

## ACİL TIP UZMANLIĞI VE ACİL DEPARTMAN ÇALIŞMALARINDA STANDARDİZASYON

Dr. Ali ÇALIKUŞU\*, Dr. M. Ali UYGUN\*

\* S.Ü.T.F. İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı

Günümüzde ülkemizi ilgilendiren bir sorun olan acil sağlık hizmeti üretimindeki yetersizliğin bir çok nedeni sayılabilir. Bunlar arasında yıllardır ön planda olan fiziki yetersizlikler günümüzde aşılma aşamasına gelmiştir. Yöneticiler acil sağlık hizmetlerinin önemini artık kavramışlardır. Bugün ülkemizde birçok üniversite, üniversite dışı kurum ve devlet hastanesinde, merkezi ve lokal kaynaklar kullanılarak yeni, güzel görünümlü ve iyi sayılabilecek donanımlara sahip acil departmanlar kurulmuş ve kurulmaktadır. Ancak yeni ve donanımlı acil servislerde de yeterli ve gerekli acil sağlık hizmeti ne yazık ki üretilememektedir. Bunun nedeni acil servislerin standardize olmaması, fonksiyonlarının net olarak belirlenmemesi ve bu hizmeti üretecek insan faktörü sorununa bugüne değin eğilinmemesidir. Bu nedenle acil sağlık hizmetleri her üniteye sorumlu sağlık personelinin bilgi ve tecrübe ve alışkanlıklarına göre nitelik ve nicelik farklılıkları göstermektedir.

Son yıllarda artan toplumsal ve medikal ihtiyaçlara paralel olarak, ülkemiz insanının acil sağlık hizmeti beklentisini gereken şekilde karşılayabilmek üzere tüm ülke genelinde acil departmanların reorganizasyonu, günümüzde en çok tartışılan sağlık sorunlarımızdan birisidir. Bugün sağlık sektöründe çok katılımlı tartışma ortamlarında sık tartışılan konulardan birisi acil departmanların reorganizasyonlarının nasıl olması gerektiğidir (1-2).

Konunun çözümüne katkıda bulunmak üzere son iki yıldır (İzmir, Konya, İstanbul, Çukurova, Kayseri, Bursa, Samsun gibi illerimizde kurulu) bazı üniversitelerimizde İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı

ları kurulmuştur. Henüz alt yapısı ve mevzuatı oluşmamış bu kurumlar, kuruluş ve organizasyon çabalarını sürdürmektedir. Diğer yandan günümüzde sağlık sektöründe faaliyet gösteren tüm disiplinlerin dahili ve cerrahi disiplinlerden tomurcuklanıp kopmaları esnasında duyulan eksiklikler, tereddütler ve sancılar İlk ve Acil Yardım Anabilim Dallarının kuruluşunda da gündeme gelmektedir. Acil servislerdeki personel gereksinimleri, acil servislerin fonksiyon ve nitelikleri, acil tıp uzmanlarının eğitimi ve görev alanları nasıl olmalı gibi, bugün birçok meslektaşımızın cevabını bilmediği, üzerinde çeşitli görüşler üretilen, hatta spekülasyonlar yapılan sorular cevap beklemektedir. Bu soruların cevabı zaman içinde yapılacak kurumsal ve yasal düzenlemelerle verilecektir.

Üniversitelerimizin İlk ve Acil Yardım Anabilim Daları ve Sağlık Bakanlığının bazı ünitelerinin öncülüğünde kurulan Acil Tıp Derneği konu ile ilgili tüm meslektaşlarımızı ve yasa koyucuları aydınlatmak, organizasyon ve eğitime katkıda bulunmak üzere yaklaşık bir yıldır faaliyet göstermektedir. Acil Tıp Derneğimizin yakın dönemde düzenlediği "ACİL TIP EĞİTİMİNDE STANDARDİZASYON" konulu toplantıda alınan sonuçlar; cevabı aranan soruların bir kısmına cevap verici diğer bir kısmına ise en azından yol gösterici nitelikte olup aşağıda verilmektedir (3).

### Acil Tıp Uzmanlık Eğitiminde Standardizasyon Toplantısı Sonuçları Bildirgesi

1- Acil tıp uzmanın tüm hayatı tehdit edici konularda öncelikli acil yaklaşım ve kardiyak, solunum, enfeksiyon, cerrahi, ortopedik, toksikolojik vs. acil

hastalıklar konusunda eğitim göstermesi gereklidir. Bunun yanında bir acil tıp uzmanının adli tıp eğitimi, afet tıbbi eğitim ve planlaması, acil servis yönetimi, yoğun bakım hizmeti, hastane öncesi ilk yardım ve hasta transportu, kara ve hava ambulans hizmeti konularında da eğitim görmesi gereklidir. Bu eğitim sonucunda hastaya müdahalede gerekebilecek tüm acil girişimlerin bir listesinin hazırlanması ve tüm fakültelerin İlk ve Acil Yardım Anabilim Dallarından girişimler hakkında görüş ve katkılarının alınması sonuç olarak girişim protokol listesinin hazırlanması uygundur. Örnek liste aşağıda mevcut olup ( Tablo 1) bu listede yer alan girişimler son 10 yıldır Amerika Birleşik Devletleri'nde acil departmanlarda uygulanmaktadır (4).

2- Türkiye' de yeterli sayıda ve kalitede acil tıp uzmanı yetişinceye kadar acil servislere dahiliye ve genel cerrahi ağırlıklı multi disiplinler yaklaşımı ve acil servis deneyimi olan öğretim üyeleri istihdam edilmeli anestezi ve ortopedi ile yakın ilişki de eğitimcinin özelliklerinden olmalıdır. Ayrıca yabancı acil tıp uzmanlarının davet edilmesi gereklidir.

3- İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalında hekim olarak acil tıp asistanları, diğer anabilim dallarından rotasyonel asistanlar, pratisyen hekimler, öğretim üyesi olarak acil tıp uzmanları ile beraber diğer anabilim dallarındaki öğretim üyelerinin part-time çalışmaları sağlanmalıdır.

4- İhtisas süresi en az 4 yıl olmalıdır.

5- Ameliyathane acil servise yakın olmalı, operasyon ve postoperatif bakım kesinlikle ilgili branş hekimi tarafından yapılmalıdır.

6- Bir öğretim üyesinin İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalında çalışmasını cezbetmek için fazla maaş, fazla izin, iş riski tazminatı, döner sermaye ücretlerinin artırılması, vakıflardan destek ve yetkilerinin artırılması gibi tedbirler alınmalıdır.

7- İlk ve Acil Yardım Anabilim Dallarını diğer anabilim dallarının desteği ile açılmalı, İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı eğitim programı diğer anabilim dallarına gönderilmeli, anabilim dalları arasında birlikte aylık düzenli toplantıların yapılması gereklidir.

8- Gözlem bölümünün denetiminin tümü ile İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı'nın sorumluluğunda olması ve hasta stabilize hale geldikten sonra veya tanı sonrası 6 saatten uzun süre gözlenmesi gerekirse, acil servisteki iş yükünü hafifletmek için hastaların servislere çekilmesi gereklidir.

Bu bildirgeden tüm meslekdaşlarımızın yararlanacağını ve yeni tartışma ortamlarında konu ile ilgili düzeyli ve yararlı tartışmaya neden olacağına inanıyoruz.

Tablo 1. Acil Serviste Yapılması Gereken Girişim Örnek Protokol Listesi

### RESPIRATUAR GİRİŞİMLER

Acil Havayolu Girişimleri  
Mekanik Ventilasyon  
Torakosentez  
Acil Krikotiroidotomi

Havalanma ve Oksijen sağlama  
Transtrakeal Aspirasyon  
Tüp Torakostomi  
Trakeotomi Bakımı

### KARDİOLOJİK GİRİŞİMLER

Karotid Sinüs Mesajı  
Defibrilasyon  
Perikardiosentez  
CPR için mekanik yardımcılar  
Transtorastik ve Transkütan Kardiak Pace Yerleştirme

DC Kardioversiyon  
Acil Transvenöz Pace Yerleştirme  
İntrakardiak Enjeksiyonlar  
Hayat kurtarıcı torakotomi

### **DAMARYOLU AÇILMASI VE SIVI TEDAVİSİ**

Geniş lümenli kateter yerleştirilmesi

Subclavian ven girişi

Kemikçi infüzyonlar

Arterial girişim ve kanülasyon

Pnematik antişok giysisinin kullanımı

Santral venöz kateterizasyon: internal jugular yaklaşım ve alternatifleri

İnfant ve çocuklarda damaryolu ve kan ile ilgili girişimler

Ortostatik vital bulguların klinik değerlendirilmesi

Tranfüzyon tedavisi: kan ve kan ürünleri

Venöz Cutdown

Santral venöz basınç ölçümü

Endotrakeal ilaç uygulamaları

Ototransfüzyon

Dopler ultrasonunun klinik kullanımı

### **ANESTEZİYOLOJİ**

Acil departmanında reyonel anestezi

Nitroz oksit aneljezisi

İntravenöz reyonel anestezi

### **GENEL CERRAHİ**

Yara bakımının prensipleri

Yumuşak dokudan yabancı cisim çıkarılması deri greftlemesi

Cilt kapamanın alternatifleri

### **ORTOPEDİ**

Hastane öncesi stabilizasyon

Ampute parçalara müdahale

El ve bilekte ekstensör tendon yaralanmaları

Bursit ve tendinit için enjeksiyon tedavisi

Artrosentez

Kask çıkarılması

Sık çıkıkların tedavisi

Yaralı ele pansuman ve sabitleme

Trigger point tedavisi

Sırt egzersizleri

### **KADIN VE DOĞUM**

Acil Doğum

Küldosentez

Tecavüz kurbanının muayenesi

RAI çıkarılması

### **GASTROENTEROLOJİ**

Nasogastrik tüp takılması

Gastroözefajial varislerde balon tamponadı

Sigmoidoskopi / Anoskopi

Rektal Prolapsus

Zehirlenmiş hastada gastrik lavaj

Abdominal herni redüsyonu

Tromboze eksternal hemoroidler

### **ÜROLOJİ**

Acil ürolojik girişimler

Üriner travmanın değerlendirilmesi için radyolojik girişimler

### **NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ**

Servikal traksiyon aletlerinin yerleştirilmesi

Lomber ponksiyon ve BOS incelenmesi

Acil nöroşirurjik girişimler

Kalorik test

### **OFTALMOLOJİ**

Acil oftalmolojik girişimler

## OTOLARİNGOLOJİ

Acil otolaringolojik girişimler

## DİŞ HEKİMLİĞİ

Diş acilleri

## DERMATOLOJİ

Deri abselerinin boşaltılması

Yumuşuk doku iğne aspirasyonu

## MİKROBİYOLOJİ

Acil mikrobiyolojik girişimler

Anaerob kültür teknikleri

Kan kültürü teknikleri

## ÖZEL GİRİŞİMLER

Hipotermiye müdahale ve ısıtma teknikleri

Kompartman sendromu

## KAYNAKLAR

1. A. Çalığışu, A. Uygun. İlkemizde ve Dünyada Acil Sağlık Hizmeti İretimi. Toplum ve Hekim 1996. ( Yayında)
2. Özer Ş. Multipl Travmalı Hastaya Yaklaşım (Panel) Ulusal Cerrahi Kongresi, 1996.
3. Acil Tıp Derneği. Acil Tıp Bülteni, 1996; 3:8-10.
4. Clinical Procedures in Emergency Medicine : Roberts and Hedges, 1985.W.B Saunders Company Philedelphia, U.S.A.

sorunlardan biri de kullanılan aletlerin pahalı olmasıdır. Bu özellikle bir kere kullanıldıktan sonra atılan sarf malzemelerinden kaynaklanmaktadır. Ancak bunlar etilen oksid ile steril edildikten sonra da kullanılabilir.

Genel olarak laparoskopik cerrahi uygulamalarında; a) Kanama daha az olur. b) Teleskopun gördüğü obje 6-8 defa büyütüldüğü için, iyi bir eksplorasyon, mikrocerrahi bir diseksiyon ve

titiz bir hemostaz olanağı sağlar. c) Postoperatif ileus süresi kısalmır. d) Kesi yeri enfeksiyonu ve herniasyonu yok denecek kadar az görülür. e) Daha iyi bir kozmetik görünüm sağlar. Sonuç olarak laparoskopik cerrahi, avantajları ile birlikte dezavantajları ve sorunlarını da gözardı etmeden değerlendirildiğinde, erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da yararlı bir cerrahidir.

### KAYNAKLAR

1. Tan HL. Laparoscopic surgery : anatomic and physiological aspects in children. *Gaslımı* 1995; 27 : 41-6.
2. Taşkın M, Zengin K. Laparoskopik cerrahinin tarihçesi. In: Alemdaroğlu K, Taşkın M, Apaydın B. Laparoskopik Cerrahi, İstanbul, 1995.
3. Waldschmidt J, Schier F. Laparoscopic surgery in neonates and infants. *Eur J Pediatr Surg* 1991; 1: 145-150.
4. El Ghoneimi A, Vall JS, Limonne B, Valla V, Montapet P, Chavier Y, et al. Laparoscopic appendectomy in children: report of 1379 cases. *J Pediatr Surg* 1994; 29: 786-9.
5. Frazee RC, Roberts JW, Symmonds RE, Snyder SK, Hendricks JC, Smith RW, et al. A prospective randomized trial comparing open versus laparoscopic appendectomy. *Ann Surg* 1994; 219: 725-731.
6. Schlinkert RT, Braich TA. Laparoscopic assisted splenectomy for treatment of presumed immune thrombocytopenic purpura: initial results. *Mayo Clin Proc* 1994; 69: 422-4.
7. Moores DC, McKee MA, Wang H, Fischer JD, Smith JW, Andrews G. Pediatric laparoscopic splenectomy. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 1201-5.