

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Ömer SALT

**YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS
HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI
HAKKINDA TEBLİĞ İLE İLGİLİ TRAKYA
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNDEKİ ARAŞTIRMA
GÖREVLİSİ DOKTORLARIN BİLGİ DÜZEYİNİN
ARAŞTIRILMASI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Sinan TETİK

EDİRNE-2020



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı tez danışmanım sayın Doç. Dr. Ömer SALT'a, uzmanlık eğitimimin her anında yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız sayın Prof. Dr. Mustafa Burak SAYHAN'a, bu zorlu süreçte her zaman destek olan ve hiçbir an yalnız bırakmayan sevgili eşim Merve TETİK' e, destekleri için abim Selim TETİK ve eşi Seyide TETİK'e, Trakya Üniversitesi Hastanesi'ni evim gibi hissetmemi sağlayan tüm asistan ve yardımcı sağlık çalışanı arkadaşlarıma, eğitimim boyunca varlıklarıyla her daim bana destek olan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI	3
SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMACI.....	4
SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	5
ACİL SERVİSLERİN TANIMI, KAPSAMI VE ÖNEMİ.....	6
GEREÇ VE YÖNTEMLER	9
BULGULAR.....	11
TARTIŞMA	24
SONUÇLAR.....	30
ÖZET	32
SUMMARY	34
KAYNAKLAR.....	36
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ASH : Acil Sağlık Hizmetleri

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ VE AMAÇ

Acil Sağlık Hizmetleri (ASH); acil sağlık alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından akut hastalıklar, kazalar, yaralanmalar gibi vakaların acil bakım ihtiyacını gidererek hastaların morbidite ve mortalitelerini engellemek için gerekli tıbbi tedaviyle, hızlı müdahale ve hızlı karar vermeyi içeren disiplindir (1). Başka bir deyişle; insanlar için acil sağlık bakımı gerektiren durumlarda, nakil süresince bireyin yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmesine yardımcı olan ve mümkün olan en kısa sürede acil servislerine ulaşımını sağlayan önemli bir halk sağlığı hizmetidir (2). Sağlık hizmetlerini ihtiyaç duyanlara doğru şekilde ve zamanında sunmak önemlidir. Zamanında sunulmayan sağlık hizmetlerinin faydası olmayacaktır. Doğru ve etkin sağlık hizmeti sunulması için, sağlık hizmetleri kolay ulaşılabilir, kaliteli ve kesintiye uğramadan sürekli olarak sunulmalıdır, sağlık hizmetleri verimli ve etkin şekilde sunulmalıdır (3).

“Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”i 16/10/2009 tarihli ve 27378 sayılı resmi gazetede yayımlanmış 20/02/2018 tarihli 30338 sayılı Resmî Gazete’de tebliğiyle ilgili değişiklik yapılmıştır. Tebliğin amacı; yataklı sağlık tesislerinde sunulan acil servis hizmetini günümüze uygun çağdaş bir şekilde ihtiyaç ve beklentilerine uygun olmasının sağlanması, acil servislerin personel ve hizmet kıstasları, fiziki şartları, ulaşım, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartlarını belirlemek, 112 Acil Sağlık Hizmetleriyle etkili bir koordinasyon sağlamak, acil servisleri yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölge ihtiyaçlarına göre derecelendirip yapılandırılmalarını sağlamak, hasta triyajı ve renk kodu sisteminin uygulama esaslarını göstermek, bu birimlerde yürütülecek

nöbet hizmetlerine ilişkin uygulama usul ve esaslarını belirlemektir. Bu tebliğ, Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, belediyelere ve diğer kamu kuruluşlarına ait, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm yataklı sağlık tesisleri ile buralarda görev yapan personeli kapsamaktadır (4).

Çalışmamızın amacı Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde eğitim gören araştırma görevlisi doktorlara “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ”i ile ilgili bilgi düzeyini ölçmektir.



GENEL BİLGİLER

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

Sağlıklı olmak konusunda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1948 yılında yapılan tanımda ‘sağlık, yalnızca hastalık yada sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir’ (5). Sağlığın ne kadar geniş ve çok boyutlu bir kavram olduğu görülmektedir. Bu kavramlar birbirleriyle iç içe olup bedensel sorunlar ileriki süreçte ruhsal ve ardından sosyal problemleri de beraberinde getireceğinden doğrudan etkileşim kaçınılmazdır. DSÖ sağlık tanımlarına böylelikle psikolojik ve sosyal boyutları da getirmektedir (3). Sağlık ‘hastalığın yokluğu’ veya ‘bireylerin hayata katılabilme yetenekleri, stresli durumlara karşı koyabilmeleri, sahip olunan psikolojik iyilik ve fiziksel uyum düzeyi, toplumla iyi ilişkiler kurabilme becerisi’ olarak tanımlanabilir (6). Fiziksel sağlık; bireylerin psikolojik durumu ve sosyal çevresinden ayrılmayışı tanımlanmaktadır (7). Sağlık hakkı, “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi” nin 25. Maddesine göre, temel insan haklarından biridir. Bu Bildirgede, “Gerek kendisi gerek ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler de dahil olmak üzere, sağlık ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, yaşlılık veya geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksun bırakacak başka durumlarda ”herkesin sahip olması gereken “güvence hakkı” içinde yer alan temel unsurlardan biri olarak kabul edilmiştir (8).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yönelik olarak yürütülen faaliyetlerin yanında, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütününe ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri de; bireyin sağlığının korunmasına, hastalıkların tedavisine, azalan fiziksel ve

ruhsal becerilerinin rehabilitasyonuna yönelik olarak yapılan çalışmaların tümünü ifade etmekte ve toplumun sağlık statüsü üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Bu hizmetler (9);

- Sağlığın korunması ve geliştirilmesi,
- Anaçocuk sağlığı
- Aile planlaması,
- Çevre sağlığı hizmetleri,
- Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükseltilmesidir.

Sağlık hizmetlerinin hedefleri;

-Mevcut sağlık sorunlarının çözülüp, kontrol altına alınması için halk eğitimi uygulamalarının yapılması,

- Uygun beslenme şartlarının oluşturulması,
- Yeterli ve temiz içme suyu sağlanması,
- Ana sağlığı ve aile planlamasına yönelik hizmetlerin geliştirilmesi,
- Çocuk sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi,
- Bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamanın yapılması,
- Çevre şartlarının iyileştirilmesi,
- Gereksinim duyulan ilaçların temini,
- Sağlık yönetimin geliştirilmesi,
- Sık görülen hastalıklara ve yaralanmalara ilişkin tedavilerin geliştirilmesi (9).

Sağlık hizmetleri ihtiyacı olan kişilere doğru şekilde sunulmasında önemlidir. Bu sağlanmazsa sunulan hizmetin alıcıya faydası etkin olmayacaktır. Doğru ve etkili sağlık hizmeti sunmak için gereken özellikler, herkes tarafından kolayca kullanılabilmesi, kaliteyi bünyesinde barındırmalı, kesintiye uğramadan süreklilik olmalı, sağlık hizmeti etkin ve verimli olmalıdır (3). Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik sadece hizmeti alan değil hizmeti sunanlar için de çok önemlidir. Teşhis ve tedavi için gerekli ekipman, ilaç diğer hizmetlere kolay ulaşabilmeleri bu açıdan çok önemlidir.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMACI

Sağlık hizmetleri kişilerin sağlığının korunması, hastalıkların tedavisi, azalan fiziksel ve ruhsal becerilerinin rehabilitasyonuna yönelik olarak yapılan çalışmaların tümünü ifade etmekte ve toplumun sağlık statüsü üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Temel sağlık hizmetleri kapsamının belirlenmesine yönelik olarak yapılan çalışmalardan biri de, 1978

yılında Kazakistan'ın Alma-Ata şehrinde düzenlenen Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'dır. Konferans sonucunda yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi'nde, DSÖ Genel Kurulu'nda kararlaştırılan "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefine ulaşmak için izlenecek prensipler kararlaştırılmıştır. Bildirgede temel sağlık hizmetleri, karşılanabilir bir harcama sonucunda toplumun geneli tarafından kabul edilmesi ve herkese sağlanan esas sağlık hizmeti şeklinde tanımlanmıştır (9).

Sağlık hizmetleri hedefleri (9);

- Sağlık sorunlarının çözülmesi, kontrol altına alınması için halk eğitimi yapılması,
- Uygun beslenme ve barınma şartlarının sağlanması,
- Yeterli ve temiz içme suyu sağlanması,
- Anne sağlığı ve aile planlamasına hizmetlerin geliştirilmesi,
- Çocuk sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi,
- Bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamanın artırılması,
- Çevre hijyen şartlarının iyileştirilmesi,
- Gerek duyulan ilaçların sağlanması,
- Sık görülen hastalıklara yönelik tedavilerin geliştirilmesidir.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmeti alanlarında sınıflandırmalar mevcuttur. Sınıflandırma türlerine göre verilen hizmetler ve hizmeti kullanan hedef gruplarda farklılıklar bulunmaktadır. Bununla birlikte bu sınıflandırmalar neticesinde hizmeti sunan sağlık kuruluşlarında da birbirleriyle kıyaslamalar ve önemli farklılıklar söz konusudur. Bakanlıkça eşit hizmet dağılımı açısından farklılıkların olmaması için ortak bir yönetim ve planlama hizmetleri oluşturularak sağlık hizmetleri sınıflandırılması ortak paydada birleştirilmiştir (10). Sağlık hizmetlerinin genel sınıflandırılmasında birinci sırada koruyucu sağlık hizmetleri ikinci sırada tedavi edici sağlık hizmetleri üçüncü sırada ise rehabilite edici sağlık hizmetleri yer almaktadır. Üç basamağa ayrılan sağlık hizmetlerinin ana amacı, insan sağlığının bozulmasından önlem alınarak korunması, ikinci amaç ise hastalığın erken tanı alması, üçüncü amaçsa fiziksel ve ruhsal rehabilitasyonlardır (11).

Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üç ana başlık altında toplanabilir. Koruyucu sağlık hizmetleri; bireyin sağlığının korunması geliştirilmesi amacı ile alınabilecek önlemlerin tamamını kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri maliyeti düşük, etkileri yüksek kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilir.

Koruyucu sağlık hizmetleri çevresel risk etmenlerinin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması, anne ve çocuk sağlığının takibi, sıtma, verem, frengi gibi hastalıkların önlenmesi ve ortadan kaldırılması koruyucu sağlık hizmetleri olarak sayılabilir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalık sırasında sunulan sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetleri ayakta, yatarak veya evde bakım olarak sınıflandırılabilir. Rehabilitasyon hizmetleri sakatlanmış, çalışma işgücünü kaybetmiş kişiler için çalışma imkânı sağlanmasıya yönelik hizmetlerdir (12).

ACİL SERVİSLERİN TANIMI, KAPSAMI VE ÖNEMİ

Acil Sağlık Hizmetleri; acil sağlık alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından akut hastalıklar, kazalar, yaralanmalar gibi vakaların acil bakım ihtiyacını gidererek hastaların morbidite ve mortalitelerini engellemek için gerekli tıbbi tedaviyle hızlı müdahale ve hızlı karar vermeyi içeren disiplindir (1). Başka bir deyişle; insanlar için acil sağlık bakımı gerektiren durumlarda, nakil süresince bireyin yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmesine yardımcı olan ve mümkün olan en kısa sürede acil servislerine ulaşımını sağlayan önemli bir halk sağlığı hizmetidir (2). Sağlık Bakanlığının sağlık uygulama tebliğinde Acil Sağlık şu şekilde tanımlanmıştır. "Ani gelişen sağlık ve hastalık; kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden bir gün içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlarla tıbbi müdahale yapılmadığında morbidite ve mortalite riskinin olacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenler ile sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir (13).

Acil Sağlık Hizmetleri hayatı tehdit altında olan bireyin gereksinim duyduğu tıbbi bakımın zaman kaybetmeksizin verilmesidir. Acil servis, yaşamı tehdit altında olan hastalara tıbbi müdahale ve bakımın yapıldığı birimlerdir (14). Acil servisler 365 günü, 24 saat, acil hastalar için kesintisiz hizmet sunan sağlık birimleridir (15).

Acil Sağlık Hizmetleri çok faktörlü, bir bilimsel disiplindir. Bu nedenle Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) de ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır (16). ASH ani bir hastalık ve yaralanma durumunda, alanında eğitimli kişilerce, gerekli tıbbi araç ve gereç kullanılarak olayın meydana geldiği yerde, transport sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetleridir. İlk Yardım: herhangi hayatı tehlikeye düşüren hastalık durumunda, sağlık ekibi tarafından tıbbi destek sağlayıncaya kadarki sürede, hastanın hayatta kalabilmesi veya durumun daha kötüye gitmesini önleyebilmek için, ilaç ve tıbbi gereç kullanmadan eldeki imkanlarla yapılan hayat kurtarıcı uygulamalardır.

Acil Yardım; ASH alanında gerekli eğitimi almış kişilerce, ilgili tıbbi araç gereçle olay yerinde veya sevk sırasında sunulan hizmetlerdir (17). ASH, hastane öncesinde 112 ASH tarafından verilmektedir. 112 ASH ekipleri, hasta ve yaralıyı gerekli tedavisi yapıldıktan sonra, en yakın ve en uygun sağlık kuruluşuna sevk ederler. Bu aşamadan sonraki gerekli acil tedavi ise; ilgili sağlık kuruluşu bünyesinde yer alan acil servis ekiplerince yapılır. Buradan anlaşılacağı üzere, acil sağlık hizmetleri sunumundaki iki aşamadan ilki; hastane öncesinde 112 ASH ekiplerince, ikincisi ise bir sağlık kuruluşunun acil servisinde sunulur. Hastane öncesi ASH; Hastaların herhangi sağlık kuruluşuna sevkinden önce yada sevki sırasında sunulan ASH bütünüdür (18).

Hastane Acil Servisleri; Gerek resmi gerekse özel sağlık hizmetleri bünyesinde kurulan ve ASH sunan birimlerdir. Bu birimler kendilerine ayaktan/yatarak doğrudan başvuran ya da 112 ASH birimi ekiplerince ulaştırılan hastalara gerekli acil tıbbi tedaviyi sunmak, hizmetle alakalı gerekli kayıtları yapmak ve gerekli hallerde ilgili birimlere bildirim yapmakla sorumludur (17).

Acil servisler; hastane baş tabibinin teklifi ve valilik tarafından verilen olurla açılan, bünyesinde ilgili hizmeti sürekli olarak sunabilecek personele sahip kuruluşlardır. ASH yönetmeliğince kurulurlar, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının bünyesinde yer alan birimlerdir. Ancak son yıllarda birçok acil sağlık hizmeti sunan birimin, görevini tam olarak yerine getiremediği görülmektedir. Bunun nedeni acil sağlık hizmetlerinin amacı dışında kullanılması yani poliklinik hastasının acil servise başvurmak suretiyle acil servis hizmetlerinin yoğunluğunun artırılması ve hizmet sunumunu zorlaştırarak, acil hizmet gerektiren hastaya ulaşımın zorlaştırmasıdır (19).

ASH toplumun bütün üyelerinin eşit ve kolay şekilde ulaşabilmesinin sağlanması ASH en temel özelliğidir. Acil bakım birimleri arasında hastaların mağdur olmaması için benzer sistemler kullanılmalı, aralarında sürekli haberleşme olmalıdır. Hastalar için kullanılacak malzemeler hastanın girişinden, çıkışına kadar mevcut olmalıdır. Acil servisler bulundukları çevreye uygun yönetim, personel, donanım ve teçhizata sahip olmalıdır. Acil serviste görev yapan tüm personel diğer kliniklerdeki sağlık personelleriyle iletişim halinde olması ve uyum içinde çalışmalıdır (20).

Acil Sağlık Hizmetleri amacı, Acil sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nce; acil sağlık hizmetlerinin ülke çapında eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak amacıyla, sağlık hizmeti sunan ve ilgili bütün kurum ve kuruluşların uymakla mükellef oldukları esaslarıyla bu kuruluşlar arasında koordinasyon temin edilmesine ve

Bakanlık tarafından yürütülecek olan acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirlemektir (21).



GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızın etik kurul izni TÜTF-BAEK 2020/280 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 10.08.2020 tarihinde 12/32 sayılı karar ile alınmıştır (EK-1).

Çalışmamız Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde eğitim gören araştırma görevlisi doktorlara 20.08.2020-20.10.2020 tarihleri arasında "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliği"nden ve sosyodemografik sorular ile oluşturulmuş anket (EK-2) kullanılarak yüz yüze anket yöntemi ile yapılmıştır.

Çalışmamızın evreni 491 araştırma görevlisi doktordan oluşmakta olup, çalışmamıza 306 asistan katılarak evrenin %62,32' sine ulaşılmıştır. Araştırma planlanan konu ile ilgili olarak referans çalışma bulunmaması nedeniyle uzman görüşüne başvurularak gruplar arasındaki %5'lik farkın anlamlı olacağı öngörülmüş ve bundan hareketle etki büyüklüğü 0.2 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan etki büyüklüğü göz önüne alınarak %5 anlamlılık düzeyi ve %80 güçle çalışmaya en az 197 gözlemin dahil edilmesine karar verilmiştir. Çalışmamızda dahil edilme kriteri olarak, TÜTF de araştırma görevlisi doktor olmak ve gönüllü olmak olarak belirlenmiş olup dışlanma kriteri kullanılmamıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

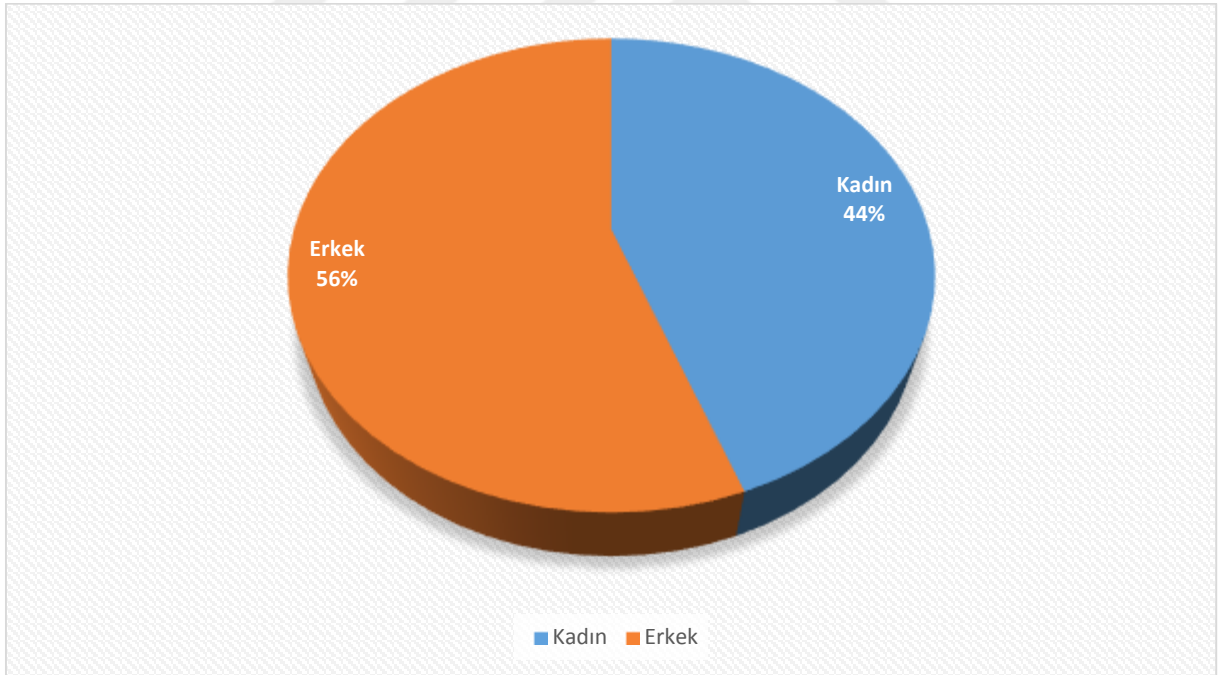
Araştırmamızda elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 19 (seri no:10240642) istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Numerik veriler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak, dağılım verileri n (kişi sayısı) ve % (yüzde) olarak verildi. Verilerimizin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler ile birlikte nonparametrik testler

olan, Mann Whitnet-U kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



BULGULAR

Çalışmamız Trakya Üniversitesi Hastanesinde çalışmakta olan 136'sı (%43,7) kadın, 170'i (%55,6) erkek toplam 306 asistan hekim ile gerçekleştirilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Hekimlerin cinsiyet dağılımı

Asistan hekimlerin yaş ortalaması $28,77 \pm 3,50$ (minimum 24-maksimum 48) yıl olarak saptanmıştır. Kadın asistan hekimlerin yaş ortalaması $28,12 \pm 2,22$ yıl, erkek asistanların ortalaması $29,30 \pm 4,65$ yıl olarak saptanmıştır.

Asistan hekimlerin cinsiyetleri ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,010$). Erkek asistan hekimlerin kadın asistan hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek yaş ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hekimlerin yaş ortalamaları

	Kadın			Erkek			
	Ortalama	Medyan	Min.-maks.	Ortalama	Medyan	Min.-maks.	p
Yas	28,12±2,22	28.00	25-36	29,30±4,65	28.00	25-48	0,010

Asistan hekimlerin meslekteki süreleri ortalama 3,91±3,09 (medyan 4,0) yıl olarak saptanmıştır, hekimlerin asistanlıktaki süreleri ortalama 22,52±16,29 (medyan 20,0) ay olarak saptanmıştır.

Asistan hekimlerin meslekteki yılları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,005$). Erkek hekimlerin istatistiksel olarak meslekteki çalışma yılı daha uzun saptanmıştır (Tablo 2).

Asistan hekimlerin asistanlık süreleri ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Hekimlerin meslekteki ortalama süreleri

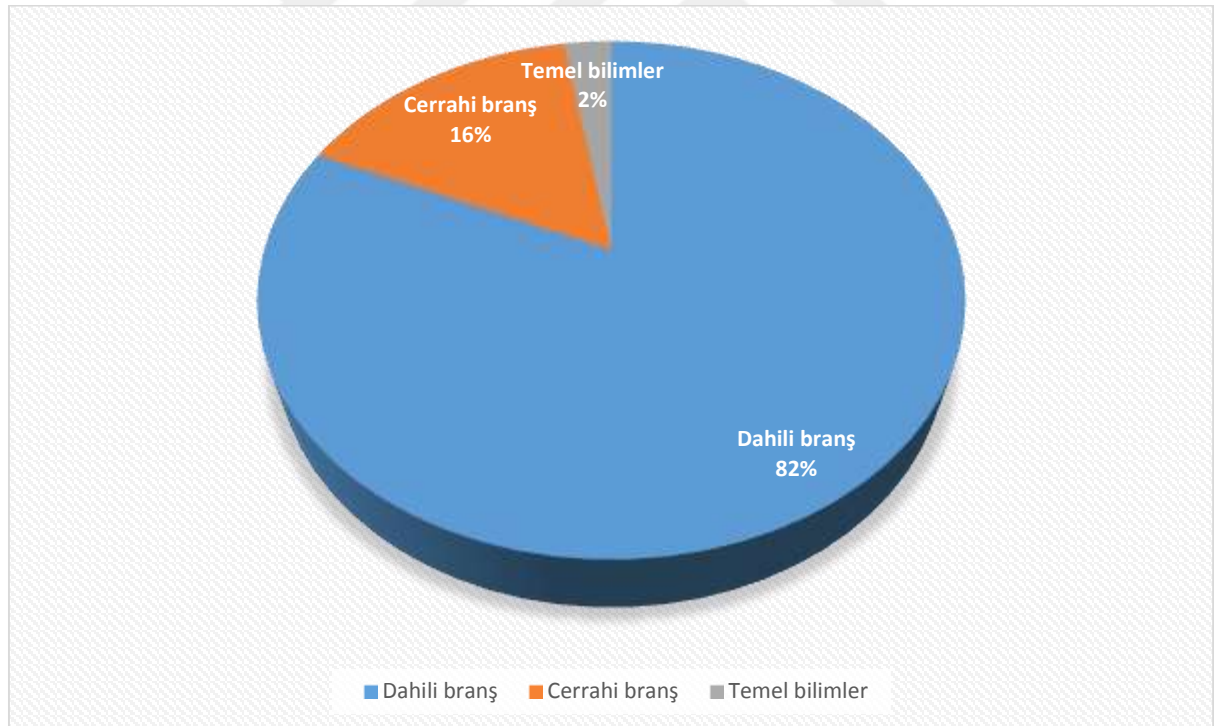
	Kadın			Erkek			
	Ortalama	Medyan	Min.-maks.	Ortalama	Medyan	Min.-maks.	p
Meslek	3,35±1,98	3.00	1-12	4,35±3,69	4.00	1-34	0,005
Asistan	20,93±15,02	18.00	1-60	23,79±17,17	21.00	1-63	0,209

Asistan hekimlerin branş dağılımları incelendiğinde en çok 70 (%22,9) kişi ile aile hekimliği, 46 (%15,0) kişi ile dahiliye, 40 (%13,1) acil, 27 (%8,8) kişi ile anestezi ve reanimasyon, 26 (%8,5) kişi ile pediatri branşında hekim olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Asistan hekimlerin 244'ünün (%79,7) dahili, 54'inin (%17,6) cerrahi, 8'inin (%2,6) temel tıp branşlarda göre yaptığı saptanmıştır (Şekil 2).

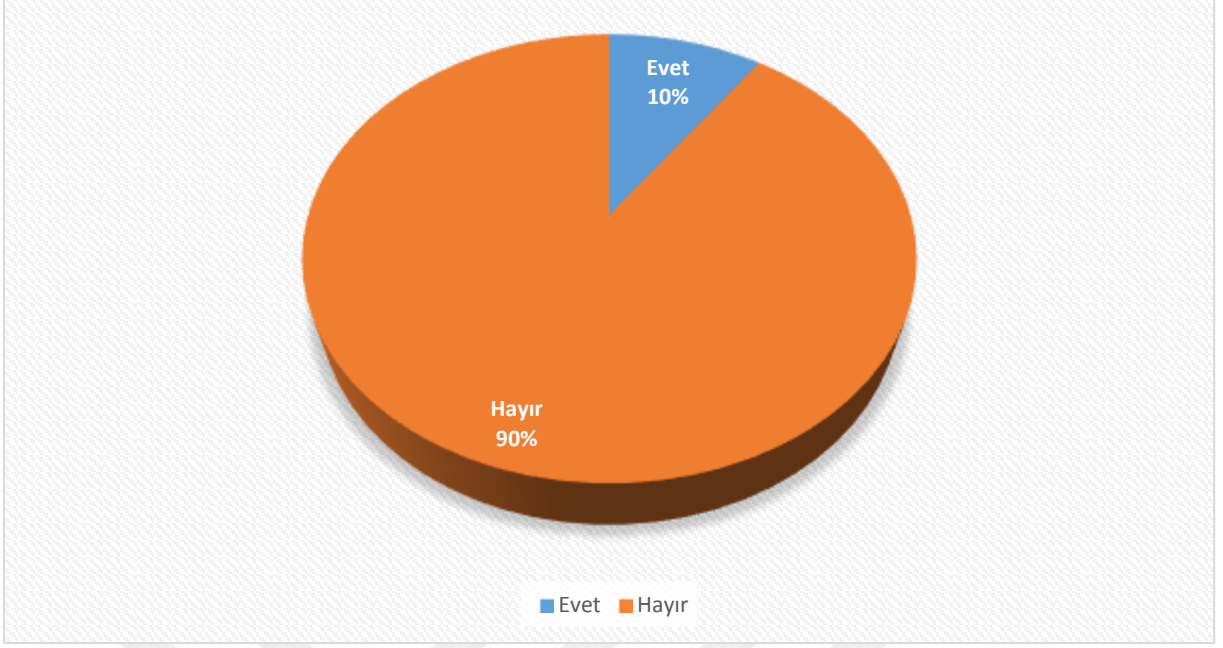
Tablo 3. Asistan hekimlerin branş dağılımları

Aile Hekimliği	70(22,9)	Radyoloji	5(1,6)
Dahiliye	46(15,0)	Üroloji	5(1,6)
Acil	40(13,1)	Enfeksiyon	4(1,3)
Anestezi	27(8,8)	Fizik Teavi ve Rehabilitasyon	4(1,3)
Pediyatri	26(8,5)	Halk Sağlığı	4(1,3)
Ortopedi	9(2,9)	Kalp ve Damar Cerrahisi	4(1,3)
Göğüs Hastalıkları	7(2,3)	Nöroloji	4(1,3)
Kardiyoloji	7(2,3)	Psikiyatri	4(1,3)
Nöroşiruji	7(2,3)	Göz	3(1,0)
Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi	6(2)	Kulak Burun Boğaz	3(1,0)
Çocuk Cerrahisi	5(1,6)	Adli Tıp	2(0,7)
Genel Cerrahi	5(1,6)	Göğüs Cerrahisi	2(0,7)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	5(1,6)	Mikrobiyoloji	2(0,7)



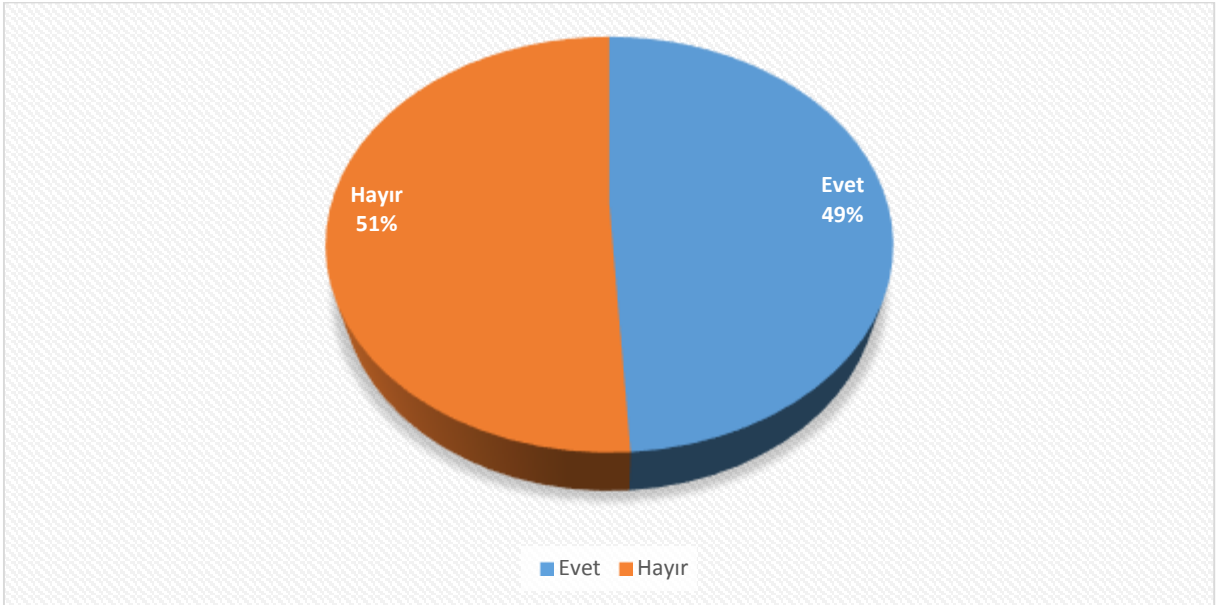
Şekil 2. Hekimlerin branş dağılımı

Asistan hekimlerin “Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ” ile ilgili 2018 yılında resmi gazetede yayınlanan tebliği okudunuz mu ya da bununla ilgili bir bilginiz var mı? sorusuna verdikleri yanıt dağılımı incelendiğinde hekimlerin 276’sının (%90,2) hayır, 30’unun (%9,8) yanıtını verdiği saptanmıştır (Şekil 3).



Şekil 3. Hekimlerin Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ okuma dağılımı

Asistan hekimlerin “İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) ve bu komisyonun işlevi hakkında bir bilginiz var mı?” sorunsu verdikleri yanıt dağılımı incelendiğinde hekimlerin 156’sının (%51,0) hayır, 150’sinin (%49,0) evet yanıtını verdiği saptanmıştır (Şekil 4).



Şekil 4. Hekimlerin İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) ve bu komisyonun işlevi hakkında bir bilgi dağılımı

Asistan hekimlerin “Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliği hangi kurumları kapsamaktadır?” sorunsu verdikleri yanıt dağılımı incelendiğinde hekimlerin 221’sinin (%72,2) doğru, 85’inin (%27,8) yanlış yanıtını verdiği saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Hekimlerin “Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliği hangi kurumları kapsamaktadır?” soruna verdikleri yanıt dağılımı

	Cevap
Yataklı sağlık tesisi olan üniversite hastanelerinde çalışan personeller	11(3,6)
Aile sağlığı merkezlerinde çalışan personeller	0(0,0)
Yataklı sağlık tesisi olan Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan personeller	71(23,2)
Yataklı sağlık tesisi olan özel hastanelerde çalışan personeller	3(1,0)
Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personelleri	221(72,2)

Asistan hekimlerden “Tüm acil servislerde aktif kullanılan triaj alanı bulunmalıdır.” önermesine 23 (%7,52) kişinin, “İkinci seviye acil servislerde tomografi, USG gibi görüntüleme imkanları bulunmalıdır” önermesine ise 263 (%85,95) kişinin doğru yanıt verdiği saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Acil servislerin hizmet ve malzeme standartları ile ilgili önerme yanıt dağılımı

	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	Bilgi yok n(%)
1. Tüm acil servislerde aktif kullanılan triaj alanı bulunmalıdır.	275(89,87)	23(7,52)	8(2,61)
2. İkinci seviye acil servislerde tomografi, USG gibi görüntüleme imkanları bulunmalıdır.	263(85,95)	13(4,25)	30(9,8)

Asistan hekimlerin renk kodlaması Triyaj uygulaması, muayene, müdahale, refakat esasları ve güvenlik önlemleri önermelerinden en çok doğru yanıtı 301 (%99,01) kişi ile “Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık

personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemine triyaj denir.” önermesine verdiği saptanmıştır (Tablo 6).

Asistan hekimlerin renk kodlaması Triyaj uygulaması, muayene, müdahale, refakat esasları ve güvenlik önlemleri önermelerinden en çok yanlış yanıtı 235 (%76,80) kişi ile “Trijaj uygulaması sadece gerekli eğitimi almış acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır.” önermesine verdiği saptanmıştır (Tablo 6).

Diğer önermelere verilen yanıtlar Tablo 6’da verilmiştir

Tablo 6. Renk kodlaması Triyaj uygulaması, muayene, müdahale, refakat esasları ve güvenlik önlemleri önermeleri yanıt dağılımı

	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	Bilgi Yok n(%)
1. Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemine triyaj denir.	301(99,01)	2(0,66)	1(0,33)
2. Acil servise başvuruda triyaj uygulamasında yeşil, sarı, kırmızı ve mavi renk kodları kullanılır.	142(46,41)	156(50,98)	8(2,61)
3. Triyaj uygulaması sadece gerekli eğitimi almış acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır.	235(76,8)	56(18,3)	14(4,58)
4. 112 Acil ambulanslarıyla sağlık tesisine getirilen hastalara da triyaj uygulaması yapılır.	200(65,36)	80(26,14)	26(8,5)
5. Triyaj uygulaması esnasında kırmızı alan hastalarının triyaja ve kayda dahil edilmeden, doğrudan kırmızı alana geçirilmesi, sarı alan hastalarının triyaj sonrası doğrudan sarı alana ve sarı alan tabibinin bilgisine gönderilmesi esastır.	242(79,08)	38(12,42)	26(8,5)
6. Dal hastaneleri ve bünyesinde I. Seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triyaj uygulaması yapılması zorunlu değildir.	56(18,3)	145(47,39)	105(34,31)
7. Sarı ve Kırmızı alanda hasta refakatçisi kabulü yapılmaz. Tabip ve hemşirenin lüzum görmesi halinde refakatçi eşliğinde muayene edilebilir, kimlik bilgileri ve anamnez için hasta yakını refakat edebilir.	233(76,14)	51(16,67)	22(7,19)
8. Hasta yakınlarına hasta hakkında sadece ilgili alandan sorumlu hekim tarafından bilgi verilmelidir.	239(78,1)	58(18,95)	9(2,94)

Asistan hekimlerin acil servis personel standartları, nöbetler, hasta kabulü ve sevk esasları ile ilgili önermelerinden en çok doğru yanıtı 284 (%92,81) kişi ile ‘Nöbete veya vakaya çağrılan tabip davete icabet etmekle zorunludur.’ önermesine verdiği saptanmıştır (Tablo 7).

Asistan hekimlerin renk kodlaması acil servis personel standartları, nöbetler, hasta kabulü ve sevk esasları ile ilgili önermelerinden en çok yanlış yanıtı 262 (%85,52) kişi ile ‘‘Dahili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilen uzman tabiplere ayrıca icap nöbeti tutturulmaz.’’ önermesine verdiği saptanmıştır (Tablo 7).

Diğer önermelere verilen yanıtlar Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Acil servis personel standartları, nöbetler, hasta kabulü ve sevk esasları ile ilgili önerme yanıt dağılımı

	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	Bilgim Yok n(%)
1. Yeterli sayıda acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde acil servise başvuran vakaların, bu uzmanların denetim ve sorumluluğunda değerlendirilmesi gerekir. Sağlık tesisinde tek acil tıp uzmanının bulunması hâlinde bu değerlendirme mesai saatleri ile sınırlıdır.	140(45,75)	64(20,92)	102(33,33)
2. Sağlık tesislerinde çalışan personelin, görevleri esnasında görev tanımına ve Bakanlık tarafından belirlenen çalışma elbiseleri mevzuatına uygun olarak giyinmeleri ve tanıtım kartı kullanmaları zorunludur.	153(50,00)	21(6,86)	131(42,81)
3. Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenir. Acil branş nöbeti tutan tabiplere elektif iş planlarında veya idari başka birimlerde, ilgili nöbet günü için ek bir görev verilemez. Acil branş nöbeti ile görevli tabibin, acil bir vakanın tedavisi ile meşgul olduğu durumlarda, yeni gelen hasta için görevlendirilmek üzere, acil branş nöbeti yedek nöbetçiler sıralı listesi düzenlenir. Kurumda acil hasta varlığı durumlarında sıralı listedeki tüm görevliler elektif vakalarına ara vererek, acil hastaların kabulüne sırasıyla dahil olurlar.	271(88,56)	13(4,25)	21(6,86)

Tablo 7 (devamı). Acil servis personel standartları, nöbetler, hasta kabulü ve sevk esasları ile ilgili önerme yanıt dağılımı

	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	Bilgi yok n(%)
4. Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi, kulak burun boğaz hastalıkları ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon, aile hekimliği branşlarından hekimler çalışmak üzere nöbet listeleri düzenlenir.	157(51,48)	49(16,07)	99(32,46)
5. Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler idari uzman tabip nöbetine dahil edilir.	185(60,46)	31(10,13)	90(29,41)
6. Branş nöbetlerinin acil servis bünyesinde tutulması esastır. Bu amaçla acil servis bünyesinde branş nöbeti ile yükümlendirilen her bir uzman tabip için ilgili branşın gerektirdiği şartları haiz uygun bir acil muayene odası ayrılır.	184(60,13)	30(9,8)	92(30,07)
7. Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunması gerekir.	201(65,69)	40(13,07)	65(21,24)
8. Yan dal uzmanlıklarında görevli uzman tabip sayısının birden fazla olması durumunda bunlar ilgili ana dalda müstakil acil branş nöbetine veya ilgisine göre dahili veya cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilebilir ve bu uzman tabip ana dal branşının acil konsültasyon hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.	261(85,29)	26(8,5)	19(6,21)
9. Ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil branş nöbetlerine dahil edilmez. Bunlar için ihtiyaç hâlinde çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulur.	249(81,64)	36(11,8)	20(6,56)
10. Dahili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilen uzman tabiplere ayrıca icap nöbeti tutturulmaz.	262(85,62)	23(7,52)	21(6,86)

Tablo 7 (devamı). Acil servis personel standartları, nöbetler, hasta kabulü ve sevk esasları ile ilgili önerme yanıt dağılımı

	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	Bilgim yok n(%)
11. Müstakil acil branş nöbeti veya acil branş havuz nöbeti tutulan sağlık tesislerinde; branş nöbeti ile yükümlü olan uzman tabiplerden biri, gerektiğinde branş nöbetine ilave olarak mesai saatleri dışındaki yoğun bakım ünitesi hizmetlerini de yürütmek üzere baştabip tarafından görevlendirilebilir.	271(88,56)	14(4,58)	21(6,86)
12. Acil servis hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi esastır. Bu nedenle ihtiyaç durumunda tüm klinik tabipleri acil serviste aktif olarak çalışmak üzere görevlendirilebilir.	231(75,49)	43(14,05)	32(10,46)
13. II. Seviye acil servislerde biri dahili ve diğeri cerrahi branşta olmak üzere en az 2 (iki) uzman tabibin günün her saatinde sağlık tesisinde bulunması zorunlu olup acil servis hizmetleri bu uzman tabiplerin denetim ve sorumluluğunda tabipler tarafından verilir.	251(82,03)	13(4,25)	42(13,73)
14. III. Seviye acil servislerde ise faaliyet izin belgesinde yazılı olması kaydıyla iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları branşlarında müstakil acil branş nöbeti tutulması zorunludur.	281(91,83)	13(4,25)	12(3,92)
15. Konsültasyonlar, mevcut olması halinde acil servis nöbetçisi ve Mesai Kaydırma veya Vardiya Branş Polikliniği olarak açık olan branş polikliniklerinde görev yapan acil branş nöbetçisi tabip tarafından, olmadığı durumlarda konsültasyon nöbet listesinde olan tabipler tarafından yapılır.	94(30,72)	147(48,04)	65(21,24)
16. Konsültasyon süreleri aciliyetine göre en fazla 30 dakikadır. Kırmızı alan konsültasyonları “mavi kod” kapsamında olup yakından takip edilir.	103(33,66)	42(13,73)	161(52,61)
17. Konsültan tabibin hastayı tekrar görme isteği ve hasta için istenen yeni talepler, hastanın tanı ve yatış sürecini geciktirmemelidir.	209(68,3)	44(14,38)	52(16,99)
18. Konsültan tabibin istediği ve acil servisin rutininde çalışılabilen tetkik sonuçları çıktıktan sonra hastayı beklemeksizin yeniden değerlendirir. Acil tabibi ihtiyaç halinde sonuçlar çıkmadan da konsültasyon talep edebilir.	222(72,55)	38(12,42)	46(15,03)

Tablo 7 (devamı). Acil servis personel standartları, nöbetler, hasta kabulü ve sevk esasları ile ilgili önerme yanıt dağılımı

	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	Bilgim yok n(%)
19. Yatış kararı verilmiş, fakat diğer kliniklerin mutlak müdahale etmesi gereken elzem durumlar dışında görüşlerini almak isteyeceği konsültasyonlar hastanın kliniğe yatışı yapıldıktan sonra yapılır.	228(74,75)	27(8,85)	50(16,39)
20. Nöbete veya vakaya çağrılan tabip davete icabet etmekle zorunludur.	284(92,81)	15(4,9)	7(2,29)
21. Acil servislerde hasta takibi 24 saati geçmemelidir.	275(89,87)	7(2,29)	24(7,84)
22. Kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince değerlendirilir ve tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik şefi veya sorumlu uzman tabibine bilgi verilir.	276(90,2)	13(4,25)	17(5,56)
23. Yatışına karar verilen klinikte boş yatak bulunmaması hâlinde boş yatak bulunan uygun kliniklerden birisine yatırılarak hastanın takibi, bakım ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılır.	214(69,93)	32(10,46)	60(19,61)
24. Acil servise akut bir rahatsızlık veya bir başka sağlık tesisinden acil olarak veya yatış amaçlı araçla sevk yoluyla gelmeyen hastaların yatış ve takibi kesinlikle yapılmaz.	240(78,43)	28(9,15)	38(12,42)
25. Acil yataklı serviste gözlem ve takip için 8 saatten uzun veya yatış kararı verildiği halde 4 saatten uzun yatan hastası bulunan klinikler için elektif koşullarda yeni hasta yatırılmasına hastane bilgi sistemi tarafından engel konulur.	227(74,18)	3(0,98)	76(24,84)
26. Tanısı konulmuş ve tedavi planı belirlenmiş, acil müdahale gerektirmeyen, durumu stabil olan ancak ileri tetkik ve tedavisinin sağlanması amacıyla önceden koordinasyon sağlanarak başka sağlık tesisinden sevkle gönderilen ve nakil sırasında acil müdahaleyi gerektirecek akut tıbbi sorun gelişmemiş hastalar gerekmedikçe acil serviste yeniden değerlendirilmez. Bu tür hastalar, acil serviste bekletilmeksizin, yatış işlemleri derhal tamamlanır ve ilgili uzmanlık dalına ait kliniğe yatırılır.	140(45,75)	64(20,92)	102(33,33)

Tablo 7 (devamı). Acil servis personel standartları, nöbetler, hasta kabulü ve sevk esasları ile ilgili önerme yanıt dağılımı

	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	Bilgim yok n(%)
27. Acil cerrahi ameliyat ihtiyacı olan hastaların ameliyat öncesi gerekli olan anestezi konsültasyonu ilgili cerrahi klinik uzmanı tarafından yapılır.	153(50)	21(6,86)	131(42,81)
28. Acil cerrahi operasyon endikasyonu bulunan hastalar için ameliyat sonrası (post op) yoğun bakım yatağının bulunmaması hastanın ameliyatını geciktirmemelidir.	271(88,56)	13(4,25)	21(6,86)
29. Durumu stabil olmayan hastalar, nakil şartlarında, hemodinamik durumlarını sabit tutacak düzeye gelmedikleri sürece sevk edilmez.	157(51,48)	49(16,07)	99(32,46)
30. Yeterli şartların sağlanamadığı ve ileri tetkik ve tedavi için başka bir sağlık tesisine sevk gerektiren hâllerde hastanın sevk edileceği sağlık tesisinin belirlenmesi, sağlık tesisleri arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinin koordinasyonundan ve yürütülmesinden 112 KKM yetkili ve sorumludur.	185(60,46)	31(10,13)	90(29,41)
31. Sevki yapılan hasta, hastanın tedavisinin gerçekleştirileceği bir sağlık tesisine kabulü sağlanana kadar sevki yapan sağlık tesisinin sorumluluğundadır.	184(60,13)	30(9,8)	92(30,07)
32. Acil serviste sevk için bekleyen hastanın sorumluluğu, sevk kararı veren branşın acil servis nöbeti tutması halinde ilgili nöbetçi tabibe, nöbetçi tabip bulunmayan durumlarda ise konsültan tabibe aittir.	201(65,69)	40(13,07)	65(21,24)
33. Sevk işlemleri ve bu esnadaki hastanın takip ve tedavisi sevk kararı veren tabip tarafından gerçekleştirilir.	261(85,29)	26(8,5)	19(6,21)
34. Sevk değerlendirme ve denetleme komisyonu il dışına ve il içinde yapılan sevkler ile acil vakayı kabul etmeyen ve ambulansa bekleten sağlık tesislerini değerlendirir ve endikasyon dışı yapılan uygunsuz ve gereksiz sevkler ile endikasyonu olduğu halde kabul edilmeyen vakaları tespit eder, sebeplerini sorgular ve çözüme kavuşturur. Alınan kararlar tutanak altına alınır ve ilgili sağlık tesisi baştabibine yazılı olarak bildirilerek gerekli önlemleri alması istenir. Tekrarı hâlinde ilgili baştabip ve diğer sorumlular hakkında ilgili mevzuat hükümlerine göre idari soruşturma başlatılır.	249(81,64)	36(11,8)	20(6,56)

Asistan hekimlerin cinsiyetleri ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Hekimlerin cinsiyetleri ile toplam bilinen doğru sayısı arasındaki ilişki

		Ortalama	medyan	p
Cinsiyet	Kadın	28,76±6,92	29.00	0,053
	Erkek	29,92±6,59	31.00	

Asistan hekimleri anabilim dalı branşlarına göre Dahili, Cerrahi branşlar ve temel bilimler olarak 3 gruba ayırdığımızda; gruplar arasından bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Hekimlerin branşları ile toplam bilinen doğru sayısı arasındaki ilişki

		Ortalama	medyan	p
Branş dağılımı	Dahili branş	29,28±6,82	29.00	0,724
	Cerrahi branş	29,83±6,74	30.00	
	Temel bilimler	30,25±4,92	30.00	

Asistan hekimlerin acil branşında olmaları ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Acil branşındaki hekimlerin diğer hekimlere göre bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Hekimlerin acil branşında olmaları ile toplam bilinen doğru sayısı arasındaki ilişki

		Ortalama	medyan	p
Acil diğer	Acil	33,93±7,46	33.50	<0,001
	Diğer hekimler	28,73±6,38	29,00	

Asistan hekimlerin bilgi düzeyleri ile yaşları meslekteki yılları, asistanlıktaki ayları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Hekimlerin bilgi düzeyleri ile yaş ve meslekteki süreleri arasındaki ilişki

	r	p
Yaş	0,101	0,078
Meslekteki yılı	0,101	0,078
Asistanlıktaki ayı	0,050	0,387

TARTIŞMA

Acil Sağlık Hizmetleri; acil sağlık alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından akut hastalıklar, kazalar, yaralanmalar gibi vakaların acil bakım ihtiyacını gidererek hastaların morbidite ve mortalitelerini engellemek için gerekli tıbbi tedaviyle, hızlı müdahale ve hızlı karar vermeyi içeren disiplindir (1). Başka bir deyişle; insanlar için acil sağlık bakımı gerektiren durumlarda, nakil süresince bireyin yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmesine yardımcı olan ve mümkün olan en kısa sürede acil servislerine ulaşımını sağlayan önemli bir halk sağlığı hizmetidir (2).

“Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”i 16/10/2009 tarihli ve 27378 sayılı resmi gazetede yayımlanmış 20/02/2018 tarihli 30338 sayılı Resmî Gazete’de tebliğiyle de içeriğinde değişiklik yapılmıştır. Tebliğin amacı; yataklı sağlık tesislerinde sunulan acil servis hizmetinin günümüze uygun çağdaş bir şekilde ihtiyaç ve beklentilerine uygun olmasının sağlanması, acil servislerin personel ve hizmet kıstasları, fiziki şartları, ulaşım, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartlarını belirlemek, 112 Acil Sağlık Hizmetleriyle etkili bir koordinasyon sağlamak, acil servisleri yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölge ihtiyaçlarına göre derecelendirip yapılandırılmalarını sağlamak, hasta triyajı ve renk kodu sisteminin uygulama esaslarını göstermek, bu birimlerde yürütülecek nöbet hizmetlerine ilişkin uygulama usul ve esaslarını belirlemektir. Bu tebliğ, Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, belediyelere ve diğer kamu ve özel kuruluşlara ait, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm yataklı sağlık tesisleri ile buralarda görev yapan personeli kapsamaktadır (4).

Çalışmamızın amacı Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde eğitim gören araştırma görevlisi doktorlara “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”i ile ilgili bilgi düzeyini ölçmek olup bu çalışmaya 136’sı (%43,7) kadın, 170’i (%55,6) erkek toplam 306 asistan hekim katılmıştır.

Literatür incelendiğinde “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”i ile ilgili bilgi düzeyini ölçmek için yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmamız bu konu ile ilgili yapılan ilk çalışma olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin yaş ortalaması $28,77 \pm 3,50$ yıl, meslekteki süreleri ortalama $3,91 \pm 3,09$ yıl, hekimlerin asistanlıktaki süreleri ortalama $22,52 \pm 16,29$ ay olarak tespit edilmiştir. Asistan hekimlerin meslekteki yılları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup erkek hekimlerin istatistiksel olarak meslekteki çalışma yılı daha uzun olduğu tespit edilmiştir. Asistanlık süreleri ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin branş dağılımları incelendiğinde en çok 70 kişi (%22,9) ile aile hekimliği asistan hekimleri yer almaktadır. Bunu 46 kişi (%15,0) ile dahiliye, 40 kişi (%13,1) ile acil, 27 kişi (%8,8) ile anestezi ve reanimasyon, 26 kişi (%8,5) ile pediatri branşındaki hekimler takip etmektedir. Asistan hekimlerin 244’ünün (%79,7) dahili, 54’inin (%17,6) cerrahi, 8’inin (%2,6) temel tıp branşlarında görev yaptığı tespit edilmiştir.

‘Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’i ilk kez 16/10/2009 tarihinde resmi gazetede yayınlanmış olup 20/02/2018 tarihinde revize edilmiştir. Tebliğin amacı; yataklı sağlık tesislerinde sunulan acil servis hizmetinin beklentilere uygun olmasının sağlanması, acil servislerdeki personelin özelliklerinin belirtilmesi, her türlü malzemenin asgari standartlarını belirlemek, 112 Acil Sağlık Hizmetleriyle etkili bir koordinasyonu sağlamaktır. Bu tebliğ, Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, belediyelere ve diğer kamu ve özel kuruluşlara ait, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm yataklı sağlık tesisleri ile buralarda görev yapan personeli kapsamaktadır (4). Bu nedenle asistan hekimlerin bu tebliğ gibi çalışma şartları dahil herşeyi belirleyen tebliğleri takip etmeleri okumaları çok önemlidir. Çalışmamızda asistan hekimlere “Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ” ile ilgili 2018 yılında resmi gazetede yayınlanan tebliği okudunuz mu ya da bununla ilgili bir bilginiz var mı? sorusunu sorduğumuzda bu soruya verdikleri yanıt %90,2’sinin hayır,

%9,8'inin evet olmuştur. Asistan hekimlerin kendi haklarını ve hangi haklarla nelere hizmet edeceklerini öğrenmeleri için bunun gibi tebliğleri çok yakından takip etmek zorunda olduklarını düşünmekteyiz. Bu konudaki eksiklikler için belirli zamanlarda zorunlu olarak hizmet içi eğitim alınması gerektiğini düşünmekteyiz.

İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM); il genelinde acil sağlık hizmeti ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyon ve işbirliğini sağlamak üzere Müdürlük bünyesinde kurulan bir komisyondur (22). Çalışmamızda asistan hekimlere 'İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) ve bu komisyonun işlevi hakkında bir bilginiz var mı?' sorusunu sorduğumuzda verdikleri yanıt incelendiğinde hekimlerin %51'i hayır, %49'u evet yanıtını vermiştir. Branş ayırmadan her hekimin belirli acil şartlarda nasıl davranması gerektiğini, nasıl koordine olması gerektiğini bilmek zorunda olduğunu düşünmekteyiz. Beklenen ya da beklenmeyen gerçek acil durumlarda her hekimin koordinasyonu nasıl sağlayacağını bilmesi kaosu yaratılmasını önleyeceği için bu konunun çok önemli olduğunu vurgulamaktayız. 'Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ'i Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, belediyelere ve diğer kamu kuruluşlarına ait, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm yataklı sağlık tesisleri ile buralarda görev yapan personeli kapsar (23). Çalışmamızda asistan hekimlere yöneltilen "Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliği hangi kurumları kapsamaktadır?" sorusuna %72,2'i doğru, %27,8'i yanlış yanıt verdiği saptanmıştır. Hekimler olarak hangi tebliğin bizi kapsadığını çok iyi bilmek zorunda olduğumuzu düşünmekteyiz. Çünkü koordinasyonun iyi sağlanması için her hekimin görev yetkisini, neleri yapıp yapmaması gerektiğini, nelerden sorumlu olduğunu bilmesi son derece önemlidir.

Triyaj: Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini ifade eder. Acil servise başvuran tüm hastaların triyaj işlemleri en kısa sürede tamamlanır. Bunu takiben tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için sıraya konulur ve triyaj koduna uygun olan alana alınırlar (22). Çalışmamıza katılan hekimlere 'Tüm acil servislere aktif kullanılan triyaj alanı bulunmalıdır.' önermesine %7,52' inin doğru yanıt verdiği görülmüştür. Bu oranın bu kadar düşük olması diğer branş hekimlerinin acil servisi benimsememesinden o servisin sadece acil servis asistan hekimlerine ait görmesinden ya da asistan hekimlerin genellikle 3. Seviye acil servislere çalışıp 1. ve 2. seviye acil servislere hakkında bilgi sahibi olmamasında

kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Acil servis hekimleri dışında diğer hekimlerinde acil servis ile ilgili bilgilerinin olması gerekmektedir. Acil servise başvuran her hasta diğer branş hekimlerini de ilgilendirme ihtimali yüksek olduğu için bütün hekimler koordineli bir şekilde çalışmak zorundadır. Bu yüzden acil serviste olması gerekenler ile ilgili bilgilerin diğer hekimleri de dolaylı yoldan ilgilendirdiğini düşünmekteyiz.

Asistan hekimlerin renk kodlaması Triyaj uygulaması, muayene, müdahale, refakat esasları ve güvenlik önlemleri önermelerinden en çok doğru yanıtı %99 ile ‘Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemine triyaj denir.’ önermesine verdiği saptanmıştır. Bu önermelerden en çok yanlış yanıtı %76,80 ile ‘Trijaj uygulaması sadece gerekli eğitimi almış acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır.’ önermesine verdiği saptanmıştır. Katılımcıların hekimlerin de triaj yapacak personel olduğu bilmediklerini düşünmekteyiz. Acil servise başvuran hastalara sağlık personeli tarafından etkin triyaj yapılır. Acil servise başvuran hastaların eş zamanlı sayı artışı olduğu ve bekleme süresinin uzadığı durumlarda, sorumlu idareci tarafından ek mekân ve ek insan kaynağı acil servis dışı hizmet birimlerinden sağlanarak, acil servis imkânları hemen artırılır (22).

Acil servislerde etkin bir hizmet sunumu için renk kodlaması uygulanır. Triyaj işlemi başvuru sırasında hasta kayıt işlemi öncesi yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır (22). Çalışmamızda ‘Acil servise başvuruda triyaj uygulamasında yeşil, sarı, kırmızı ve mavi renk kodları kullanılır.’ Önermesine asistan hekimlerin %50,98’i yanlış olduğunu belirtmiştir. Oysa ki triaj uygulamasında mavi kod bulunmamaktadır.

Konsültasyon, acil veya icapçı nöbetçi tabip listelerinde ismi belirtilen tabibe ulaşılamaması veya bir başka hasta ile meşgul olması durumlarında, ilgili listede ismi bulunan sıralı nöbetçi tabip çağrılır. Nöbete veya vakaya çağrılan tabip davete icabet etmekle zorunludur. İcapçı tabip davete mazeretsiz olarak icabet etmediğinde hakkında idari işlem başlatılır ve nöbet ücretleri kesilir (22). Asistan hekimlerin acil servis personel standartları, nöbetler, hasta kabulü ve sevk esasları ile ilgili önermelerinden en çok doğru yanıtı %92,81 ile ‘Nöbete veya vakaya çağrılan tabip davete icabet etmekle zorunludur.’ önermesine verdiği saptanmıştır.

Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunması gerekir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti tutulan hastanelerde, nöbetçi tabiplerin branşları dışında hasta kabulü ve konsültasyon ihtiyaçları için, her branşın acil icapçı tabip nöbet listesi düzenlenir (22). Asistan hekimlerin renk kodlaması acil servis personel standartları, nöbetler, hasta kabulü ve sevk esasları ile ilgili önermelerinden en çok yanlış yanıtı %85,52 ile ‘Dahili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilen uzman tabiplere ayrıca icap nöbeti tutturulmaz.’ önermesine verdiği saptanmıştır. Dal hastaneleri ve bünyesinde I. Seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triyaj uygulaması yapılması zorunlu değildir. 112 Acil ambulanslarıyla sağlık tesisine getirilen hastalara triyaj uygulaması yapılmaz. Ambulansla getirilen acil vakaların sağlık tesisine kabul işlemleri en kısa sürede tamamlanır (23). Asistan hekimlere ‘Dal hastaneleri ve bünyesinde I. Seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triyaj uygulaması yapılması zorunlu değildir.’ önermesine %18,3’ü doğru cevap vermiştir. Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi, kulak burun boğaz hastalıkları ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon, aile hekimliği branşlarından hekimler çalışmak üzere nöbet listeleri düzenlenir (23). Bu önermeye hekimlerin %51,48’i doğru cevap vermiştir. Konsültasyonlar, mevcut olması halinde acil servis nöbetçisi ve Mesai Kaydırma veya Vardiya Branş Polikliniği olarak açık olan branş polikliniklerinde görev yapan acil branş nöbetçisi tabip tarafından, olmadığı durumlarda konsültasyon nöbet listesinde olan tabipler tarafından yapılır (23). Bu önermeye hekimlerin %30,72’si doğru cevap vermiştir.

Konsültasyon süreleri aciliyetine göre en fazla 30 dakikadır. Kırmızı alan konsültasyonları “mavi kod” kapsamında olup yakından takip edilir (23). Bu önermeye hekimlerin %33,66’sı doğru cevap vermiştir. Acil servislerde hasta takibinin 24 saati geçmemesi esastır (23). Bu önermeye hekimlerin %89,87’si doğru cevap vermiştir. Acil cerrahi ameliyat ihtiyacı olan hastaların ameliyat öncesi gerekli olan anestezi konsültasyonu ilgili cerrahi klinik uzmanı tarafından yapılır (23). Bu önermeye %50’si doğru cevap vermiştir.

Asistan hekimlere sorulan sorulara verilen cevaplar bütün olarak incelendiğinde hekimlerin cinsiyetleri ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki

saptanmamıştır. Asistan hekimlerin bilgi düzeyleri ile yaşları meslekteki yılları, asistanlıktaki ayları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Asistan hekimlerin acil branşında olmaları ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Acil branşındaki hekimlerin diğer hekimlere göre bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tebliğde bulunan ve her branşın gerçek anlamda okuması ve özümsemesi gerekli olan bu bilgiler acil servis nöbetlerinde diğer branşlarda yer alan konsültan hekimler ile yaşanan sorunların aslında tam anlamıyla son bulmasına neden olabileceğini düşünmekteyiz. Her branşın yapması gerekli olan şeyleri bilmesinin ve acil serviste yer alan hastalarına buna göre davranmasının sonucunda aslında hastaların sağlıklarının iyileşmesine faydalı olacağını düşünmekteyiz.



SONUÇLAR

Çalışmamız Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde eğitim gören araştırma görevlisi doktorlara 20.08.2020-20.10.2020 tarihleri arasında “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliği’nden ve sosyodemografik sorular ile oluşturulmuş anket kullanılarak toplam 306 asistan hekim araştırmaya katılmıştır. Sonuç olarak;

1. Çalışmamıza 136’sı (%43,7) kadın, 170’i (%55,6) erkek toplam 306 asistan hekim katıldı.

2. Asistan hekimlerin yaş ortalaması $28,77 \pm 3,50$ yıl, meslekteki süreleri ortalama $3,91 \pm 3,09$ yıl ve asistanlıktaki süreleri ortalama $22,52 \pm 16,29$ ay olarak bulundu.

3. Asistan hekimlerin branş dağılımları incelendiğinde; en çok 70 kişi (%22,9) ile aile hekimliği, 46 kişi (%15,0) ile dahiliye, 40 kişi (%13,1) acil, 27 kişi (%8,8) anestezi ve reanimasyon, 26 kişi (%8,5) pediatri branşında hekim olduğu tespit edildi. Asistan hekimlerin 244’ünün (%79,7) dahili, 54’ünün (%17,6) cerrahi, 8’inin (%2,6) temel tıp branşında görev yaptığı saptandı.

4. Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ” ile ilgili 2018 yılında resmi gazetede yayınlanan tebliği okudunuz mu ya da bununla ilgili bir bilginiz var mı? sorusunu sorduğumuzda bu soruya verdikleri yanıt %90,2’sinin hayır, %9,8’inin evet idi.

5. İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) ve bu komisyonun işlevi hakkında bir bilginiz var mı?’ sorusunu sorduğumuzda verdikleri yanıt incelendiğinde hekimlerin %51’i hayır, %49’u evet yanıtını verdi.

6. Asistan hekimlere sorulan sorulara verilen cevaplar bütün olarak incelendiğinde asistan hekimlerin acil branşında olmaları ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup acil branşındaki hekimlerin diğer hekimlere göre bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edildi.



ÖZET

“Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”i 16/10/2009 tarihli ve 27378 sayılı resmi gazetede yayımlanmış 20/02/2018 tarihli 30338 sayılı Resmî Gazete’de tebliğiyle de içeriğinde değişiklik yapılmıştır. Tebliğin amacı; yataklı sağlık tesislerinde sunulan acil servis hizmetinin günümüze uygun çağdaş bir şekilde ihtiyaç ve beklentilerine uygun olmasının sağlanması, acil servislerin personel ve hizmet kıstasları, fiziki şartları, ulaşım, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartlarını belirlemek, 112 Acil Sağlık Hizmetleriyle etkili bir koordinasyon sağlamak, acil servisleri yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölge ihtiyaçlarına göre derecelendirip yapılandırılmalarını sağlamak, hasta triyajı ve renk kodu sisteminin uygulama esaslarını göstermek, bu birimlerde yürütülecek nöbet hizmetlerine ilişkin uygulama usul ve esaslarını belirlemektir.

Çalışmamız Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde eğitim gören 306 araştırma görevlisi doktorlarına 20.08.2020-20.10.2020 tarihleri arasında “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliği’nden ve sosyodemografik sorular ile oluşturulmuş anket kullanılarak yüz yüze anket yöntemi ile yapılmış olup araştırma görevlisi doktorların bilgi düzeylerini ölçmek amaçlandı.

Araştırmaya katılan araştırma görevlisi doktorların %55,6’sı erkek olup yaş ortalaması $28,77 \pm 3,50$ idi. Asistan hekimlerin meslekteki süreleri ortalama $3,91 \pm 3,09$ yıl, asistanlıktaki süreleri ortalama $22,52 \pm 16,29$ ay olarak tespit edildi. Asistan hekimlerin branş dağılımları incelendiğinde; en çok 70 kişi (%22,9) ile aile hekimliği, 46 kişi (%15,0) ile dahiliye, 40 kişi (%13,1) acil, 27 kişi (%8,8) anestezi ve re animasyon, 26 kişi (%8,5) pediatri

branşında hekim olduğu tespit edildi. Asistan hekimlerin 244'ünün (%79,7) dahili, 54'ünün (%17,6) cerrahi, 8'inin (%2,6) temel tıp branşında görev yaptığı saptandı.

Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ ile ilgili 2018 yılında resmi gazetede yayınlanan tebliği okudunuz mu ya da bununla ilgili bir bilginiz var mı? sorusunu sorduğumuzda bu soruya verdikleri yanıt %90,2'sinin hayır, %9,8'inin evet idi. İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) ve bu komisyonun işlevi hakkında bir bilginiz var mı? sorusunu sorduğumuzda verdikleri yanıt incelendiğinde hekimlerin %51'i hayır, %49'u evet yanıtını verdi. Asistan hekimlere sorulan sorulara verilen cevaplar bütün olarak incelendiğinde asistan hekimlerin acil branşında olmaları ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup acil branşındaki hekimlerin diğer hekimlere göre bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edildi.

Sonuç olarak Tebliğde bulunan ve her branşın gerçek anlamda okuması ve özümsemesi gerekli olan bu bilgiler acil servis nöbetlerinde diğer branşlarda yer alan konsültan hekimler ile yaşanan sorunların aslında tam anlamıyla son bulmasına neden olabileceğini düşünmekteyiz. Her branşın yapması gerekli olan şeyleri bilmesinin ve acil serviste yer alan hastalarına buna göre davranmasının sonucunda aslında hastaların sağlıklarının iyileşmesine faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Asistan doktor, Tebliğ, Acil Servis

**RESEARCH ON THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF RESEARCH
ASSISTANT PHYSICIANS AT TRAKYA UNIVERSITY HEALTH AND
RESEARCH CENTER REGARDING THE "COMMUNIQUE ON THE
APPLICATION PROCEDURES AND PRINCIPLES OF EMERGENCY
SERVICES IN INPATIENT HEALTH FACILITIES"**

SUMMARY

The Communique about Practice Procedures and Guidelines of Emergency Service in Inpatient Healthcare Facilities was published in the official newspaper with the date of 16/10/2009 and with the number of 27378 and alterations of this notification were published in the official newspaper with the date of 20/02/2018 and with the number of 30338 .This notification aims to provide contemporary emergency services which meets the needs and expectations of the patients,to determine minimum standards of emergency services in terms of personnel,service criteria, physical conditions, medical materials and technological capacity, to provide an effective coordination with 112 Emergency Healthcare Services, to configure these inpatient healthcare facilities by classifying them according to their status, service intensity and requirements of location, to demonstrate guidelines of patient triage and color code system and to determine practice procedures and guidelines of turn of duty services.

Our study was conducted on 306 research assistant doctors who study in Trakya University Health Practises and Research Center between the dates of 20.08.2020-

20.10.2020 by using a survey consists of questions about the "Notification about Practice Procedures and Guidelines of Emergency Service in Inpatient Healthcare Facilities" and sociodemographic questions with face-to-face interview method and it was aimed to measure the knowledge levels of research assistant doctors.

%55,6 of the assistant doctors who participated in the study were male and mean age was $28,77 \pm 3,50$. Average time of profession of assistant doctors was $3,91 \pm 3,09$ years, average duration of assistance was detected as $22,52 \pm 16,29$ months. When branch distribution of assistant doctors was evaluated, the most frequent was family medicine with 70 people(%22,9) , 46 people(%15,0) in internal medicine, 40 people in (%13,1) emergency, 27 people (%8,8) in anesthesia and reanimation, 26 people(%8,5) in pediatrics . 244 of the assistant doctors (%79,7) worked in internal medicine, 54' (%17,6) in surgery, 8 of them (%2,6) in basic medicine.

When the question of " Have you ever read or heard about the notification about Practice Procedures and Guidelines of Emergency Service in Inpatient Healthcare Facilities which published in the official newspaper in 2018?" was asked %90,2 of the answers were no, %9,8 were yes. When the question of " Do you know anything about District Commission of Emergency Healthcare Services (ASKOM) and about the functions of this commission?" was asked, %51 of the assistant doctors said no, %49'u said yes. When the answers of the questions which asked to the assistant doctors were evaluated as a whole, a statistically significant correlation between the knowledge levels of assistant doctors and being in Emergency department was found and knowledge levels of assistant doctors who work in Emergency department were detected to be higher.

In conclusion, we consider that these informations which take place in this notification, if they are genuinely understood and absorbed, may completely eliminate the conflicts between emergency service doctors and consultant doctors of other branches. We have the opinion that if any doctor in any department knows what is necessary to be done and behaves accordingly to their patients, it would be beneficial to improve the health of all patients.

Keywords: Assistant doctor, Communique, Emergency service.

KAYNAKLAR

1. Sztrymf B, Messika J, Bertrand F, Hurel D, Leon R, Dreyfuss D, et al. Beneficial effects of humidified high flow nasal oxygen in critical care patients: a prospective pilot study. *Intens Care Med* 2011;37(11):1780-6
2. Ersoy EO, Topeli A. Solunum yetmezliğinde oksijen uygulama sistemleri. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Derg* 2016;7(3):99-105
3. Sul B, Wallqvist A, Morris MJ, Reifman J, Rakesh V. A computational study of the respiratory airflow characteristics in normal and obstructed human airways. *Comput Biol Med* 2014;52:130-43.
4. Donlan M, Fontela PS, Puligandla PS. Use of continuous positive airway pressure (CPAP) in acute viral bronchiolitis: a systematic review. *Pediatric Pulmonol* 2011;46(8):736-46.
5. Dysart K, Miller TL, Wolfson MR, Shaffer TH. Research in high flow therapy: mechanisms of action. *Respiratory Med* 2009;103(10):1400-5.
6. Bölükbaşı N. Ordu ili kız meslek lisesi çocuk gelişimi son sınıf öğrencilerinin çocuklara yönelik ilkyardım uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyleri. *AÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg* 2007;10(3):52-59.
7. Özden, A. Psikososyal Sağlık ve Egzersiz. *Türkiye Klinikleri J Physiotherapy-Rehabilitation-Special Topics* 2016;2(1):122-6.
8. İleri H, Seçer B, Ertaş H. Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Derg* (2016);12:176-86.
9. Bellini L. Oxygen therapy and pulmonary oxygen toxicity. *Fishman’s Manuel of Pulmonary Disease and Disorders McGraw-Hill Companies*. 2002:1049-58.

10. Hasani A, Chapman T, McCool D, Smith R, Dilworth J, Agnew J. Domiciliary humidification improves lung mucociliary clearance in patients with bronchiectasis. *Chronic Respirat Dis* 2008;5(2):81-6.
11. Parke RL, McGuinness SP, Eccleston ML. A preliminary randomized controlled trial to assess effectiveness of nasal high-flow oxygen in intensive care patients. *Respirat Care* 2011;56(3):265-70.
12. Roca O, Riera J, Torres F, Masclans JR. High-flow oxygen therapy in acute respiratory failure. *Respirat Care* 2010;55(4):408-13.
13. Lamb K, Piper D. Southmedic Oxymask™ compared with the Hudson RCI® Non-rebreather Mask™: safety and performance comparison. *Can J Resp Ther.* 2016;52(1):13-5
14. Geiseler J, Karg O. Devices for oxigen administration in patients with hypoxemia during spontaneous breathing. *The buyers guide to respiratory care products.* 2010;1:75-84.
15. Christopher KL. Transtracheal oxygen catheters. *Clin Chest Med* 2003;24(3):489-510.
16. Yarkin T. Solunum yetmezliği: fizyopatoloji ve klinik yaklaşım. *Toraks Derg* 2000;2:76-84.
17. Acil Sağlık Hizmetlerinde Değişiklik Yapılmasına dair Yönetmelik: RG-15/03/2007-26463. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/03/20070315-6.html>
18. 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 (tez).Konya: Selçuk Üniversitesi; 2012.
19. Frutos-Vivar F, Nin N, Esteban A. Epidemiology of acute lung injury and acute respiratory distress syndrome. *Curr Opin Crit Care* 2004;10(1):1-6.
20. Esteban A, Anzueto A, Frutos F, Alía I, Brochard L, Stewart T, et al. Mechanical Ventilation International Study Group: Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. *JAMA* 2002;287(3):345-55.
21. Becatti M, Taddei N, Fiorillo C. Oxidative stress management during non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Int Emerg Med* 2018;13(2):141-2.
22. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. 2018. <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,32654/yatakli-saglik-tesislerinde-acil-servis-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-tebligde-degisiklik-yapilmasina-dair-teblig.html>
23. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esaslari Hakkında Tebliğ 2009. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13494&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>

EKLER



EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2020/280	
	PROTOKOL ADI	Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ ile İlgili Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Araştırma Görevlisi Doktorların Bilgi Düzeyinin Araştırılması	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Doç. Dr. Ömer SALT	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 12/32	Tarih: 10.08.2020	
	Fakültemiz Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ömer SALT'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Sinan TETİK'in tez çalışması olan araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gınıallıya ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudan oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi	

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülşim ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan UMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TUTÜCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülşim ÖNAL Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Üye		T.U. Rektörlüğü	K	E H	E H	Mazeretli
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişkisi
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yard.

EK-2

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNDEKİ ASİSTAN HEKİMLERİN YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. SİNAN TETİK
DANIŞMAN: DOÇ. DR. ÖMER SALT

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı olarak “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ ile İlgili T.Ü.T.F’ndeki Asistan Hekimlerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi”ni saptamak amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında yürütücüye bildirerek, herhangi bir gerekçe göstermeksizin çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

“Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ”in Amacı: Yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan acil servis hizmetlerinin çağın gereklerine, günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak geliştirilmesi maksadıyla, acil servislerin personel ve hizmet kıstasları, fiziki şartları, ulaşım, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartlarını belirlemek, hastane öncesi Acil Sağlık Hizmetleri ile etkin bir koordinasyon sağlamak, acil servisleri yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölgenin şartlarına göre seviyelendirerek yeniden yapılandırılmalarını sağlamak, hasta triyajı ve renk kodu sisteminin uygulama esaslarını göstermek ve bu birimlerde yürütülecek nöbet hizmetlerine ilişkin uygulama usul ve esaslarını belirlemektir.

Anket No:

SORULAR

1.Cinsiyetiniz?

A. Kadın B. Erkek

2.Yaşınız?

3.Uzmanlık eğitimi aldığınız anabilimdalı ?

4 Mesleğinizde çalışma süreniz? (yıl)

5. Asistanlıkta çalışma süreniz? (ay)

6. “Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ” ile ilgili 2018 yılında resmi gazetede yayınlanan tebliği okudunuz mu ya da bununla ilgili bir bilginiz var mı?

A. Evet B. Hayır

7. İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) ve bu komisyonun işlevi hakkında bir bilginiz var mı?

A. Evet. B. Hayır

8. “Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ”i hangi kurumları kapsamaktadır?

A. Yataklı sağlık tesisi olan üniversite hastanelerinde çalışan personeller

B. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan personeller

C. Yataklı sağlık tesisi olan Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan personeller

D. Yataklı sağlık tesisi olan özel hastanelerde çalışan personeller

E. Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personelleri

9. Acil servislerin hizmet ve malzeme standartları ile ilgili olarak aşağıdaki önermelere doğru, yanlış ya da bilgim yok şeklinde cevap veriniz.

	Doğru	Yanlış	Bilgim yok
1. Tüm acil servislerde aktif kullanılan triaj alanı bulunmalıdır.			
2. İkinci seviye acil servislerde tomografi, ultrasonografi gibi görüntüleme imkanları bulunmalıdır.			

10. Renk kodlaması Triyaj uygulaması, muayene, müdahale, refakat esasları ve güvenlik önlemleri ile ilgili aşağıdaki önermelere doğru, yanlış ya da bilgim yok şeklinde cevap veriniz.

	Doğru	Yanlış	Bilgim yok
1. Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemine triyaj denir.			
2. Acil servise başvuruda triyaj uygulamasında yeşil, sarı, kırmızı ve mavi renk kodları kullanılır.			
3. Triyaj uygulaması sadece gerekli eğitimi almış acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır.			
4. 112 Acil ambulanslarıyla sağlık tesisine getirilen hastalara da triyaj uygulaması yapılır.			
5. Triyaj uygulaması esnasında kırmızı alan hastalarının triyaja ve kayda dahil edilmeden, doğrudan kırmızı alana geçirilmesi, sarı alan hastalarının triyaj sonrası doğrudan sarı alana ve sarı alan tabibinin bilgisine gönderilmesi esastır.			
6. Dal hastaneleri ve bünyesinde I. Seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triyaj uygulaması yapılması zorunlu değildir.			
7. Sarı ve Kırmızı alanda hasta refakatçisi kabulü yapılmaz. Tabip ve hemşirenin lüzum görmesi halinde refakatçi eşliğinde muayene edilebilir, kimlik bilgileri ve anamnez için hasta yakını refakat edebilir.			
8. Hasta yakınlarına hasta hakkında sadece ilgili alandan sorumlu hekim tarafından bilgi verilmelidir.			

11. Acil servis personel standartları, nöbetler, hasta kabulü ve sevk esasları ile ilgili aşağıdaki önermelere doğru, yanlış ya da bilgim yok şeklinde cevap veriniz.

	Doğru	Yanlış	Bilgim yok
1. Yeterli sayıda acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde acil servise başvuran vakaların, bu uzmanların denetim ve sorumluluğunda değerlendirilmesi gerekir. Sağlık tesisinde tek acil tıp uzmanının bulunması hâlinde bu değerlendirme mesai saatleri ile sınırlıdır.			
2. Sağlık tesislerinde çalışan personelin, görevleri esnasında görev tanımına ve Bakanlık tarafından belirlenen çalışma elbiseleri mevzuatına uygun olarak giyinmeleri ve tanıtım kartı kullanmaları zorunludur.			
3. Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenir. Acil branş nöbeti tutan tabiplere elektif iş planlarında veya idari başka birimlerde, ilgili nöbet günü için ek bir görev verilemez. Acil branş nöbeti ile görevli tabibin, acil bir vakanın tedavisi ile meşgul olduğu durumlarda, yeni gelen hasta için görevlendirilmek üzere, acil branş nöbeti yedek nöbetçiler sıralı listesi düzenlenir. Kurumda acil hasta varlığı durumlarında sıralı listedeki tüm görevliler elektif vakalarına ara vererek, acil hastaların kabulüne sırasıyla dahil olurlar.			
4. Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi, kulak burun boğaz hastalıkları ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon, aile hekimliği branşlarından hekimler çalışmak üzere nöbet listeleri düzenlenir.			
5. Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler idari uzman tabip nöbetine dahil edilir.			
6. Branş nöbetlerinin acil servis bünyesinde tutulması esastır. Bu amaçla acil servis bünyesinde branş nöbeti ile yükümlendirilen her bir uzman tabip için ilgili branşın gerektirdiği şartları haiz uygun bir acil muayene odası ayrılır.			
7. Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunması gerekir.			

	Doğru	Yanlış	Bilgi yok
8. Yan dal uzmanlıklarında görevli uzman tabip sayısının birden fazla olması durumunda bunlar ilgili ana dalda müstakil acil branş nöbetine veya ilgisine göre dahili veya cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilebilir ve bu uzman tabip ana dal branşının acil konsültasyon hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.			
9. Ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil branş nöbetlerine dahil edilmez. Bunlar için ihtiyaç hâlinde çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulur.			
10. Dahili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilen uzman tabiplere ayrıca icap nöbeti tutturulmaz.			
11. Müstakil acil branş nöbeti veya acil branş havuz nöbeti tutulan sağlık tesislerinde; branş nöbeti ile yükümlü olan uzman tabiplerden biri, gerektiğinde branş nöbetine ilave olarak mesai saatleri dışındaki yoğun bakım ünitesi hizmetlerini de yürütmek üzere baştabip tarafından görevlendirilebilir.			
12. Acil servis hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi esastır. Bu nedenle ihtiyaç durumunda tüm klinik tabipleri acil serviste aktif olarak çalışmak üzere görevlendirilebilir.			
13. II. Seviye acil servislerde biri dahili ve diğeri cerrahi branşta olmak üzere en az 2 (iki) uzman tabibin günün her saatinde sağlık tesisinde bulunması zorunlu olup acil servis hizmetleri bu uzman tabiplerin denetim ve sorumluluğunda tabipler tarafından verilir.			
14. III. Seviye acil servislerde ise faaliyet izin belgesinde yazılı olması kaydıyla iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları branşlarında müstakil acil branş nöbeti tutulması zorunludur.			
15. Konsültasyonlar, mevcut olması halinde acil servis nöbetçisi ve Mesai Kaydırma veya Vardiya Branş Polikliniği olarak açık olan branş polikliniklerinde görev yapan acil branş nöbetçisi tabip tarafından, olmadığı durumlarda konsültasyon nöbet listesinde olan tabipler tarafından yapılır.			
16. Konsültasyon süreleri aciliyetine göre en fazla 30 dakikadır. Kırmızı alan konsültasyonları “mavi kod” kapsamında olup yakından takip edilir.			
17. Konsültan tabibin hastayı tekrar görme isteği ve hasta için istenen yeni talepler, hastanın tanı ve yatış sürecini geciktirmemelidir.			

	Doğru	Yanlış	Bilgi yok
18. Konsültan tabibin istediği ve acil servisin rutininde çalışılabilen tetkik sonuçları çıktıktan sonra hastayı beklemezsizin yeniden değerlendirir. Acil tabibi ihtiyaç halinde sonuçlar çıkmadan da konsültasyon talep edebilir.			
19. Yatış kararı verilmiş, fakat diğer kliniklerin mutlak müdahale etmesi gereken elzem durumlar dışında görüşlerini almak isteyeceği konsültasyonlar hastanın kliniğe yatışı yapıldıktan sonra yapılır.			
20. Nöbete veya vakaya çağrılan tabip davete icabet etmekle zorunludur.			
21. Acil servislerde hasta takibi 24 saati geçmemelidir.			
22. Kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince değerlendirilir ve tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik şefi veya sorumlu uzman tabibine bilgi verilir.			
23. Yatışına karar verilen klinikte boş yatak bulunmaması hâlinde boş yatak bulunan uygun kliniklerden birisine yatırılarak hastanın takibi, bakım ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılır.			
24. Acil servise akut bir rahatsızlık veya bir başka sağlık tesisinden acil olarak veya yatış amaçlı araçla sevk yoluyla gelmeyen hastaların yatış ve takibi kesinlikle yapılmaz.			
25. Acil yataklı serviste gözlem ve takip için 8 saatten uzun veya yatış kararı verildiği halde 4 saatten uzun yatan hastası bulunan klinikler için elektif koşullarda yeni hasta yatırılmasına hastane bilgi sistemi tarafından engel konulur.			
26. Tanısı konulmuş ve tedavi planı belirlenmiş, acil müdahale gerektirmeyen, durumu stabil olan ancak ileri tetkik ve tedavisinin sağlanması amacıyla önceden koordinasyon sağlanarak başka sağlık tesisinden sevkle gönderilen ve nakil sırasında acil müdahaleyi gerektirecek akut tıbbi sorun gelişmemiş hastalar gerekmedikçe acil serviste yeniden değerlendirilmez. Bu tür hastalar, acil serviste bekletilmeksizin, yatış işlemleri derhal tamamlanır ve ilgili uzmanlık dalına ait kliniğe yatırılır.			
27. Acil cerrahi ameliyat ihtiyacı olan hastaların ameliyat öncesi gerekli olan anestezi konsültasyonu ilgili cerrahi klinik uzmanı tarafından yapılır.			
28. Acil cerrahi operasyon endikasyonu bulunan hastalar için ameliyat sonrası (post op) yoğun bakım yatağının bulunmaması hastanın ameliyatını geciktirmemelidir.			

	Doğru	Yanlış	Bilgim yok
29. Durumu stabil olmayan hastalar, nakil şartlarında, hemodinamik durumlarını sabit tutacak düzeye gelmedikleri sürece sevk edilmez.			
30. Yeterli şartların sağlanamadığı ve ileri tetkik ve tedavi için başka bir sağlık tesisine sevk gerektiren hâllerde hastanın sevk edileceği sağlık tesisinin belirlenmesi, sağlık tesisleri arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinin koordinasyonundan ve yürütülmesinden 112 KKM yetkili ve sorumludur.			
31. Sevki yapılan hasta, hastanın tedavisinin gerçekleştirileceği bir sağlık tesisine kabulü sağlanana kadar sevkı yapan sağlık tesisinin sorumluluğundadır.			
32. Acil serviste sevk için bekleyen hastanın sorumluluğu, sevk kararı veren branşın acil servis nöbeti tutması halinde ilgili nöbetçi tabibe, nöbetçi tabip bulunmayan durumlarda ise konsültan tabibe aittir.			
33. Sevk işlemleri ve bu esnadaki hastanın takip ve tedavisi sevk kararı veren tabip tarafından gerçekleştirilir.			
34. Sevk değerlendirme ve denetleme komisyonu il dışına ve il içinde yapılan sevkler ile acil vakayı kabul etmeyen ve ambulansa bekleten sağlık tesislerini değerlendirir ve endikasyon dışı yapılan uygunsuz ve gereksiz sevkler ile endikasyonu olduğu halde kabul edilmeyen vakaları tespit eder, sebeplerini sorgular ve çözüme kavuşturur. Alınan kararlar tutanak altına alınır ve ilgili sağlık tesisi baştabibine yazılı olarak bildirilerek gerekli önlemleri alması istenir. Tekrarı hâlinde ilgili baştabip ve diğer sorumlular hakkında ilgili mevzuat hükümlerine göre idari soruşturma başlatılır.			

12. Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu (EK-9) hakkında bilginiz var mı?

A. Var **B.** Yok

13. Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu (EK-9) hakkında bilginiz var ise daha önce kaç defa kullandınız?

- A.** Hiç kullanmadım
B. 1-10 defa kullandım
C. 10-50 defa kullandım
D. 50' den daha fazla kez kullandım