during critical care medicine training programs. *J Crit Care*. 2008 Jun;23(2):251-252.
 14. Moore JE, Pinsky MR. Faculty development for fellows: developing and evaluating a broad-based career development course for critical care medicine trainees. *J Crit Care*. 2015 Oct;30(5):1152.e1-e6.
 15. Hillman K, Chen J, Cretikos M, et al; MERIT study investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2005 Jun 18-24;365(9477):2091-2097.
 16. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *J Palliat Med*. 2011;14(1):17.
 17. Lecuyer L, Chevret S, Thiery G, Darmon M, Schlemmer B, Azoulay E. The ICU trial: a new admission policy for cancer patients requiring mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 2007 Mar;35(3):808-814.
 18. Kahn JM, Le T, Angus DC, et al; ProVent Study Group Investigators. Chronic critically ill: the epidemiology of chronic critical illness in the United States. *Crit Care Med*. 2015 Feb;43(2):282-287.
 19. Kahn JM, Werner RM, David G, Ten Have TR, Benson NM, Asch DA. Effectiveness of long-term acute care hospitalization in elderly patients with chronic critical illness. *Med Care*. 2013 Jan;51(1):4-10.
 20. St. Andre A. The formation, elements of success, and challenges in managing a critical care program: Part 1. *Crit Care Med*. 2015 Apr;43:874-879.