

## Acil Hasta Yönetimi ve Sorumluluklar

Genco GÖRGÜ<sup>1</sup>

Bu bölümde aile hekimliği birimlerinde karşılaşılan acil tıbbi durumların değerlendirilmesinde yardımcı olacak asgari yeterlilikler ve klinik yaklaşımlar ele alınacaktır. İlgili metnin, temel olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği aile sağlığı merkezlerinde yaşanacak acil durumlara karşı kıymetli meslektaşlarımıza destek olmasını temenni ederim.

### GİRİŞ

Birinci basamak sağlık kuruluşları olarak Aile Sağlığı Merkezlerinde verilen hizmetin temel amacı koruyucu sağlık hizmetlerini sunarak hedef nüfusun arzu edilen sağlık göstergelerine ulaşmasıdır. Bu açıdan bakıldığında acil sağlık hizmetleri aile hekiminin temel görevlerinin dışında görülebilir; ancak yerleşim alanlarının içindeki konumu ve halk tarafından sağlığa ilk başvuru noktası olması itibarıyla aile sağlığı merkezlerine pek çok acil olgu başvurmakta, bir kısım acil durum ise bizzat aile sağlığı merkezi içerisinde doğup gelişmektedir. Bu durum aile hekimi açısından çeşitli sorumluluklar doğurmaktadır. Bu sorumluluklar yasal, etik ve tıbbi çerçevede dağılım göstermekte olup, acil durumların tanım ve tespiti, ön hazırlıkların denetimi ile müdahale ve sevk yaklaşımlarını içermektedir

### Acil Durum Nedir?

Tıbbi acil durum, akut gelişen, kişinin yaşamı veya uzun vadeli sağlığı için ani bir risk oluşturan yaralanma veya hastalıktır. Bu hastalara hemen müdahale etmek son derece önemlidir. Tıbbi bir acil durumun erken tespiti ve yönetimi hastanın hayatını kurtarmaya yardımcı olacaktır ve geri dönüşü olmayan sonuçları önleme-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı, Marmara İlçe Devlet Hastanesi, ggorgu@gmail.com

dahi, ikinci basamak kardiyoloji randevusu gelene kadar hastanın ivedilikle değerlendirilmesi, üst basamaktaki biyokimyasal testlerle miyokardiyal infarktüs, pulmoner emboli gibi olası kritik hastalıkların önlenmesi ve tedavisi adına adım atılması gerekebilir.

Hasta ve yakınlarına olası tüm riskler detaylıca anlatılmalı, durumu kavradıklarından emin olunmalı, hatta bu konuda ne düşündükleri sorularak, ivedilikle harekete geçilmesi konusunda ortak bir zemin oluşturulduğundan emin olunmalıdır. Başvurunun sevk formu ile yasal bir çerçeveye alınması, hastaneye gittiklerinde kendilerine referans olacağının vurgulanması ile alınan kararın ortak bir karar dönüşmesi ve doğru sağlık davranışının hasta ve yakınlarınca benimsenmesi sağlanır.

## SONUÇ

Aile hekimi sağlık örgütlenmesinin büyük hastane komplekslerinden toplum içine taşan uzantısıdır. Yaşamın doğal akışı içerisinde gerçekleşen olaylara fırsatçı müdahaleler yaparak, bireylere ve kitlelere yön vererek toplumun sağaltılmasına katkı sunar. Bu amaca hizmet edecek en önemli eylem ise hasta eğitimidir. Aile hekimi her hastanın tam bir iyilik haline erişmesi için kişisel bir sağlık eğitimi ajandasına ihtiyaç duyduğunu bilmelidir. Bu sadece kronik hastalık yönetimi açısından değil; acil durum kaynaklı ölümlerin yaşanmasının engellenmesi açısından da çok önemlidir. Bir diyabet hastası ve yakını gerek hipoglisemi, gerekse diyabetik ketoasidoz ve hiperosmolar hiperglisemik durum hakkında bilgi sahibi olmalı, önleme ve ilk müdahale yaklaşımları için eğitilmelidir. Aile hekimi aynı zamanda toplumun kılcalları içerisinde yer alan aile sağlığı merkezlerinin doğal lideridir. Tıbbi sekreterden, aile sağlığı elemanına kadar tüm personelin sorumluluk bilinci taşıması, aydınlatılması, mesleki motivasyonlarının sağlanması ve denetimi aile hekiminin sorumluluğundadır. Ekibin eğitimi karşılıklı bir kazanım sürecidir. Modern dokümantasyon ve veri bilimi konularında deneyimli bir tıbbi sekreter, hemşirelik, ebelik ve acil tıp teknikerliği gibi meslek gruplarından gelen aile sağlığı elemanlarının deneyimleri de aile hekimini besleyecektir. Bu doğal sorumluluk bir yük değil; hekimin mesleki doyumunu ve birinci basamak sağlık hizmetinin kalitesini yükseltecek bir unsurdur.

## KAYNAKLAR

1. Johnston CL, Coulthard MG, Schluter PJ, Dick ML. Medical emergencies in general practice in south-east Queensland: Prevalence and practice preparedness. *Med J Aust* 2001;175:99-103
2. Wardrope J, Mackenzie R. The ABC of community emergency care: The system of assessment and care of the primary survey positive patient. *Emerg Med J* 2004;21:216-25.

3. Brittain C, Eaton CJ, Steggles BG, Holden PJ, Fairhurst RJ. Emergency care in general practice. Should be properly recognised. *BMJ* 1995;310:736.
4. Bury G, Prunty H, Egan M, Sharpe B. Experience of prehospital emergency care among general practitioners in Ireland. *Emerg Med J* 2008;25:450-4.
5. Bouma M, Rutten FH, Wiersma T, Burgers JS. Revised Dutch College of General Practitioners' practice guideline 'Acute coronary syndrome'. *Ned Tijdschr Geneesk* 2013;157:A6006.
6. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>
7. A Practical Guide to Emergency Preparedness for Office-Based Family Physicians. Lauren Rothkopf, MD, and Mary Brennan Wirshup, MD, *Fam Pract Manag.* 2013 Mar-Apr;20(2):13-18.