

2. Baskı



ACİL TIP UZMANLIK EĞİTİMİ KILAVUZU

Acil Tıp Yeterlik Kurulu

Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Kılavuzu

akademisyen.com

ONLINE SİPARİŞ



AKADEMİSYEN KİTABEVİ
Halk Sokak No: 5/A Sıhhiye-Yenişehir/ANKARA
Tel: 0312 431 16 33 - 0312 432 21 84



akademisyenyayinevi



akademisyenktip



AKADEMİSYEN
KİTABEVİ



ACİL TIP UZMANLIK EĞİTİMİ KILAVUZU

Acil Tıp YETERLİK KURULU

Editör

Dr. Yıldray ÇETE

Acil Tıp Yeterlik Kurulu 3. Dönem Yürütme Kurulu Başkanı

Eğitim Programları Geliştirme Komisyonu

Dr. Aslıhan YÜRÜKTÜMEN ÜNAL

Dr. Serkan YILMAZ

Dr. İbrahim TÜRKÇÜER

Dr. Murat ORAK

Dr. Süleyman TÜREDİ

Diğer katkı veren yazarlar

Dr. Elif Dilek ÇAKAL

Dr. Süha SERİN

Dr. Bahadır ÇAĞLAR

Dr. Okan AYDIN

Acil Tıp Yeterlik Kurulu

Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Kılavuzu

Bu kitabın tüm yayın hakları Acil Tıp Yeterlik Kurulu'na aittir. Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez, fotokopi, taksir, baskı veya diğer yollardan çoğaltılamaz. Kitabın basımı Türkiye Acil Tıp Derneği koşulsuz desteği ile gerçekleştirilmiştir.

Editör

Dr. Yıldırar ÇETE

Birinci Baskı, Ocak 2007, İzmir
Türkiye Acil Tıp Derneği Yayınları

İkinci Baskı, Kasım 2021, Ankara

ISBN: 978-625-8037-27-2

ACİL TIP YETERLİK KURULU

Mustafa Kemal Mah. Dumlupınar Blv. 274/5
Mahall Ankara F Blok, No 8, Çankaya/ Ankara

Cep: 0 (531) 783 12 65

Tel: 0 (312) 438 12 66

Faks: 0 (312) 438 12 68

e-posta: info@aciltipyeterlik.org

ÖNSÖZ

Değerli meslektaşlarım,

1900’lü yılların başında giderek artan tıbbi bilginin ve modern yeni yaklaşımların da etkisi ile öncelikle tıp eğitimi sorgulanmaya başladı. Tıp eğitimi için bir dönüm noktası olan ünlü Flexner raporu sonrası tıp fakülteleri eğitim içerik ve yöntemleri açısından büyük bir değişime gittiler. Bu süreç ile eş zamanlı sayılabilecek şekilde ilk olarak tıpta uzmanlık eğitiminin standartlarının belirlenmesi için ilk adımlar atılmaya başladı. Takip eden yıllar içerisinde uzmanlık eğitimi sonrasındaki dönemin denetlenmesi ve çağdaş bilgi ve uygulamalar ile günlük hekimlik pratiğinin yürütülmesinin güvence altına alındığını yani ilgili uzmanlık alanında yetkin bir şekilde çalışıp çalışmayacaklarını test eden yeterlik sınavlarını planlayan, kontrol eden ve denetleyen yeterlik kurulları oluştu ve olgunlaştı.

Ülkemizde de Türk Tabipleri Birliği (TTB) öncülüğünde ve uzmanlık derneklerinin çabalarıyla 1994 yılından beri ilk yeterlik kurulu çalışmaları başlamıştır. Takip eden yıllarda yeterlik kavramının tanımı, içeriği ve kapsamı üzerinde fikir birliğine varılmış, ilk yeterlik kurulları uzmanlık derneklerinin destekleri ile kurulmuştur. Ulusal Yeterlik Kurulu da 09 Mayıs 2004 yılında ilk genel kurulunu yaparak hayata geçmiştir.

Acil Tıp uzmanlığı görece yeni bir alan olmasına rağmen Türkiye Acil Tıp Derneği bünyesinde yeterlik kurulunu 2004 yılında kurmuştur. Acil Tıp uzmanlık eğitiminin standartlarını belirlemek, bu standartlara göre uzmanlık eğitimi verilmesine yardımcı olmak, bu süreci gönüllülük temelinde de olsa denetlemek ve değerlendirmek üzere çalışmalarını devam ettirmektedir.

Uzmanlık eğitimi içeriği, standartları, çekirdek eğitim programı, acil servis standartları ve ölçme ve değerlendirme yöntemleri ile ilgili ilk basılı yayın Türkiye Acil Tıp Derneği tarafından “*Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi ve Acil Servislerin Standardizasyonu Taslağı*” adı ile 2000 yılında basıldı. Acil Tıp Yeterlik Kurulunun çalışmaları sonucunda 2007 yılında “*Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Kılavuzu*” hazırlandı ve uzmanlık eğitimi veren tüm eğitim kurumlarına dağıtıldı. O tarihten günümüze

eğitim kurumlarının sayısında ve buna paralel olarak, eğitmen ve tıpta uzmanlık öğrencisi sayılarında da büyük bir artış oldu. Eğitim programı içeriğine ve acil tıp pratiğine ultrasonografi eğitimi gibi çok sayıda yeni uygulama eklendi. Bu değişiklikler neticesinde eğitim kılavuzunun güncellenmesi bir zorunluluk haline geldi.

Geçtiğimiz yıl içerisinde Acil Tıp Yeterlik Kurulu Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonunun değerli üyeleri Prof. Dr. Aslıhan Yürüktümen Ünal, Prof. Dr. Süleyman Türedi, Prof. Dr. Serkan Yılmaz, Prof. Dr. Murat Orak ve Prof. Dr. İbrahim Türkçüer olağanüstü çaba göstererek elinizdeki bu kılavuzu hazırladılar. Kendilerine Acil Tıp Uzmanlığı ve yeterlik kurulu adına minnettarım.

Bu kılavuzun acil tıp uzmanlık eğitimine büyük katkı yapacağından eminim. Saygılarımla...

Prof. Dr. Yıldırım Çete
ATYK Yürütme Kurulu
3. Dönem Başkanı



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

Değerli Meslektaşlarım,

Acil Tıp Uzmanlığının ülkemizde kabulünün yirmi sekizinci yılında, Acil Tıp Yeterlik Kurulu (ATYK) Eğitim Programlarını Geliştirme Komisyonu adına, eğitim programları ve yöneticileri için faydalı bir kaynak olmasını temenni ettiğimiz “**Acil Tıp Uzmanlık Eğitim Kılavuzu**” nun ikinci basımını sunmaktan büyük bir memnuniyet duyuyorum.

Kılavuzun yayınlandığı tarih itibarı ile ülkemizde 1000’in üzerinde acil tıp uzmanı mevcut ve resmi verilere göre acil servis hasta başvuru sayısı yüz on milyonu aşmış haldedir. Sayısı 2000’e yaklaşan Acil Tıp uzmanlık öğrencileri, Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından yetkilendirilmiş özel ve kamu üniversitelerine bağlı 106 kurumda eğitim görmektedir. İzmir ve Elazığ’da ilk eğitim programlarının açılıp uzmanlık öğrencilerinin eğitime başlaması üzerinden geçen süre içinde hızla değişen koşullar, Dr. Yıldray Çete başkanlığı ve koordinasyonundaki ilk ATYK tarafından 29 Ocak 2007 tarihinde basımı yapılmış, alanında ilk olma niteliğine de sahip kıymetli kılavuzun güncellenmesini zorunluluk olarak karşımıza çıkarmıştır. Yükselişe geçen küresel ölçekli afetler, değişen hasta niteliği, sayısı ve bölgesel gereksinimler yanı sıra daha kolay ulaşılabilir, hızla artan bilğimiz, değişen öğrenci ve öğrenme alışkanlıkları doğrultusunda yazarlarımız tarafından yeniden şekillendirilen, ek tartışmaların aktarıldığı bu ürün kapsamlı bir çalışmanın sonucunda sizlere ulaşmıştır.

Türkiye’de Acil Tıp Uzmanlığının tarihçesini anımsatarak söze başladığımız kılavuzda, “*Acil Servis Planlaması ve Standartları*” başlığı altında ihtiyaçlar doğrultusunda ulusal/uluslararası örnekler, kılavuzlar değerlendirilerek acil servis hizmetlerinin yürütülmesinde gerek duyulan asgari öğeler ve acil bakımın sürekliliği için sorumluluklar iki ayrı konu olarak özetlenmiştir. Uygun çalışma ve öğrenme ortamı sağlamanın önkoşullarından biri olan acil servisler için yapısal, donanımsal altyapı asgarileri, personel niteliği ve organizasyonel tavsiyeler bu bölümde ayrıntılı aktarılmaya çalışılmıştır.

“Kazanılması gereken asgari bilgi, beceri ve tutumun farklı kurumlarda eğitim gören tüm uzmanlık öğrencilerine ulaştırılması ve ulusal bir standardizasyonun kazandırılması” ana hedefi doğrultusunda hazırladığımız bu kılavuzda TUK’un kabul ettiği “Acil Tıp Uzmanlık Eğitim Çekirdek Müfredatı” temel alınarak öncelikle yetkinlik alanları tanımlanmıştır. Bir Acil Tıp uzmanı için tanımlanan 6 temel yetkinlik alanı kapsamında yer alan her bir beceri için seviyelendirme yapılmış, kilometre taşları ve öğrenme çıktıları belirlenmiştir. Bilgi, beceri ve tutum eğitimi başlıkları ayrı ayrı ele alınıp, içerik ve hedefler ortaya koyulmuştur. Kendine has güçlüklerle sahip, kesintisiz hasta bakım hizmetinin sağlanma zorunluluğu olan acil servislerde, bu hedeflerin ikamesinde klasik eğitim yöntemleri yanı sıra kullanılabilecek güncel öğrenme, öğretme ve değerlendirme yöntemleri tartışılmıştır. Bir eğitim programının öz denetimi konusunun da işlendiği kılavuzda kurulumuzca onaylanan kurumsal, yapısal ve organizasyonel sağlanması arzu edilen tüm asgari “Acil Tıp Eğitim Standartları” başlığı altında yer almaktadır. Ek olarak ‘Ulusal Uzmanlık Eğitim Takip Sistemi’ nin etkin hale getirilmesini beklediğimiz ve basılı kaynak kullanımından uzaklaşılan şu dönemde programlar için çevrimiçi olarak da kullanabilecekleri portfolyo/karne örneği son bölümdedir.

Kılavuzun ilk basımını hazırlayan ve basımına destek olan tüm saygıdeğer meslektaşlarımıza öncelikle tekrar saygılarımı sunarken bu basımda komisyon dışında olup, emek veren Sayın Dr. Elif Dilek Çakal, Dr. Süha Serin, Dr. Bahadır Çağlar, Dr. Okan Aydın’a ayrıca teşekkürlerimizi sunmak istiyorum. Dilerim hazırladığımız çalışma, zaman zaman oldukça zorlu koşullarda program yapılandırmaya çalışan değerli eğitimcilerimiz için yol gösterici olacaktır.

Saygılarımla...

Dr. Aslıhan YÜRÜKTÜMEN ÜNAL
Eğitim Programları Geliştirme Komisyonu
3. Dönem Başkanı

“Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Kılavuzunun basıma hazırlanmasındaki edisyon ve redaksiyona katkılarından ötürü ATYK Genel Sekreteri Dr. Özge DUMAN ATILLA başta olmak üzere ATYK 4. Dönem yürütme kurulu üyelerine teşekkür ederiz.”



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

İÇİNDEKİLER

KISIM 1	Türkiye’de Acil Tıp Uzmanlığı.....	1
KISIM 2	Acil Servis Planlaması ve Standartları	5
	Bölüm 1. Acil Servis Hizmetleri İçin Gerekli Öğeler.....	7
	Bölüm 2. Hasta Bakımının Devamlılığı İçin Sorumluluklar.....	61
KISIM 3	Acil Tıp Uzmanlık Eğitim Programı	69
	Bölüm 1 Acil Tıp Müfredatı Amacı ve Hedefleri.....	71
	Bölüm 2 Acil Tıp Uzmanlığının Eğitim Süresi, Hedef Kitlesi.....	73
	Bölüm 3 Acil Tıp Uzmanlığının Kariyer Olasılıkları.....	75
	Bölüm 4 Acil Tıbbın Temel Yetkinlik Konuları.....	77
	Bölüm 5 Öğrenme ve Öğretme Yöntemleri.....	115
	Bölüm 6 Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri.....	129
	Bölüm 7 Müfredat Başarısı Değerlendirme Stratejileri.....	135
	Bölüm 8 Acil Tıp Eğitim Standartları.....	137
	Bölüm 9 Acil Tıp Rotasyon Hedefleri	151
KISIM 4	Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Uzmanlık Eğitimi Karnesi Önerisi	159
	Bölüm 1 Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Eğitimi Standardizasyon ve Kredilendirme Sistemi Yönergesi.....	165
	Bölüm 2 Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Çalışma Düzeni.....	173
	Bölüm 3 Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Uygulama ve Etkinlikleri	175
KISIM 5	Acil Tıp İle İlgili Mevzuat	215



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

KISIM 1

TÜRKİYE'DE ACİL TIP UZMANLIĞI

YAZAR

Dr. İbrahim TÜRKÇÜER



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

Acil Tıp, acil tıbbi müdahale gerektiren ani hastalık ve yaralanmaların tanı ve tedavileri ile ilgilenen bilim dalıdır. İlk çağlardan beri bazı basit uygulamalarla da olsa tarihte yerini almıştır. Acil tıbbın gelişmesinde acil tıbbi müdahaleye en fazla gerek duyulan yerler olan savaşların ve savaş cerrahlarının katkısı büyüktür. Savaşlarda hastaların aciliyet derecelerinin tespiti, acil nakli, acil müdahale edilmesi gibi konular ön plana çıkmakta ve bu konularda gelişmelere daha çok ihtiyaç duyulmaktadır. Avrupa’da 1487 yılında Malaga kuşatması sırasında ilk ambulansın kullanıldığı bilinmektedir. 1767’de Amsterdam’da, 1768’de Hamburg’da, 1772’de ise Paris’te ilk kurtarma ekipleri kurulmuştur. Yine 1823-1908 yılları arasında yaşamış, Almanya doğumlu tanınmış bir cerrah olan Johannes Friedrich August von Esmarch ilkyardımın kurucusu olarak bilinmektedir ve acil tıbbi müdahale konusunda literatüre kazandırdığı eserleri mevcuttur.

Osmanlı Devletindeki gelişmeler 1865’de Cenevre Sözleşmesi’ni kabul edip bunun gereği olarak da 1867’de “Mecruhin ve Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muavenet”in (Yaralıları ve Askeri Esirleri Kurtarma ve Yardım Derneği) kurulması ile ivme kazanmaktadır. Bu derneğin ismi daha sonra “Osmanlı Hilali Ahmer Cemiyeti” olarak değiştirilmiştir. 1911-1912 yıllarında Trablusgarp Savaşı’nda içinde röntgen cihazının bulunduğu ambulansların kullanıldığı bilinmektedir.

Modern Acil Tıp hizmetleri hastanede ve mobil ekiplerce sahada verilmektedir. Bugünkü bilinen anlamıyla acil tıbbın geçmişi 1960’lara dayanmaktadır. Bu dönemden önce acil sağlık hizmetleri genellikle tek bir odada, tek hemşire veya doktor aracılığıyla verilirken, özel bir bakım hizmeti bulunmamaktaydı. 1960’tan sonra ise teknolojik gelişmeler, toplumda kaza ve travmalara bağlı ani ölümlerdeki artış ile acillerdeki “tek oda” lar yetersiz kalmıştır. Yine askeri alanlardaki deneyimlerdeki artışın yol göstericiliğinde sivil hayatta çok odalı acil servisler açılmış, acil servislerde görevli özel ekipler çalışmaya başlamıştır. Bu özel ekiplerin çoğalmasıyla gruplaşmaları da ortaya çıkmış ve dernekler kurulmaya başlanmıştır. 1968 yılında ABD’de American College of Emergency Physicians (ACEP) isimli Acil Tıp derneği kurulmuştur. 1979 yılında Acil Tıp Uzmanlığı Amerika’da 23. uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve bir yıl sonrasında ilk yeterlik (board) sınavı yapılmıştır. Dünyadaki gelişmeler de buna paralel olarak ilerlemiştir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 1985 yılında bazı ana arterler ve turistik bölgelerde bir merkeze bağlı olmadan araç telefonu ile ulaşılabilen gezici ambulans ekipleri kullanılmış. 1986 yılında da 077 Hızır Acil Servis olarak büyük merkezlerde belediyelerle Sağlık Bakanlığı ortak hasta taşımacılığı hizmeti sunmuştur. 1994 yılında 077 Hızır Acil’in yerini “112 Acil Yardım ve Kurtarma” almıştır.

Acil tıbbın bir uzmanlık dalı haline gelmesi süreci 1990 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi'nin davetiyle Türkiye'ye gelen Amerikalı Acil Tıp Uzmanı Dr. John Fowler'ın çabalarıyla ivme kazanmıştır. Dr. Yıldırım Aktuna'nın Sağlık Bakanı olduğu Süleyman Demirel Başbakanlığındaki Bakanlar Kurulu'nun 12 Nisan 1993 tarihli kararı, 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmi Gazete'de 93/4270 karar sayısı ile yayınlanmış, İlk ve Acil Yardım adıyla bir anadal olarak kurulmuştur. 3 yıllık bir ana dal olarak tanımlanan İlk ve Acil Yardım 24 ay ana dal 18 ay rotasyon şeklinde planlanmıştır. 1994 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi ve Fırat Üniversitesi ilk uzmanlık öğrencilerini alarak eğitime başlamışlardır. 2000 yılında Acil sağlık hizmetlerinin bütün yurttan eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak amacıyla acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirleyen "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği" çıkarılmıştır. Bu tarihte toplam Acil Tıp Uzmanı sayısı 20, Anabilim Dalı sayısı ise 14 adettir. 19 Haziran 2002'de Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ile uzmanlık alanının adı Acil Tıp olarak değiştirilmiştir. Uzmanlık eğitimi süresi 5 yıla çıkarılmıştır. 26 Nisan 2011 tarih ve 27916 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Kanun ile de tekrar 4 yıla düşürülmüştür. Ocak 2020 itibarıyla kayıtlı 76 Acil Tıp profesörü, 122 Acil Tıp doçenti, 138 doktor öğretim üyesi, 805 Acil Tıp uzmanı, 1853 Acil Tıp uzmanlık öğrencisi bulunmaktadır.

Acil Tıp uzmanı sayısındaki artışa paralel olarak, Acil Tıp akademisyenlerinin sayısında da artış meydana gelmiştir. 1995 yılında Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD), 1999'da ise Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER) kurulmuştur. Bununla birlikte Acil Tıp alanında ulusal ve uluslararası indekslere giren dergilerdeki yayın sayılarında da yıllar içinde artış izlenmektedir. Acil Tıp branşında 2020 itibarıyla, Türkiye'deki iki ulusal Acil Tıp derneğinin sponsorluklarında hizmet veren, Türkçe ve İngilizce yayın kabul eden ulusal ve uluslararası indekslerde listelenen altı adet akademik dergi (Turkish Journal of Emergency Medicine, Anatolian Journal of Emergency Medicine, Eurasian Journal of Emergency Medicine, Journal of Emergency Medicine Case Reports, Eurasian Journal of Critical Care, Eurasian Journal of Toxicology) bulunmaktadır.

KISIM 2

ACİL SERVİS PLANLAMASI VE STANDARTLARI

YAZAR

Dr. Serkan YILMAZ



ACIL TIP
VETERİNERLİK
KURULU
2004



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

Acil hasta bakım hizmeti vermek üzere açılan tüm acil servisler (AS) acil bir yakınması olduğunu söyleyerek başvuran her hastayı değerlendirmek için gerekli olan personel ve malzemelere sahip olmalıdır. Acil tıbbi durumu olduğu tespit edilen hastaların stabilizasyonu sağlanmalı, gerekli girişim ve istemlerde bulunulmalı, tedavisi başlanmalı ve hastanın bakımı sonuçlanıncaya kadar en iyi hizmet verilmelidir. Tıbbi acillerin ve akut hastalık ve yaralanmaların özelliği gereği daha önceden planlanmamış olması, birbirinden bağımsız olaylardan meydana gelmesi nedeni ile AS'lerde günün 24 saati hasta bakımı konusunda yetkili ve deneyimli, Acil Tıp konusunda eğitim almış hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personelinin bulunması gerekmektedir.

AS'ler acil tıbbi bakım ihtiyacı olmayan, ancak mevcut sağlık sisteminin yoğunluğu veya yakınmalarının zamanı nedeniyle bakım imkânı bulamayan hastalar için de sağlık sistemine bir giriş kapısı olarak bakım ve tedavi hizmeti vermektedir. Acil Tıp uzmanlık dernekleri Acil Tıbbi Bakım konusunda aşağıdaki düşünceleri savunmaktadır:

- Acil Tıbbi Bakım herkes için eşit koşullarda ulaşılabilir olmalıdır.
- Uygun, nitelikli acil tıbbi hekim ve hemşire bakımına ulaşım sınırlandırılmamalıdır.
- Hastane öncesi, AS ve yataklı tedavi bölümlerinde verilen hizmet arasında engelsiz ve kesintisiz bir devamlılık olmalıdır.
- Hastaların değerlendirilmesi, yaklaşımlar, tedavileri ve bakımlarının sonuçlandırılması her basamakta ve her birim düzeyinde aynı kalitede, aynı özellikte, uygun, yeterli ve hastaya yarar sağlayıp zarar vermeyecek bir nitelikte olmalıdır.
- Her hastanın ihtiyacını karşılamak için geliş zamanından, değerlendirme, karar verme, tedavi ve sonuca (taburcu, yatış, sevk) kadar gerekli tüm alet ve sarf malzemeler AS'lerde hazır ve çalışır konumda bulunmalıdır.
- AS'de görev yapan hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri tıbbi bakım sisteminin vazgeçilmez bir parçasıdır. AS çalışanları, hastane öncesi ve yataklı birimlerdeki diğer sağlık çalışanları ve sosyal hizmetler elemanları ile etkili iş ilişkileri sağlamalı ve bu kişilerle ortaklaşa hizmet vermelidir.

Aşağıda mesleki sorumluluklar ve halkın beklentileri ile beraber, acil tıbbi bakımın verilmesi için gerekli öğeler özetlenmiştir:

- AS'ler, özellikle ölüm veya sakat kalma riski ve acil bakım ihtiyacı olan her hastanın değerlendirilmesi ve stabilizasyonu için gerekli bilgi ve beceriye sahip nitelikli personeli bulundurmak zorundadırlar. AS'ler bu hizmeti kolaylaştırmak üzere tasarlanmalı ve gerekli alet ve malzemelerle donatılmalıdır.

- Uygun tıbbi bakım, günün 24 saati, haftanın 7 günü verilmelidir. Bu bakım bizzat AS'de bulunan, Acil Tıp konusunda eğitimli ve yeterli tecrübeye sahip sorumlu bir uzman hekim, mümkünse Acil Tıp uzmanı ve acil hemşiresi tarafından sağlanmalıdır.
- Acil hastaların değerlendirilmesi ve stabilizasyonu acil bakım talep eden her birey için sağlanmalıdır. Hastanın sosyal sağlık güvencesinin veya maddi olanakların yeterli olup olmaması, hastanın ilk değerlendirme, gerekli hayat kurtarıcı girişimlerin ve tedavilerin yapılmasını engellemez. Hastaların ücretlendirilmeleri ilgili mevzuata göre düzenlenir.
- AS'ler sundukları hizmetlerin özelliklerini anlatan aktif halk eğitim programları düzenlemelidir ve bu hizmeti daha verimli ve etkin halde geliştirmek için belirli zaman aralıklarında hizmetlerini sorgulamalıdır.
- AS'ler, acil sağlık hizmetleri ile ilgili mevcut sistemleri desteklemeli, gerekli ise tıbbi yönlendirmeler ve önerilerde bulunmalıdır.



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

BÖLÜM 1

ACİL SERVİS HİZMETLERİ İÇİN GEREKLİ ÖĞELER

Bu bölümde acil tıbbi bakım verilmesi için gerekli olan yönetim, personel, mimari yapı ve malzemelerin özelliklerinden bahsedilecektir:

A. Yönetim

- AS'ler, bakmakla yükümlü olduğu hasta nüfusunun acil sağlık hizmetleri ile ilgili beklentilerini karşılayabilecek şekilde organize edilmeli ve yönetilmelidir. Bu organizasyon, hastane kuralları ve hastanedeki diğer bölümlerin örgütlenme planları ile uyum içinde olup, bir şema halinde dokümente edilmelidir.
- AS'nin işleyişi, yazılı politikalar ve kurallara uygun olarak sağlanmalıdır.
- AS'nin tıbbi yöneticisi*, AS sorumlu hemşiresi, diğer hizmet alanlarının sorumlularının da katılımı ile acil bakımın kalitesini, güvenliğini, uygunluğunu sürekli olarak izlemeli ve değerlendirmelidir.
- AS'de yeni çalışmaya başlayan tüm kişiler kurumun görevini, AS'in işleyişini ve çalışanlarının her birinin sorumluluklarını belirten resmi bir oryantasyon programına alınmalıdır.
- AS'de çalışan tüm görevliler hastaya en iyi hizmeti verebilmek için uygun mesleki bilgi ve beceri seviyesine sahip olmalı, mevcut bilgi ile becerilerini sürekli olarak artırıp geliştirmelidir.
- Toplam kalite kurallarının bir gereği olarak; AS içinde çalışan tüm doktor, hemşire ve yardımcı personelin görevleri, sorumlulukları belirlenerek dokümente edilmelidir. Ekibin her bireyinin düzenli aralıklarla denetlenmesi ve kontrolü için kalite güvenlik programları oluşturulmalıdır.
- AS'ye başvuran her hastanın triajı (hastaların başvuru yakınması, genel durumu ve vital bulguları değerlendirilerek aciliyetlerine göre önceliklerinin belirlenmesi) mutlaka bu konuda eğitim almış, bilgili ve deneyimli bir personel (hemşi-

re ve/veya paramedik) tarafından yapılmalıdır. Triajda çalışan personel AS tıbbi sorumlusunun sürekli denetimi altında olmalıdır.

- AS'nin iç işleyişi ilgili idari prensipler, AS tıbbi yöneticisi ve AS sorumlu hemşiresinin iş birliği ile oluşturulmalıdır.
- AS'nin bakım ve stabilizasyon imkanları, acil tıbbi bir hastalık nedeniyle başvuran tüm hastaların ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapasitede olmalıdır.
- AS'lerde çalışan Acil Tıp konusunda mezuniyet sonrası eğitim almış uzman, hastaların her türlü tıbbi bakımından sorumlu olan kişidir. Bu:
 - Hastanın değerlendirilmesi,
 - Tanısının konması,
 - Tedavisinin düzenlenmesi,
 - Tedavinin sonuçlandırılmasını (yatırılması, taburcu veya sevk edilmesini) içerir.
- AS'deki bir hastanın sorumluluğu başka bir hekime devredilebilir.
- AS hemşiresi her bir acil hastasının
 - Hemşirelik hizmetleri,
 - Değerlendirilmesi,
 - Yapılan uygulamalara verdiği cevabın sonucunun belirlenmesinden sorumludurlar.
- AS'ye müracaat eden her hasta için bir dosya çıkartılmalı ve tüm bilgiler okunaklı bir şekilde bu dosyaya ayrıntıları ile yazılmalıdır. Bu dosyalar kanunların uygun gördüğü sürece ve acil hekimlerinin gerekli olduğu zaman kolaylıkla ulaşabilecekleri ve yönetmeliklerde belirleneceği şekilde saklanmalıdır. Eğer mümkün ise elektronik kayıt sistemleri ve dosya altyapıları kullanılmalıdır.
- AS'den taburcu edilen veya başka bir merkeze sevk edilen tüm hastalara mutlaka yapılan girişimler ve/veya tedavi ile ilgili bir epikriz, öneri formu veya hasta sevk formu verilmelidir.
- * AS tıbbi yöneticisi: Akademik AS'lerde klinik sorumlusu, eğitim sorumlusu, araştırma sorumlusu ve idari işlerle uğraşan sorumlunun yöneticisi konumundaki anabilim dalı başkanıdır. Akademik olmayan AS'lerde tıbbi yönetici, klinik sorumlusu ve idari işlerle uğraşan hekimin sorumlusu konumundadır.

B. Personel

AS, Acil Tıp konusunda iyi eğitilmiş ve nitelikli Acil Tıp hizmeti çalışanları ile istihdam edilmeli ve bu ekibe mümkün ise 24 saat hizmet verebilecek olan uzman bir hekim ve sorumlu bir hemşire de dâhil edilmelidir.

B.1. AS tıbbi yöneticisi

- AS’de verilen hizmetler mutlaka bir “AS tıbbi yöneticisi” tarafından yönetilmelidir.
- AS tıbbi yöneticisinin sorumlulukları:
 - Mesleki yeterlik sertifikası (Acil Tıp Yeterlik Sertifikası) olması tercih nedenidir; Türkiye’de Yeterlik Kurulları Uzmanlık Dalını temsil eden Derneklerin altında kurulmakta ve bağımsız Yürütme Kurulları ile hizmet vermektedir. Kurulan Yeterlik Kurulları Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kuruluna bağlı Ulusal Yeterlik Kurulu’nun yönergeleri ile standardize edilmektedir.
 - AS klinik hizmetlerini organize ve idare eder.
 - 24 saat AS’nin kontrolünü sağlar.
 - AS’nin hasta bakım kalitesinin artırılması, AS içinde sürüp giden hasta bakımında uzman hekimlerin, hemşirelerin ve diğer yardımcı personelin denetimini sağlar.
 - Erişkin ve çocuk acil konularında hasta bakım politikalarının ve girişimlerin belirlenmesi ve güncelleştirilmesi.
 - Hastane yönetim kurullarında görev ve sorumluluk alması önemlidir.
 - Ülkenin, bölgenin ve yerel Acil Tıp sistemi ve hizmetleri ile yakından ilgili olmalıdır.
 - AS çalışanlarının yeterliliklerini sınavabilir.
 - Geriye yönelik incelemelerle kalite kontrolü sağlar.
 - İki yıl içinde Acil Tıp konularıyla ilgili olarak 75 TTB STE kredisi almalıdır.
- AS tıbbi yöneticisi ve hekimleri hastanenin diğer tüm yönetici ve hekimleri gibi olması gereken bazı klinik imtiyazlar dâhil aynı haklara, imtiyazlara ve sorumluluklara sahip olmalıdır.

B.2. AS hekimleri

- İdeal olarak AS’lerde 24 saat, haftada 7 gün Acil Tıp uzmanı hekimler görev yapmalıdır.
- AS’de çalışan her hekim AS’de hastalığı nedeniyle tedavi edilmeyi bekleyen tüm hastaları değerlendirmek, ilk bakımlarını ve tedavilerini yapabilecek seviyede yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmalıdır.
- Nitelikli bir acil hekimi, acil bakım arayan tüm hastaların değerlendirilmesi, ilk yaklaşım ve tedavilerinin yapılması için gerekli, Acil Tıp alanında yeterli eğitim ve deneyime sahip olan kişi olarak tanımlanır.

- AS’de hasta bakımı ve kontrolünü sağlamak, gerekli müdahale ve tedavi işlemlerini vakit kaybetmeden yapmak ve gerektiğinde hastaları diğer bölümlerin konsultanları ile değerlendirip hastaya en iyi acil bakım hizmetini sunmalıdır.
- Acil Tıp uzmanlık dernekleri AS’lerde çalışan her hekimin verdiği bakım kalitesi ve mesleki yeterliliğini değerlendirmek için bazı kriterlerin olması gerektiğini düşünmektedir.
- Uzmanlık Yeterlik Kurulu tarafından bir yeterlilik sertifikası verilmesi ve bunun belirli sürelerle yenilenmesi, çalıştığı kurum içindeki hasta bakım kalitesi ve deneyiminin hastane yönetimi ve AS tıbbi sorumlusu tarafından değerlendirilmesi, sürekli tıp eğitimine katılımı ve bunu belgelendirmesi gibi mesleki ehliyetlendirilmeyi içerir.
- Bu uzmanlar iki yılda 75 TTB STE kredisi almalıdırlar.

B.3. AS hemşirelik hizmetleri sorumlusu

- AS’lerdeki hemşirelik hizmetleri sorumlu bir yüksek hemşire tarafından yürütülmelidir. AS hemşirelik hizmetleri sorumlusu;
 - Sağlık Bakanlığı Acil Hemşiresi Sertifikası belgesine sahip olmalıdır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın 2003 Eylül ayında başlattığı ve 2006 Kasım ayında 5 üniversite hastanesinde devam ettirdiği “Acil Bakım Hemşireliği Kursu” hizmet içi bilgi ve beceri artırımı açısından değerlidir. Ancak bu sertifikalandırmanın yeterli ve deneyimli bir özerk kurum tarafından başlatılması gerekmektedir. Bu nedenle bu madde programın başlaması ile birlikte sonraki 3 yıl içinde zorunlu kılınmalıdır.
 - AS’de klinik hizmetlerin idare ve yönetiminde yeterli olmalıdır.
 - AS içinde çalışan hemşireler ile yardımcı sağlık personelinin yeterli kapasite ve bilgide kişiler olmasını temin etmeli ve bu kişileri denetlemelidir.
 - AS sorumlu hemşiresi, 24 saat ve 7 gün boyunca AS’deki diğer hemşirelerin hasta bakımının kontrolü ve hizmetin düzgün yürütülmesinden, AS’deki klinik ve yönetsel kuralların hemşirelere aktarılmasından, hemşirelerin eğitiminden, geriye yönelik taramalar yaparak AS hasta bakımının kalitesinin artırılmasından, hemşire ve diğer yardımcı personelin nöbet listelerinin ayarlanması ve yürütülmesinden sorumludur.
 - İdeal olarak bu görevin 2 yıl AS tecrübesi, 1 yıl yöneticilik deneyimi olan, bunun yanında liderlik özellikleri taşıyan hemşirelere verilmesi uygun olacaktır.
 - Bu hemşireler tercihen ileri kardiyak yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri pediatrik yaşam desteği gibi kursları başarıyla tamamlamış olmalıdırlar. Bu kurslar 2 yılda bir tekrarlanmalıdır. Ülkemizde bu kursların dü-

zenli verildiği bir çalışma henüz başlatılmamıştır.

- Sorumlu hemşire AS yöneticisi ile koordine çalışarak hekim ve hemşirelerin uyum içinde çalışmasına yardımcı olur.
- Acil Tıp konularında yılda 20 TTB STE kredisi almalıdırlar.

B.4. AS hemşiresi

- AS içinde çalışan tüm hemşirelerin daha önceden;
 - Acil bakım eğitim veya yoğun bakım programını tamamlamış veya yeterli Acil Tıp hizmetleri tecrübesi olan kişiler arasından seçilmesi gereklidir,
 - Başvuran hastaların değerlendirmesi, tedavisi ve eğitimini Acil Hemşirelik Pratiği Standartlarına uygun şekilde yapabilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır,
 - En ideali ise bu hemşirenin veya hemşirelerin acil hemşireliği konusunda tecrübesi olan veya bu eğitimi almış bir kişi olması gereklidir.
- AS'de çalışan her hemşire:
 - Göreve başladıktan sonra en geç 6 ay içinde acil bakım hizmet içi eğitimi programını tamamladığını belgelemelidir.
 - Acil Hemşireliği uygulamaları standartlarına göre gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır.
 - AS oryantasyonunu başarıyla tamamlamış, AS işlem ve girişimleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
 - Bu hemşirelerin de ileri kardiyak yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri pediatrik yaşam desteği gibi kursları başarıyla tamamlamış olması hasta bakım kalitesini yükseltecektir.
 - Bu hemşireler 24 saat, haftada 7 gün AS'te hasta bakımından, hasta eğitimin-den ve diğer yardımcı personelin denetlenmesinden, triajdan (AS girişinde hastanın hastalığının değerlendirilmesi ve AS içerisinde uygun muayene alanına dağıtımı) sorumludurlar.
- Bu hemşirelerin de yılda 15 TTB STE kredisi alması gereklidir.
- AS hizmetleri sorumlusu ile AS hemşire sorumlusunun düzenli aralıklarla toplanarak çalışanları, sorunları ve çalışanların ihtiyaçlarının gözden geçirmelidir:
 - Müracaat eden hasta sayısı,
 - Yaralanma ve hastalıkların ciddiyeti,
 - Geliş zamanları,
 - Yardımcı hizmet ve desteğin hazır olması ve ulaşılabilirliği,
 - Konsültasyon ve yatışlardaki sorunlar gibi ölçütler, bu grup tarafından sü-

rekli olarak incelenmelidir. AS'ye başvuruların normalin çok üzerine çıkması olasılığı için hemen göreve çağrılacak yedek hekim ve hemşirelerin desteği için bir planın olması gereklidir.

C. Acil Servis Tasarım Standartları

C.1. Amaç

Acil Servis Tasarım Standartları, AS tasarım sürecinde Sağlık Bakanlığı yöneticilerine, hastane ve AS yöneticilerine, mimarlar ve diğer tasarımcılara destek olmayı ve çağdaş bir AS hakkında bilgilendirmeyi amaçlamaktadır. Bu belgede:

- Bir AS'in klinik ve fonksiyonel gereksinimlerini tanımlamak ve bu gereksinimlerin entegrasyonunu özetlemek
- AS içindeki ve diğer hastane bölümleri arasındaki ilişkileri açıklamak;
- İyi çalışan AS tasarımının unsurlarını tanımlamak;
- Lokalizasyonu, büyüklüğü, klinik kullanıcı grupları (yani doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri) ne olursa olsun acil tıbbi durumlarda iyi tasarlanmış bir AS'in önemini vurgulamak;
- Hasta, hasta yakını ve personel deneyimini destekleyen AS'in geliştirilmesine yardımcı olmak ve
- AS personeli ile mimarlar, tasarımcılar, mühendisler ve sağlık planlamacıları arasında diyalogu ve katılımı teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

AS Tasarım Standartları, Sağlık Bakanlığı Sağlık Tesisleri Yönergeleri ile karşılaştırıldığında, belirli AS alanları ve klinik kullanıcılar tarafından karşılaşılan sorunlar bakımından bazı farklılıklar içermektedir. Bu kılavuz halkımızın ihtiyaçları ve ülkemizin sağlık koşullarını da göz önünde bulundurarak, konu ile ilgili uluslararası modelleri de değerlendirerek en uygun seçenekleri sunmayı amaçlamaktadır.

AS'in dinamik ortamında, sağlık politikaları, hasta ihtiyaçları ve demografik bilgileri, AS personeli ve diğer faktörlere bağlı olarak bakım modelleri hızla değişebilir. Kılavuz, değişen koşulları göz önüne alarak AS Tasarım Kuralları gibi politika belgelerini düzenli olarak üretir, inceler ve paydaşlarına açıklar.

C.2. Arka plan

AS, halkın acil sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanmasında ve temel sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı hizmetlerinin desteklenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. AS ayrıca, parçası olduğu hastanenin sunduğu birçok yataklı ve ayakta tedavi hizmeti için de önemli bir ara yüzdür.

AS'lerde farklı bakım modelleri ile ilişkili ayaktan bakım ve yataklı bölümlerin

ortaya çıkması, farklı bakım modelleri ile ilişkili değişen personel ihtiyaçları, birçok farklı yolla hasta kabulü, sık sık kritik ve yaşamı tehdit eden akut hastaların ve yarattığı vaka karmaşası, AS'in / hastanenin bölgedeki rolü (örn. büyük bir travma hizmeti olarak işlev görüp görmediği), stresli ve endişeli olan hastaların, hasta yakınlarının varlığı ve akut psikiyatrik sorunlarla başvuran hastaları nedeniyle benzersiz klinik ortamlardır ve bu durum önemli tasarım sorunları oluşturur.

AS tasarım sürecinde klinik kullanıcı gruplarının sık yaptığı hatalar şunlardır:

- Projenin başlangıcında yeniden geliştirme parametrelerinin göz ardı edilmesi;
- Zayıf proje yönetimi. Örn. klinik kullanıcıların planlama sırasında yetersiz temsili, bina gereksinimlerinin göz ardı edilmesi veya yanlış yorumlanması;
- Planlama sürecine yeterli zamanın ayrılmaması;
- Hem yerel hem de yurt dışında yakın zamanda inşa edilmiş veya yeniden tasarlanmış AS'lerin artılarının ve eksilerinin değerlendirilmemesi;
- Kaynak eksikliği nedeniyle çevre araştırması ve kanıt temelli tasarım anlayışından uzaklaşılması;
- AS'te deneyime sahip personellerin deneyimlerinden faydalanılmaması;
- Engelliler ile ilgili düzenlemelerin AS tasarımına nasıl etki edeceğini dikkate almamak;
- Klinik uygulamalar, bilgi teknolojisi ve tasarımın bir bütün olarak dikkate alınmaması. Örn. Ekipman büyüklüklerini yerleşim yerlerini hesaplamadan yapılan tasarımlar.

C.3. Tasarımda dikkat edilmesi gereken unsurlar

C.3.1. Tasarım:

Bakımın uygun bir ortamda yürütüldüğü etkin bir AS tasarımı, paydaşlar arasındaki verimli iş birliğine bağlıdır. AS tasarım süreci şunları dikkate almalıdır:

- İşlevsellik - Bir AS'in tasarımı pratik olmalı ve sağlık profesyonellerinin farklı klinik koşulları olan hastaları nasıl yönetip tedavi ettiklerini yansıtmalıdır.
- Biçim - Personel, hastalar, hasta yakınları ile klinik bakım akışı arasında etkili etkileşimi teşvik eden mekânsal gereklilikler dikkate alınmalıdır. Acil Servis modellerinin zamanla değişeceği ve Acil Servis ile hastane arasındaki ilişkinin göz önünde bulundurulması gerektiği unutulmamalıdır. Zamanla, klinik tedavi alanları yeniden düzenlenebilir, bu yüzden belirlenen alanları, gelecekteki değişiklikleri garanti altına almak için esnek yapılandırılmalıdır.
- Hasta ve personel ihtiyaçları - Sadece hastalığı tedavi etmek değil, aynı zamanda kötü tasarımın yol açabileceği psikososyal unsurlardan arınmış, güvenli ve has-

talar için iyileştirici bir ortam amaçlanmalıdır. Buna ek olarak, AS personelinin ihtiyaçları, mümkün olduğunca güvenli bir çalışma ortamı sağlayan İş Sağlığı ve Güvenliği standartlarının uygulanmasıyla desteklenebilir. Personelin psikososyal refahı tasarım ve mekân kullanımı sırasında dikkate alınmalıdır. Personelin, Acil Serviste herhangi bir hasta ve hasta yakınından daha uzun süre geçirdiği göz önüne alındığında, bu durum göz ardı edilmemelidir.

- Mevcut yönetmeliklere uygunluk- AS'ler dizayn edilirken en azından mevcut yönetmeliklerin minimum yeterliklerini karşılayabilir olduğu garanti altına alınmalıdır.

C.3.2. Acil servisin amacı:

Acil Servisin asıl görevi beklenmedik bir hastalık veya bir yaralanma durumunda, hastayı değerlendirmek, müdahalesini yapmak, tedavisini başlatmak ve daha ileri sakatlık ve yaralanmadan korumaktır. Bu, resüsitasyon gerektiren hastaları, acil, yarı-acil ve daha az acil olan hastaları (Sağlık Bakanlığı Triaj Skalası) içerir. Bir AS ayrıca kitlesel kaza ve afet durumlarıyla da başa çıkma kapasitesine sahip olmalıdır.

Acil Serviste bakım ve tedavi ihtiyacına sahip olabilecek erişkin ve çocuk travma hastaları ile hayatı tehdit etme potansiyeli olan medikal acil durumlara sahip erişkin ve çocuk hastaların dışında, tasarım sırasında dikkate alınması gereken birçok farklı ve özellikli hasta grubu acil servise başvurmaktadır:

- Yaşlı hastalar
- Çocuk ve ergenler
- Gebe hastalar
- Fiziksel ve zihinsel engelli hastalar
- Çocuk istismarı, aile içi şiddet veya cinsel saldırı kurbanları
- Ruh sağlığı sorunları olan hastalar
- Enfeksiyöz hastalıkları olan veya immün sistemi baskılanmış hastalar
- Mahkumlar
- Kimyasal, biyolojik veya radyolojik kirleticilerden etkilenen hastalar bunlardan bazılarıdır.

C.3.3. Sağlık profesyonelleri ve diğer profesyoneller:

Buna ek olarak, AS, öncelikle bakım ve destek hizmetleri sunan AS'de görevlendirilebilecek çok çeşitli sağlık çalışanlarına ve diğer profesyonellere hitap edebilmelidir. Bu kişiler şunları içerir:

- Klinik personel, örneğin doktorlar, hemşireler, destek sağlık çalışanları, sosyal hizmet uzmanları,

- Konsultanlar, örneğin yataklı birimlerden doktorlar
- İrtibat personeli, bakım personelleri
- Öğretim elemanları, öğrenciler ve araştırmacılar
- Ambulans ve ulaşım hizmetleri verenler
- Polis ve güvenlik personeli
- Yönetim kadrosu
- Temizlik ve bakım personeli.

C.3.4. Hasta akışı:

Ülkemizde AS'lerde artan hasta yükü nedeniyle, AS'de hasta akışına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiş (hasta) bakım modelleri için kapsamlı çalışmalar yapılmıştır.

Hasta akışına yardımcı olmak için birçok farklı çözüm önerisi sunulmuştur. Hasta akışında yaşanan sorunların tüm ülkedeki sağlık hizmet sunumunda yaşanan sorunların, temel sağlık hizmetleri ve 2. basamak hastaneler çapındaki sorunların sonuçları olduğu düşünülmelidir. Bu nedenle, temel sağlık hizmetleri sunumunun gözden geçirilmesi ve klinik hizmetin yeniden tasarlanması ve geliştirilmesi ile ilgili çalışmaların tüm sistemi değerlendirerek AS'in ötesine geçmesi şiddetle tavsiye edilmektedir.

Herhangi bir bakım modelinin hedefi, hasta yolculuğundaki gereksiz adımları azaltmak ve sürecin tüm temel bileşenlerinin güncelliğini optimize etmek olmalıdır. Her AS'in yaşadığı zorlukları dikkate alan ve her acil servise uygun çözümler üretilmelidir.

C.3.5. Hasta bakım modelleri:

Ülkemizde bulunan acil servis ve hasta bakım modelleri:

- Seviye I Acil Servis: AS hizmetlerinin nöbetçi uzman hekimin denetim ve gözetiminde, ağırlıklı olarak pratisyen hekimlerce 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak yürütüldüğü, ilgili branşlarda uzman hekim hizmeti gerektiren hastaların bu ihtiyaçlarının icap nöbeti (evde nöbet) yöntemi ile karşılandığı, üst düzey bakım gerektiren hastaların stabilizasyonu sağlandıktan sonra ileri seviyeli acil servislerin bulunduğu sağlık tesislerine sevk edildiği, daha çok ayakta stabil hastaların muayene, tetkik ve tedavilerinin yapılabilirdiği, gerektiğinde kısa süreli müşahedenin sağlanabildiği acil servisler.
- Seviye II Acil Servis: Hastaların triyajda triyaj hemşilerince karşılandığı, AS hizmetlerinin, Acil Tıp Uzmanı ve pratisyen tabiplerce 24 saat kesintisiz hizmet

esasına dayalı olarak yürütüldüğü, diğer branş uzmanlarının ise ihtiyaca göre icap (evde nöbet) yöntemi ile acil sağlık hizmeti sunduğu acil servisler.

- Seviye III Acil Servis: Hastaların triyajda triyaj hemşilerince karşılandığı, AS hizmetlerinin Acil Tıp Uzmanı ve uzmanlık öğrencisi tarafından yürütüldüğü, bünyesinde Dahiliye, Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji ile Beyin Cerrahisi, Kardiyoloji, Nöroloji, Anestezi ve Reanimasyon branşlarında ve bu branşlara ilave olarak hasta yoğunluğuna göre gerektiğinde diğer branşlarda da 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmeti verilebilen acil servisler.

Acil Tıpta uygulama yaklaşımlarının değişebileceğini ve bir AS'in tasarım aşamasından sonra yeni ihtiyaçların olabileceğini akılda tutarak, belirli bir bakım modeli etrafında fiziksel olarak yeni AS alanlarının tasarlanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

C.3.6. Tuzaklar:

- Yeterli bir alana sahip olmamak.
- AS'in fiziksel yapısında içsel esnekliğin olmaması, fiziksel ortamın bakım modellerinde bir değişikliğe uyum sağlayamamasına neden olur.
- Tedavi alanlarının ergonomik planlanmaması.

C.3.7. İç işlevsel ilişkiler:

Bir AS'in her bir bölgesi hasta akışında önemli bir rol oynar. Acil Servis, bunlarla sınırlı olmamak üzere, bir dizi fonksiyonel alandan oluşur:

- Giriş / bekleme odası / danışma alanı
- Triage alanı
- Resüsitasyon alanı (Kırmızı alan)
- İzole akıl sağlığı değerlendirme alanı
- Fast Track- Hızlı Bakı Alanı (yeşil alan, ayaktan tedavi olarak da adlandırılır)
- Akut tedavi bölgeleri (Sarı alan, monitörlü gözlem, akut / majör alan olarak da adlandırılır)
- Arındırma odası
- İzolasyon oda ve alanları (negatif basınçlı)
- Minör travma odası
- Alçı odası
- Yardımcı alanlar (tanısal görüntüleme, kısa gözlem üniteleri)
- Personel dinlenme alanları

- İdari alanlar
- Depolar ve temiz malzeme alanları
- Kirli kullanım ve bertaraf alanları
- Tuvalet (engelli hastalar dâhil olmak üzere personel ve hasta) ve banyo/duş tesisleri
- Öğretim ve araştırma alanları

C.3.8. Harici fonksiyonel ilişkiler:

Acil servis, hastanenin geri kalanıyla bir dizi önemli ilişki içerisinde.

- Hastane / AS erişimi:
 - Hastanenin ana girişine yakın, hasta ve personelin kolay ulaşabileceği, mesai sonrası giriş ve çıkış için uygun ve otopark / toplu taşıma ulaşımı kolay bir lokalizasyon tercih edilmelidir.
 - AS girişi trafik akışı acil hasta ve ambulansların hızla ulaşabileceği şekilde düzenlenmelidir.
 - AS hastasını getirenler için ücretsiz ve acil servise yakın otopark alanları ayrılmalıdır.
- Tanı ve tedavi yöntemlerine erişim:
 - Radyoloji ve diğer özel araştırma üniteleri acil servis içinde/yakınında konumlandırılmalıdır.
 - Bilgisayarlı Tomografi ve Röntgen Ünitesi mümkünse AS içinde yer almalıdır.
 - MRG Ünitesi AS içinde/yakınında konumlanmalıdır.
 - Hasta tedavisindeki gecikmeyi en aza indirmek için diğer akut tedavi alanlarına yakın:
 - Anjiyografi ünitesi
 - Koroner yoğun bakım
 - Genel yoğun bakım
 - Ameliyathane
 - Helikopter pistine ulaşım rahat olmalıdır.
 - Toplu yaralanma vakalarında hastanenin diğer yönleriyle fonksiyonel ilişkiler önemlidir:
 - Hasta bilgilendirme, iletişim / afet komuta / medya merkezleri acil servis dışında ama uygun bir mesafede yer almalıdır.
 - Ayaktan hastalar yönlendirilebileceği hastanenin diğer bölümlerine geçişi kolay olmalıdır.

- Toplu yaralanmalarda toplu triyaj ve arındırma için geniş açık veya kapalı alanlara yakın konumlandırılmalıdır.

C.3.9. Acil Servis büyüklüğü:

- Mevcut boyut belirleme pratiği: AS'i planlamak için mevcut uygulama büyük ölçüde kıyaslama ve alan planlamasına dayanmaktadır. Kıyaslama, hastalar için yayınlanan yıllık verileri, mevcut operasyonların gözden geçirilmesini ve yakın zamanda inşa edilmiş veya yeniden yapılandırılmış AS'leri ziyaret etmeyi içerir. Alan planlaması, yayınlanmış veriler kullanılarak, klinisyenler ve hastane yöneticileri gibi kullanıcı gruplarıyla istişare ederek mimar tarafından planlanır. Hastanın AS'de izlediği yol gerekli olan mekan ve ekipman da planlayıcılara uygun veriler sağlayacaktır. AS yöneticilerinin ve klinisyenlerinin başlangıçta planlamaya katkıları olması kritik öneme sahiptir. AS'in işlevi ve büyüklüğü ile ilgili önemli kararlar planlama kararlarının değiştirilebileceği erken planlama aşamalarında yapılmalıdır. Genel olarak planlama ve tasarım şunları içerir:
 - Bakım modellerini yansıtacak ve destekleyecek şekilde beklenen hastaya uygun hizmet planlaması
 - Artan hasta talebi, sınırlı sayıda hastane yatağı, artan kronik hastalık yükü, işgücü kısıtlamaları gibi değişiklikler dikkate alınmalıdır
 - Yürürlükteki herhangi bir performans ölçümünün göz önünde bulundurulması
 - Genel AS alanı için yayınlanmış kılavuzların göz önünde bulundurulması
 - AS planlayıcısının ihtiyaç duyduğu alanın tahmini. Toplam alan daha sonra dolaşım alanı ve bina tesisi gereksinimlerini hesaba katmak için ödenekler kullanılarak tahmin edilir
 - Tasarım, yapımının inşaatta kullanacağı çizimleri, teknik özellikleri ve koşulları dikkate alarak geliştirilmeli ve belgelenmelidir
 - Klinisyenler ve yöneticiler önerilen tasarımı gözden geçirmek ve onaylamak için mimarlar ve mühendisler ile düzenli olarak bir araya gelmeli ve plan üzerinde çalışmalıdır.

AS binasının büyüklüğünü planlamak için yeni yöntemler: Planlama sürecinde yalın tasarım ve simülasyon modelleme kullanımı göz önünde bulundurulmaktadır. Yalın tasarım, mümkün olan en destekleyici ve hasta odaklı fiziksel ortamı yaratmak için güvenli, verimli operasyonel süreçleri tanımlamaya, geliştirmeye ve bütünleştirmeye odaklanan sağlık mimarisi için sistematik bir yaklaşımdır. Simülasyon modellemesi, hasta ihtiyaçlarını karşılamak için planlamayı optimize etmek amacıyla hasta akışını, personel, tesis, teknoloji ve operasyonel uygulamaları analiz

etmek için dinamik bilgisayar modellerini kullanır. Bu teknoloji, uzun yıllardır işletme araştırmaları, savunma, üretim ve nakliye alanlarında yaygın olarak kullanılmaktadır.

Bu yöntemlerin başarılı bir şekilde uygulanması, hastane yönetimi ve süreç iyileştirme, simülasyon modelleme ve sağlık mimarisi konularında uzmanlarla iş birliği içinde çalışan klinisyenlerin taahhütlerini gerektirir. Planlama süreci mevcut süreçlerin kapsamlı bir analizini ve en uygun gelecekteki süreci geliştirmeyi içermelidir. Bu yöntemler, en uygun çözümü geliştirmek için büyük veri kümelerinden, klinisyenlerden ve yöneticilerden edinilen bilgileri kullanır.

C.4. Genel konular

Bir AS tasarlarken hem hasta hem de personeller ile ilgili dikkate alınması gereken birtakım faktörler vardır. Bu faktörler, personelin ihtiyaç ve gereksinimlerini ve AS'i kullanan hastaların değişen demografik özelliklerini içerir. Bu değişken hasta gruplarının ihtiyaçları, örneğin uygun şekilde yerleştirilmiş mobilya ve tasarım, bilgi ve iletişim teknolojilerine yeterli erişim ve belirli hasta popülasyonları tarafından kullanım için uygun olan uygun şekilde tasarlanmış odalar ve ekipmanlar aracılığıyla ele alınabilir. Hastaların ve hasta yakınlarının ihtiyaçları son derece önemli olmakla birlikte, AS'in tasarımı ile personel için sağlıklı bir çalışma ortamının sağlanması da gereklidir. Bu ihtiyaçlar, iyi yerleştirilmiş personel deskleri, mümkün olan en fazla sayıda kullanıcıyı barındıracak kadar büyük personel odaları ve hasta bakımından etkili molalar sağlamak için personel alanlarının klinik alanlardan ayrı olarak konumlandırılmasının sağlanması yoluyla karşılanabilir.

C.4.1. Hasta bakımı:

Bir AS'in tasarlanmasında, hastanedeki hasta deneyimini, hastanın AS'e gelişinden, taburculuğuna kadar nasıl optimize edeceğini dikkate almak önemlidir. Olumlu bir hasta deneyimi hasta memnuniyetini artırabilir ve algılanan bekleme sürelerini azaltabilir. Çalışmalar hasta memnuniyetinin, reçeteli ilaçlara ve tıbbi tavsiyelere daha fazla hasta bağlılığı ile olduğu kadar, AS'te personel memnuniyetinin artması ile doğrudan ilişkili olduğunu da göstermektedir. Bekleme alanları ve AS hastalarının ve hasta yakınlarının kullanacağı diğer alanlar ve tesisler tasarlanırken, bu insanların genellikle korkacakları, endişeli olacakları veya acı çecekleri unutulmamalı, bu duyguları hafifletmek için tasarımın önemli bir rol oynadığı düşünülmelidir.

C.4.2. Hasta bekleme süresi:

Hastanın bekleme deneyimini tatmin edici hale getirmek için aşağıdaki bileşenler gereklidir:

- Servis ve iletişim
 - Hasta yolu ve hizmetleri ile ilgili açık bir şekilde işaretleme örn. ‘İlk buraya git’
 - İkramlar, tuvaletler gibi tesisler için açık tabelalar
 - Görme engelli hastalar için braille içeren tabela
 - İşitme cihazlarını kullanan kişilere yardımcı olarak daha net duymak için bir işitme döngü sistemi
 - Uygun olduğunda çok dilli tabelalar
 - AS süreci hakkında bilgilendirme, triyaj, bekleme süresi vb
 - AS’in alternatifleri hakkında bilgi örneğin uygun hastaların başvurabileceği yerel genel klinikler
 - Beklerken okunması gereken halk sağlığı temalı bilgiler. Örn. sigaranın zararları, alkol bağımlılığı
 - Dost ve yardımcı AS personeli
 - AS’e yakın konumda bulunan güvenlik personeli
 - Temiz ve bakımlı bir AS
 - Elektronik yol bulma ve / veya bilgi kioskuları.

C.4.3. Tesisler:

Trijaj ve yeterli oturma/dolaşım alanı ile gruplar halinde düzenlenmiş uygun boyutta yeterli miktarda alan. Renk kodlaması bekleme odasının imarı için potansiyel olarak kullanılabilir;

- Kişisel alan ve mahremiyete saygı duyulduğunu gösterir düzenlemeler
- Yiyecek ve içeceklerin mevcudiyeti
- Tuvaletler: Yeterli sayıda, açıkça işaretlenmiş ve engelli insanlar için uygun
- Emzirme / bez değiştirme alanı
- Yeterli Elektrik prizleri, cep telefonu şarj alanları ve ücretsiz internet altyapısı sağlanması gelecekte düşünülebilir
- Hem güvenli hem de hijyenik olan ayrı bir çocuk oyun alanı.

C.4.5. İşlevsellik:

- Uygun oda sıcaklığı
- Bekleyen tüm hastaları ve hasta yakınlarını yoğun zamanlarda karşılamak için yeterli büyüklük.

C.4.6. Ortam:

- Aydınlatma: tercihen doğal ışığa görünürlük
- Müzik: sakinleştirici, tekrarlamayan

- Akustik: ses gizliliği, yoğun zamanlarda gürültü kontrolü
- Bitkiler: gerçek veya yapay
- Sakinleştirici renkler ve
- Televizyon, akvaryum, dergiler, vb pozitif dikkat dağıtıcılar (algılanan bekleme süresinin kısaltmak amaçlı).

C.4.7. Bariatrik gereksinimler:

Acil Servis tasarımı, çalışanlar için güvenli bir çalışma ortamı sağlamanın yanı sıra, obez olan hastaların fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını da dikkate almalıdır. Mekan ve ekipmanın planlanması da 300 kg'a kadar olan hastaların ihtiyaçlarını dikkate almalıdır.

- Giriş:
 - Ambulans park alanı gereksinimleri (lütfen boyutlar için Ek 2'ye bakınız)
 - Kapılar bariatrik tekerlekli sandalye ve arabaların geçişine uygun olmalıdır
 - Bariatrik hastayı desteklemek için korkuluklar bulunmalıdır
 - Koridorlar, bariatrik hasta arabalarının, ilgili ekipmanın geçişine izin vermek için yeterli genişliğe sahip olmalıdır.
- Bekleme odası: Bekleme odasındaki mobilyaların yüzde yirmisi bariatrik hasta ve hasta yakınlarını destekleyebilmelidir. Bu gibi mobilyalar, kişileri damgalamadan kaçınmak için standart boyutlu oturmalarla entegre edilmelidir.
- Hasta tedavi alanları: Acil Servis'in her alanı, ideal olarak, bariatrik hastanın ihtiyaçlarını karşılayabilecek en az bir tedavi alanına sahip olmalıdır:
 - Bir resüsitasyon yatağı
 - Genel bir kabin
 - Bir izolasyon / negatif basınç odası.
- Bariatrik hastalar için odalar, yeterli dolaşım hacmine sahip bir bariatrik hasta arabası ve yatağının kalmasına izin verecek şekilde tasarlanmalıdır.
 - Bariatrik tuvaletler:
 - Zemin üstü tuvaletler
 - Hasta yardımcıları için tuvaletin her iki tarafında boşluklar
 - Tutunma raylarını desteklemek için takviye edilmiş duvarlar
 - Ek yükü destekleyebilen lavabo.
 - Ekipman:
 - Özel bariatrik tedavi alanlarından en az biri tavana monte edilen kaldırma cihazları ile tasarlanmalıdır. Bu, bir hastanın ambulansdan AS sedyesine transferini kolaylaştırmak için kullanılabilir. Taşınabilir makine

bir alternatiftir. Taşınabilir kaldırma makineleri için uygun bir depolama alanı sağlanmalıdır.

- Uygun tartı
- Diğer yardımcı uzman ekipman
- Bariatrik hasta hareketi:
 - Tasarım aşamasında, bariatrik hastaların nasıl alınabileceğini, acil serviste izlenecek hasta yolunun ne olabileceğini ve tıbbi görüntüleme ve servisler gibi dış alanlara hareketlerinin neler olabileceğini dikkate almak önemlidir. Bu belirlenmiş güzergâhlar tasarlanırken zemin kaplamaları ve degradeler de dikkate alınmalıdır. Planlama, hasta transferlerine yardımcı olacak ekipmanın depolanmasını ve hazır bulundurulmasını kapsamalıdır.

C.4.8. Pediatrik gereksinimler:

Karma acil servisler, aileleri veya bakıcıları tarafından eşlik edilen küçük çocukların bakımı için uygun olan tesisler gerektirir.

- Boyut: Pediatrik hastaların bakımına ayrılan zemin alanı, AS'in genel büyüklüğüne ve görülen küçük çocuk sayısına bağlı olacaktır. İmkanlar şunları içermelidir:
 - Ana bekleme alanından akustik ve görsel olarak ayrılmış bir bekleme alanı; Küçük çocuklar için uygun bir şekilde dekore edilmiş ve oyun alanı da dâhil olmak üzere
 - Pediatrik bekleme odası büyüklüğü, çocuk arabalarını, ebeveynleri ve kardeşleri barındırmak için yeterli olmalıdır
 - Bir resusitasyon odası;
 - Arabalı bir tedavi odası ve
 - Potansiyel olarak bir fast track - Hızlı Bakı tipi değerlendirme odası.
- İşlevsel gereksinimler
 - Tüm odalar beklenen yaş nüfusu için uygun şekilde dekore edilmelidir.
 - Tedavi odalarına pediatrik bekleme alanından erişilebilir olmalıdır.
 - Resüsitasyon odası yan yana veya diğer canlandırma tesislerinin bir parçası olabilir.
 - Çocukların kullanımına açık, girip çıkabilecekleri odalar için kapalı kalmayı engelleyecek alçak kapı kolları gereklidir. Çocukların erişmesi istenmeyen odalar için örneğin çamaşırhane, ilaç hazırlama alanları, yüksek kapı kolları ve kendiliğinden kapanan kapılar eklenmelidir.

- Mekânsal ilişkiler
 - Pediatrik bekleme alanı her zaman hemşirelik personeli tarafından görülebilmelidir.
- Ekipman gereksinimleri
 - Tartılar
 - Yeni doğan açık bakım aracı
 - Yetişkinlere uygun odalar ancak çocuklara uygun eşdeğer ekipmanlarla donatılmalıdır;
 - Pediatrik hastalar için ayrılmış ikinci bir sağlık hizmetleri panelinin düşünülmesi, böylece aynı odada bir anne ve çocuğun tedavi edilmesine izin verilmelidir;
 - İdeal pediatrik boy tuvaletler;
 - Yetişkinler ve çocuklar için oturma alanı;
 - Bebek temizliği ve emzirme için bir alanın sağlanmalı;
 - Çocuk arabaları ve tekerlekli sandalyeler için yeterli alan bulunmalıdır.
- Diğer hususlar
 - Ruh sağlığı değerlendirilmesi gerekliliğine sahip pediatrik hastaların değerlendirilmesi için özel alan;
 - Televizyon / video olanakları

C.4.9. Acil servislere yaşlı hastalara yönelik olanaklar:

Acil Servislerde yaşlı hastaların tedavisine yardımcı olacak özel hususlar vardır. Ancak, bunlar her zaman engelliler için asgari yasal tasarım gereksinimleri ile karşılanmaz. Ayrıca yaşlılara, hasta için sözcü olarak hareket edebilecek akraba, arkadaş veya bakıcıların eşlik edebileceğini düşünmek de önemlidir.

- Boyut
 - AS'in büyüklüğü ve yaşlı hasta nüfusu, yaşlılar için tesislerin gerekli olup olmadığını belirleyecektir.
- İşlevsel gereksinimler
 - Yaşlı hastalar için fonksiyonel gereksinimler, diğer yetişkin hastalar için gerekli olanlara benzer. Bununla birlikte, karmaşık problemlere daha yatkın olan ve acil servislere ve hastane koğuşlarında tipik olarak daha uzun kalma süresine sahip yaşlı hastaları yönetmek için zamanla daha fazla yatırım ihtiyacını düşünmek gerekmektedir.
- Mekânsal ilişkiler

- Aşağıdakiler dâhil olmak üzere özel ulaşım araçları ile geldiklerinde acil serviste hasta erişimi düşünülmelidir:
- AS girişine yakınlık, yaşlı hastaların uzun mesafelere yürümelerine engel olur;
- AS girişine yakın, araçlar için kısa süreli park yeri;
- Tekerlekli sandalyelere erişim;
- Hasta transfer hizmetlerinden yardım talep etme kolaylığı;
- Gizlilik gereksinimlerini göz önünde bulundurulması - bazı yaşlı hastalarda sağırılık daha yüksek sesle konuşmaya yol açabilir ve
- Tuvalete erişim kolaylığı düşünülmelidir.
- Ekipman gereksinimleri
 - Yüksek destekli ve üst düzey sandalyeler;
 - Düşme riskini en aza indirmek için mekanik yüksek-düşük yataklar;
 - Tuvalet koltukları için yüksek seviye adaptörler;
 - Bası yarası bakımı için uygun şilteler;
 - Hipotermi yönetimi için donanım: battaniye ısınma araçları ve sıcak nemlendiriciler.
- Diğer hususlar
 - Günlük disoryantasyonu en aza indirmek için doğal ışığa erişim;
 - Zayıf görüşe sahip olanlara ve parlamayı azaltmak için aydınlatma ve renk şemaları;
 - Kaymaz döşeme;
 - Hareketliliğe yardımcı olmak için el rayları;
 - Zamansal farkındalığın korunmasına yardımcı olmak için zaman ve tarihin görünürlüğünün sağlanması;
 - Tabela - yüksek kontrastlı büyük yazı tipleri.

C.4.10. Personel için sağlıklı çalışma ortamı:

Acil serviste saatler geçiren hastalardan farklı olarak, bir personelin acil serviste geçirdiği süre aylar veya yıllar olabilir. Sağlıklı bir işyerini sağlamak ve geliştirmek için bina ortamının tasarımına gereken özen gösterilmelidir. Personel refahına katkıda bulunan faktörler şunlardır:

- Personel deskleri ve hasta yatağına yanına oturmak için bir yer olmalıdır (özellikle hemşireler için);
- Ergonomik tasarımlı olması;
- Ekipman ve malzeme depolamaya hazır erişim sağlanmalı;
- İşin nasıl ve nerede yapıldığı konusunda seçim yapmak, örneğin acil servisin farklı bölümlerinde çalışabilme,

- Kalabalığı sınırlayan ve yeterli dolaşım alanı sağlayan işyeri tasarımı;
- AS içerisinde daha sessiz personel tartışma noktaları sağlanması;
- Gürültü kontrolü;
- Termal konfor, havalandırma ve rahatsız edici kokuların yayılmasının engellenmesi ile ilgili olarak hava kalitesi;
- İyileştirici bir ortamı destekleyen renkler ve sanat çalışmaları;
- Dış görünümlere ve gün ışığına erişim;
- Geceleri düşük seviyede aydınlatma ile günlük vücut ritmini korumaya yardımcı olmak;
- Personel tesisleri, klinik bakımdan fiziksel olarak ayrıdır ve hasta bakımından uygun molalar sağlar;
- Bir yemek molası sırasında mümkün olan en fazla sayıda kullanıcıyı barındırabilecek ve yeterli donanımına sahip olan personel odaları, yiyecek ve içecek hazırlama alanları;
- Yürümeyi, koşmayı ve bisiklet sürmeyi teşvik etmek için yeterli imkânlar örn. bisiklet depolama, duş, dolap ve
- Yeterli derecede ses geçirmez olan gece dinlenme odaları.

C.4.11. Bilgi ve iletişim teknolojisi:

Bilgi ve İletişim Teknolojileri (BİT) AS'in hızla gelişen bir yönüdür. Hasta bakımı ve akışını kolaylaştırmak için teknolojinin maksimum olarak kullanılması son derece önemlidir. Acil servisteki BİT altyapısı, cihazları ve uygulamaları genel olarak beş alana bölünebilir:

1. Klinik altyapı, cihazlar ve uygulama gereksinimleri;
 2. İletişim;
 3. İdari alanlar;
 4. Tesis yönetimi ve güvenliği
 5. Hastalar ve hasta yakınlarına yönelik hizmetler.
- Klinik altyapı, cihazlar ve uygulama gereksinimleri
 - Tüm iletişim sistemleri (ses, veri, hemşire çağırısı, güvenlik ve kapalı devre kamera (CCTV) için ortak bir birleşik iletişim kablolama sisteminin kullanılması düşünülmelidir, çünkü bu özellikle "IP iletişim sistemleri" sağlandığında avantaj sağlar.
 - Yeterli BİT altyapısı, bilgisayarın sabit veya mobil olup olmadığına bakılmaksızın, elektronik kaynaklara kolayca erişilmesini sağlar.
 - Masaüstü bilgisayarlar - ideal olarak, iki hücre arasında en az bir bilgisayar olmalı ve her 120 m²'lik bir alanda bir masa telefonuna sahip bir bilgisayar olmalıdır.

- Bölümde yer alan her bir masaüstü bilgisayarla ilişkili en az dört Genel Güç Çıkışı (GGÇ) ve dört ağ noktası (BİT veya iletişim işlevlerine tahsis edilebilir);
- Her hasta tedavi alanında minimum çift GGÇ ve çift ağ noktası;
- Vardiyalı görevlerden sorumlu olan tıbbi, hemşirelik ve büro personeli;
- Sık etkileşime ve iletişime izin veren AS. Buna aşağıdakilere erişim dâhildir:
 - Ambulans bildirimi telefon / telsiz
 - AS dışındaki sağlık personeli ile birinci basamakta görevli acil servis doktoruna doğrudan ulaşma olanağı sağlayan özel telefon uzantısı;
 - Afet iletişimi
 - Televizyon ve medya haberleri.
- Bir AS'in her bir alanı için bir yazıcı gereklidir. Yazıcılar arasında kâğıt türleri ve tepsilerdeki formlar standartlaştırılmalıdır. Kurulum, yazdırmanın bilgisayardan yazıcıya değil, bir yazdırma sunucusuna gitmesi gerektiğini düşünülmelidir. Bu, "güvenli" yazımı ve "beni yazdırmayın" uyarısını sağlar, böylece tek bir yazıcıyı bir hata noktası olarak önler. Kağıtsız AS ve elektronik hasta kaynakları tercih edilmesine rağmen, yazıcılar halen önemli bir rol oynamaktadır
- Haberleşme
 - Faks ve dijital olmayan altyapıdan kaçının;
 - Genel haberleşme / duyuru teknolojisini kurmaktan kaçının (hastane çapında kod sisteminin ve acil durum bildiriminin bir parçası olanlar hariç);
 - Hemşire çağırısı ve acil yardım altyapısı şarttır;
 - Yeterli cep telefonu sinyali gücü;
 - Yeterli Wi-Fi sinyali gücü;
 - Yeterli sayıda masaüstü telefon ve telsiz telefon;
 - Her hasta tedavi alanında (Internet Protokolü üzerinden Ses (VoIP) telefonların kullanılması) sabit veya mobil olarak uygun bir telefon iletişimi aracı (hasta ve hasta yakını tarafından kullanım için maliyet avantajı);
 - Personel için mobil iletişim cihazları gereklidir. Dijital Gelişmiş Akülü Telekomünikasyon (DECT) telefonu, sesli aktif iletişim cihazları ve cep telefonları. İdeal olarak, cihazlar bir iletişim entegrasyonu platformu kullanılarak birleştirilmelidir;
 - Kilit noktalarda sabit basınç alarmları olmalı ve mobil iletişimi baskılama alarmları da göz önünde bulundurulmalıdır. (Not: iletişim telefonlarının veya telsiz telefonlarının geleneksel iletişim biçimlerinin tehlikeye girebileceği kitlesel kaza / afet durumları için).

- İdari alanlar
 - İdari ve ofis alanları, destek personelinin elektronik bilgiye ulaşım kullanabilmesine olanak sağlayacak kolayca ulaşılabilir yeterli bilgisayar gerektirir. Bunlar genellikle kuruluşun bilgisayar “Standart Çalışma Ortamı” ile yapılandırılmıştır.
- Tesis yönetimi ve güvenliği
 - İşyerinde personel güvenliğini sağlamak için sabit +/- taşınabilir alarmlar monte edilmelidir.
 - Kapalı devre kameralar 90 günlük kayıt kapasitesine sahip olmalı ve gerekli kapsama alanına uyacak şekilde tasarlanmalıdır. Tüm giriş / çıkışlara ve daha yüksek personel güvenliği / güvenlik ihlallerine maruz kalan alanlara kurulmalıdır. Ayrıca, helikopter pistleri, bekleme odaları ve ambulans parkları gibi alanlara kurulan kamera, hasta aktivitesinin izlenmesinde klinik personele yardımcı olabilir.
- Hasta Yakınları
 - Hazır telefon erişilebilirliği veya hastaların ve başkalarının kendi cep telefonlarını kullanabileceği ve şarj edebileceği bir alan;
 - Multimedya ulaşılabilirliği;
 - İnternet girişi;
 - Bekleme odasında taksi telefonu.

C.4.12. Diğer konular:

- Klinik kayıtların depolanması. Her ne kadar çoğu hastane elektronik tıbbi kayıtları kullanıyor olsa da bir elektronik / elektronik hibrit model olabilir. Sonuç olarak, elektronik bir formata aktarılınca kadar depolama gerektiren bazı kâğıt işleri olabilir. Güvenli erişime sahip bir tıbbi kayıt depolama alanı faydalı olabilir;
- AS klinik referans kitapları ve temel kaynaklar, tüm bilgisayarlarda elektronik olarak erişilebilir olmalıdır;
- Tanısal görüntüleme;
- Merkezi koordineli bir iletişim alanı;
- Sesli iletişimin verimliliği ve taşınabilirliğini sağlamak için VoIP ve yumuşak dahili numaraların kullanımı;
- Gelecekte kurulacak gerçek zamanlı Lokasyon Servisleri (RTLS) ve hastaya izin verecek yeterli Wi-Fi altyapısı;
- Hastanelerde yol bulma işlemine ve devam eden kayıtlara yardımcı olmak için teknolojiyi kullanma eğilimi;
- Hasta +/- personel hareketlerini izlemek için RFID Teknolojisi;

- Bir afet durumunda belirli sayıda önceden belirlenmiş tek başına telefon / hat tahsisi ve kurulumu.

C.5. Mimari yapı konular

Bir AS'in tasarım ve inşaa kalitesinin, personelin ve hastaların sağlık, güvenlik ve memnuniyeti üzerinde önemli etkileri vardır.

Hasta güvenliği AS tasarımından doğrudan etkilenir. Enfeksiyon riskleri, örneğin çok oda kullanımından ziyade tekli kullanımı, yeterli sayıda el yıkama istasyonlarının yerleştirilmesi ve amaca uygun havalandırma sistemleri ile en aza indirgenebilir.

Hasta memnuniyeti uygun aydınlatma, gürültü kontrolü, doğallık ve sanat görüşü gibi olumlu dikkat dağıtıcı ve iyi d ş n lm ş yol bulma sistemlerinin dâhil edilmesiyle geliştirilebilir.

Tek bir en iyi bakım modeli yoktur. Bu nedenle, kullandığınız model farklı bakım modellerini barındırmak için gelecekteki değişikliklere izin vermelidir.

C.5.1. Yönlendirme:

Bir AS'deki yol bulma sistemi, aynı stiller kullanılarak hastane çapında kullanılan sistemle entegre edilmelidir. Her ana kavşağa ve varış yerine işaretlerin konulması tavsiye edilir. Bir rota, işaretler ile rotaya yaklaşık her 30 metrede bir doğrulmalıdır. Elektronik yol bulma ve bilgi tablolarının kullanımı düşünülmelidir.

C.5.2. Diğer konular:

- AS'ler enfeksiyon kontrol sorunları nedeniyle zemin üzerinde çizgiler yerine duvarda yön bulma işaretlerinin bulundurabilir;
- Tuvaletler için tavan işaretleri  ne çıkmalı, böylece koridorlara bakıldığında hastalar tarafından kolayca görülebilir;
- Görme engelli hastalar için Braille alfabesi içeren tabela kullanılmalı;
- İşitme cihazlarını kullanan kişilere yardımcı olmak için bir işitme döngü sistemi veya kızıl ötesi sistem düşünülmelidir.

C. 5.3. Sağlamlık:

Bir AS'deki kullanılan yüzey döşemesi sağlam olmalı ve bozulmadan hastane dezenfektanlarıyla temizlenmelidir. Arabalar ile potansiyel temas meydana geldiğinde yatak tamponları ve duvarlarda takviye eklenmelidir.

C.5.4. Aydınlatma:

Bir AS'deki ortam aydınlatması, sakin bir ortam sağlaması ve mümkün olduğunca, gece ritminde ışıkların karartılması yoluyla günlük ritmi taklit etmelidir.

Güneş ışığının hastanın sağlığı ve refahı üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ve stres, ağrı algısı ve depresyon belirtilerini azaltma potansiyeline sahip olduğu kanıtlanmıştır. AS tasarımında gün ışığı girişi göz önünde bulundurulmalı, ancak parlama ortadan kaldırılmalı ve gelen gün ışığını desteklemek ve dengelemek için elektrik aydınlatması tasarlanmalıdır.

Her klinik alan, gerekli olduğunda diğer alanlara yönlendirilebilecek aydınlatma ile donatılmalıdır. Güneş koruyucu, boya renkleri ve suni aydınlatma, hasta cilt tonlarının algısını maskeleyememlidir.

Genel olarak, parlamayı en aza indirmek için aydınlatma düzenlenmelidir. Aydınlatma, doğrudan hastanın gözlerine girmemeli - özellikle hastaların sırtüstü pozisyonunda nakledileceği koridorlarda yataklarının üzerinde olmamalıdır.

Hasta tedavi alanlarındaki kısılabılır aydınlatma idealdir.

C.5.5. Ses izolasyonu:

Acil Servisler, bitişik tedavi alanları ile arasında ses iletimini en aza indirecek şekilde tasarlanmalıdır. Ses seviyeleri, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yönergeleri ile uyumlu olmalıdır. Gürültü ayrıca iletişimi anlaşılmaz hale getirebilir. Tersine, zayıf akustik yalıtım hastanın mahremiyetini ihlal edebilir.

Gürültü seviyeleri ile ilgili problemlerle mücadele stratejileri şunlardır:

- Tek kişilik odalar
- Ses emici tavan karoları
- Tavan çubukları
- Yumuşak zemin kaplamaları (hijyenik olarak kabul edilebilir);
- Klinik alanları kaçınılmaz gürültü kaynaklarından uzaklaştırmak
 - Perde yerine polivinil klorür benzeri katı plastik ürünlerin kullanıldığı veya cam kapı ve duvarların kullanılması.

C.5.6. Gizlilik:

- Hasta mahremiyeti için, ideal olarak tüm acil yatakları tek kabinlerde olmalıdır
- Hücreler için, duvar veya perde (minimum olarak) gereklidir;
- Bazı tipteki hücreler gizlilik ve gürültü azaltma için bir kapı içermelidir; özellikle pediatrik hastalar, migren hastaları ve jinekolojik girişimler gibi.

C.5.7. Enfeksiyon kontrol standartları:

Eller serbest musluklar ile el yıkama havzaları, aşağıdakilerin yanı sıra tüm tedavi alanlarına ve hasta kabinlerine bitişik olarak mevcut olmalıdır:

- Resüsitasyon odaları
- Bakım alanları
- Kirli odaları
- Personel odası.

El temizliği için, alkol bazlı el dezenfektanları deterjanlara karşı etkili bir alternatiftir ve daha düşük dermatit oranlarına sahiptir. AS'in girişlerinde ve tüm klinik alanlarda duvarlara veya benzeri yerlere monte edilebilmeli, kolayca bulunabilmelidirler. Her ne kadar yenilebilir olmasa da el dezenfektanları belirli miktarda vücut içine alındıklarında toksiktirler ve özellikle pediatrik ve bozulmuş yargı veya kendine zarar verme eğilimi olan diğer hastaların bulunduğu bölgelere yerleştirirken dikkatli olunmalıdır. Kapı açılışları temassız yöntemler ile sağlanmalıdır.

C.5.8. Servis panelleri:

Servis panelleri, ekipman, tıbbi gazlar ve aspirasyon için güç kaynağı ve yatak başı iletişim noktası sağlar. Servis panelleri asgari düzeyde donatılmalıdır:

- Resüsitasyon odası (her hasta alanı için)
 - 3 oksijen çıkışı
 - Tıbbi hava çıkışı *
 - 3 aspirasyon çıkışı
 - En az iki ayrı panelde 16 GGÇ (temel güçte en az % 50)
 - Toplama ünitesi ile birlikte azot oksit çıkışı
 - 6 veri çıkışı:
 - Personel çağrı paneli;
 - Uzaktan monitör izlemine izin veren fizyolojik monitör ağı
 - Telefon ve bilgisayar içerir.
- Akut tedavi yatağı - yetişkin ve pediatrik
 - 2 oksijen çıkışı
 - Tıbbi hava çıkışı (Kullanılan bakım / ekipman modeline bağlı olarak opsiyonel)
 - 2 adet aspirasyon çıkışı
 - İki ayrı paneldeki 8 GGÇ (temel güçte en az% 50)
 - Toplama ünitesi ile birlikte azot oksit çıkışı
 - 4 veri çıkışı:

- Fizyolojik monitör ağı;
- Personel çağrı paneli ve
- Telefon (isteğe bağlı) ve bilgisayar.
- Girişim odası / sütür odası / alçı odası
 - 2 oksijen çıkışı
 - 2 adet aspirasyon çıkışı
 - İki ayrı paneldeki 8 GGÇ (temel güçte en az% 50)
 - Toplama ünitesi ile birlikte azot oksit çıkışı
 - 6 veri çıkışı:
 - Personel çağrı paneli;
 - Fizyolojik monitör ağına izin verir ve
 - PACS (Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemi) erişimine sahip telefonu ve bilgisayarı içerir.
- Fast Track- Hızlı Bakı Odası
 - 1 oksijen çıkışı
 - 1 aspirasyon çıkışı
 - 4 GPO (temel güçte en az% 50)
 - 4 veri çıkışı:
 - Fizyolojik monitör ağına izin verir;
 - Personel çağrı paneli ve
 - Telefon / bilgisayar içerir.
- Dış servis panelleri
 - 3 oksijen çıkışı
 - 2 adet aspirasyon çıkışı
 - En az iki ayrı panelde 12 GGÇ (tümü temel güçte)
 - Toplama ünitesi ile birlikte azot oksit çıkışı
 - Personel çağrı paneli (Kullanılan bakım / ekipman modeline bağlı olarak opsiyonel)

C.6. Özel odalar ve işlevsel gereksinimler

Bir AS'i tasarlarken, AS personeli tarafından hastalara sağlık hizmetlerinin güvenli ve verimli bir şekilde sunulmasını sağlamak için her bir odanın tasarlanması önemlidir. Odalar gerekli tıbbi ekipmanlarla donatılmış olmasının yanı sıra güvenli ve hijyenik olmalı, ayrıca yeterli depolama alanına sahip olmalıdır.

Odanın alanı, işlevi, ekipmanı ve ergonomi ile belirlenmelidir. Belirli bir za-

manda belirli bir odadan yararlanma olasılığı olan personel ve hastaların sayısı da dikkate alınmalıdır.

AS içindeki odaları ve yerleşimini tasarlarırken, bu odalar arasındaki mekansal ilişkileri de göz önünde bulundurmak gerekir. Genellikle AS deki belirli bir odadan diğerine doğrudan erişim gereklidir ve bu nedenle hem personel hem de hastalar tarafından odalar arasında hızlı erişimin kolaylaştırılması gerektiği düşünülmelidir.

C.6.1. Ambulans alanı:

Ambulans hizmeti ile hastaların Acil Servise ulaştırılması için bir ambulans alanı kullanılmaktadır. Bu alan, bir dekontaminasyon, yaralanmalı olaylar için bir triyaj ve / veya tedavi alanı olarak, olası bir ikincil amaçla kullanılabilir. Tasarıma bağlı olarak, aynı zamanda polis ve itfaiye teşkilatı gibi servisler için acil durum erişim noktası olarak da kullanılabilir.

- Boyut
 - Boyut, herhangi bir zamanda AS'e gelen potansiyel ambulans sayısına tabidir.
 - Araç başına 4 x 6m ve en az iki araçlık alan gereklidir. Aracın yan kapı açıklığının önünde ve park etmiş ambulansın arka tarafında boşaltma alanı için uygun boşluk bulunmalıdır.
 - Sedyeleri manevra yapmak için park edilmiş ambulansların arkasında yeterli dolaşım alanı gereklidir.
 - Araçların manevralarını sağlamak için park halindeki ambulansların önünde yeterli alan gereklidir.
- İşlevsel gereksinimler
 - Diğer araçlardan ayrı, özel ambulans araç giriş ve çıkış yolu;
 - Araç parkları için zemin işaretlemesi dâhil olmak üzere tabela;
 - Yeterli aydınlatma;
 - Hastaları güvenli şekilde yükleme şartlarının sağlanması;
 - Zamanın kısıtlı olduğu kritik durumlarda travma / resüsitasyon odalarına hastaları hızla transfer edebilme kolaylığı;
 - Güvenlik, triyaj ve personel alanlarına yakınlık;
 - Farklı hava şartlarına karşı koruma (Sundurma, rüzgar koruması gibi);
 - Gizlilik ve hasta mahremiyetine uygun bir konum;
 - Bir sonraki hasta için ambulansların temizlenme koşullarının sağlanması.
- Ekipman gereksinimleri
 - Kaymaz yüzeyler;

- Yeterli drenaj sistemi;
- Tekerlekli sandalyelere erişim;
- Kontrollü giriş;
- Ayak ve tekerlek kontaminasyonu için girişte kirlenmeyi önleyici sistemler;
- Araba yıkama;
- El yıkama tesisleri.
- Diğer hususlar
 - Harici dekontaminasyon tesislerinin tasarımı dikkate alınması gerekebilir.
 - Bariatrik hastalar için tartı ve hasta kaldırma cihazları dikkate alınmalıdır.

C.6.2. Dekontaminasyon odası / alanı:

Bir dekontaminasyon odası, AS'in diğer tedavi alanlarına girmeden önce, potansiyel olarak veya gerçekten toksinler, kimyasallar, radyoaktif maddeler ve diğer tehlikeli maddelerle kirlenmiş olan hastaları dekontamine etmek için kullanılır.

- Boyut
 - Böylesi bir dekontaminasyon odasının büyüklüğü, hastanenin KBRN olaylarına yönelik bölgesel rolüne bağlıdır.
- İşlevsel gereksinimler
 - Esnek bir su hortumu, yer süzgeci ve kirlenmiş su tutucusu (yönetmelikte isteniyorsa);
 - Hem havalandırma hem de drenaj sistemleri bağımsız olmalı ve izole edilebilmelidir;
 - Genel görünümünden gizlilik;
 - Personel tarafından anında resusitatif işlemler gerçekleştirecek tedavi alanı;
 - İdeal olarak, ambulansla gelen ve ayaktan hastalar için kolay ulaşım.
 - Bir dekontaminasyon alanı şunlardan oluşur:
 - Bir giriş ve manevra alanı;
 - Su hortumu içeren bir dekontaminasyon alanı;
 - Bir kurutma alanı ve
 - Acil Servis'e buradan sağlanacak uygun bir giriş.
- Diğer hususlar
 - İdeal olarak, ılık su, su hortumu / duşu üzerinden sağlanmalıdır;
 - Bu odayı planlarken, normal erişimden ayrı bir dekontaminasyon yolu ile düşünmek gerekir;
 - Dekontaminasyon alanları için lokal yangın önleyici ekipmana yakın planlama;

- Yerel yönetmeliklere göre kirlenmiş su toplama tankının göz önünde bulundurulması;
- Bu odanın negatif basınçlı ve HEPA filtrasyonlu dizayn edilmesi uygun olacaktır.

C.6.3. Afet ve dekontaminasyon deposu:

Bir AS'in bir kimyasal, biyolojik veya radyasyon olayından kaynaklanan afet yanıtını yönetmek için belirli ekipmanın güvenli bir şekilde saklanması gerekir.

- İşlevsel gereksinimler
 - Herhangi bir depolama, kişisel koruyucu donanımın güneş veya ısıya maruz kalma gibi çevresel faktörler tarafından zarar görmemesini sağlamalıdır.
- Mekansal ilişkiler
 - Ambulans park alanı ve dekontaminasyon bölgesine bitişik olmalıdır.
- Ekipman gereksinimleri
 - Ekipmana erişimin hızlı ve kolay olması için organizasyon;
 - Ekipman için şarj tesisi, ör. Vantilatörler;
 - Dekontaminasyon malzemeleri örn. dekontaminasyon çözeltileri/kuru dekontaminasyon bileşikleri.
- Diğer hususlar
 - Nakliye gerekli ise modüler formda veya paletli olarak depolanabilir;
 - Bu depo bölgesel bir önbelgeğin parçası olabilir.

C.6.4. Ambulans deposu:

- Bir ambulans depolama alanı, ambulans stokların yenilemesi sıklıkla gerektiğinde kullanışlı olabilir.
- Ambulans depolama alanı, ambulans ekipmanlarının korunması için güvenli bir alan ve ambulans ekipmanı ve araçları için bir temizlik tesisidir.
- AS'te dinlenme alanları mevcut değilse/yetersizse, ambulans personeli için bir dinlenme alanı da içerebilir.
- İşlevsel gereksinimler
 - Ambulansı yeniden stoklamak için kullanılan ekipman;
 - Dış musluk dahil temizlik ekipmanları.
- Mekansal ilişkiler
 - Ambulans park alanı;
 - Triyaj alanından dahili erişim bir avantaj olabilir.

- Ekipman gereksinimleri
 - İlaç depolamayı içerebilen sarf malzemeleri için güvenli depolama sistemi;
 - Kontamine ekipman için temizlik bölümü.

C.6.5. Triyaj:

Hastaların başlangıç klinik değerlendirmesi ve triyaj skoru kullanarak bir aciliyet skorunun belirlenebilmesi için bir triyaj alanı bulunmalıdır. Acil hastalar için tek bir giriş noktası vardır ve tedavi alanlarına ve hastanenin diğer alanlarına kontrollü erişim sağlar. “Önce triyaj” kavramını gerçekleştirmek için, hastaların ilk temas noktası olarak triyaj görevlisi olacak şekilde triyaj alanı tasarlanmalıdır.

- Boyut:
 - Bir triyaj alanının büyüklüğü, hasta sayısı ile orantılı olarak, herhangi bir zamanda mevcut olması beklenen maksimum triyaj personeli sayısına göre düzenlenmelidir.
- İşlevsel gereksinimler
 - Triyaj değerlendirmesi;
 - Basit tedavi önlemlerinin uygulanması örn. pansuman, analjezi, buz, ateleme;
 - Hasta mahremiyetinin ve gizliliğinin korunması;
 - Personel ve hastalar için güvenlik.
- Mekansal ilişkiler
 - Ambulans ve yaya girişlerine yakın;
 - AS’te triyaj sisteminden geçen acil servise alınmayacak hastalar için dahili hastane girişleri;
 - “İlk önce triyaj” kavramını pekiştirici resepsiyon;
 - Bekleme odası;
 - Hızla elektrokardiyografi (EKG) veya kan almak için hemşireler tarafından kullanılan alanlarla triyaj ilişkisi;
 - Triyaj ilişkili Fast Track / hasta tahliye alanları;
 - Bakım veren gelişmiş hemşirelik hizmeti uygulayıcılarına yer;
 - Tüm akut tedavi ve değerlendirme alanlarına geçiş.
- Ekipman gereksinimleri
 - Mobil hasta değerlendirme ve izleme ekipmanı;
 - Basit tedavi önlemleri için ekipman ve ilaçlar;
 - Bebek tartıları;

- Tekerlekli sandalyeler ve acil durum arabası;
- İletişim sistemi;
- Elektronik bilgi girişi portalı (bilgisayar terminali veya el tipi cihaz);
- Güvenlik alarmları.
- Diğer hususlar
 - Triyaj personeli triyaj bekleme odasını net olarak görülmelidir;
 - Ek fonksiyonları yerine getirmek için boyutta uygun artış sağlanabilmeli;
 - Yoğun dönemlerde ek bir triyaj hemşiresi bulundurma olanağı
 - Bekleme odası için hemşire ve ekipman gereksinimlerini karşılama olanakları
 - Triyaj / alım alanında pnömatik tüp sistemi;
 - Bekleme odası hastalarını yeniden değerlendirmek için ikincil triyaj değerlendirme alanlarına sahip olabilir.

C.6.6. Hasta kayıt ve kabul alanı:

Resepsiyon alanında, triyaj sonrası hastaların kişisel bilgilerin elektronik olarak kaydedilmesi amacıyla konumlandırılır. Bu bilgi, mevcut bakım bölümü için gerekli evrak ve hasta etiketlerinin üretimi için gereklidir. Resepsiyonda basılı kopya kayıtları da alınır.

- Boyut
 - Boyut, hasta sayısı için gerekli olan alım istasyonu sayısı tarafından belirlenir.
- İşlevsel gereksinimler
 - Triyaj ile birlikte bulunan özel kayıt alanı;
 - Elektronik hasta bilgi girişi portalına erişim;
 - Açıklanan hasta ayrıntıları ve / veya görüntülenen hasta bilgileri için mahremiyet sağlayan mekanizmalar;
 - Herhangi bir agresif hasta/hasta yakını için personel güvenliği;
 - Mobil cihazların veya başucu bilgisayar terminallerinin kullanıldığı mobil kayıtların yatak başında kullanılması.
- Mekânsal ilişkiler
 - Elektronik olmayan hastane tıbbi kayıtlarına ulaşım kolay olmalıdır;
 - Triyaj hemşiresine yakın, triyaj ve kayıt eşleştirmesi yapılabilmelidir;
 - Tasarım, klinik personelin hasta alım alanını net bir şekilde görmesine izin vermemelidir.

- Ekipman gereksinimleri
 - Rahat ve ergonomik bir çalışma alanı;
 - Bilgisayar iş istasyonları (taşınabilir olabilir);
 - Telefon ve diğer iletişim biçimleri;
 - Yazıcı;
 - Formlar ve sabit depolama alanı.

C.6.7. Bekleme odası:

Hastaların, hem tedavi alanlarına giriş, hem de triyaj öncesi ve sonrasında bekleme-leri için bekleme odası tasarlanmalıdır.

- Boyut
 - Bekleme odasının büyüklüğü yıllık nüfus sayımı ve bakım modelleri tara-fından belirlenir ve ayrıca acil servislerin tüm hastane içindeki rolünün yanı sıra yerel kültürel faktörlerden de etkilenir.
- İşlevsel gereksinimler
 - Bekleyen hastaların klinik ve güvenlik nedenleriyle gözlemlenmesi;
 - Uygun sanat eserleri, aydınlatma ve oturma düzenlemeleri içeren bir dekor sağlayarak hasta konforu en üst düzeye çıkarılmalı:
 - Ortam sıcaklık kontrolü;
 - Yiyecek ve içeceklere erişim;
 - Tuvaletler;
 - Çocuklar ve anneler ve bebekler için beslenme ve bebek bezi değiştirme tesisleri, oturmuş ebeveynler veya bakıcılar tarafından gözlemlenebilen güvenli oyun alanları için özel gereksinimler;
 - Bekleme sürelerinin işaretlenmesi ve belirtilmesi, yazılı materyale erişim ve halk sağlığı bilgileri dahil olmak üzere hasta bilgilendirme;
 - Dikkati beklemekten uzaklaştırmak örn. televizyon, dergiler, çocuklar için video vb;
 - AS'e özel anons sistemi;
 - Harici araç indirme alanı ve kısa süreli park etme için şartlar;
 - İletişim için tesisler örn. Genel telefon, ücretsiz taksi telefonu;
 - Tekerlekli sandalyeler veya hareket, görme veya işitme engelli olanlar dahil olmak üzere engelli tesisleri;
 - Uygun işaret ve yol bulma ve
 - Hareketlilik sağlayacak bir genişlik sağlanmalı.

- Mekansal ilişkiler
 - Triyaj;
 - Resepsiyon;
 - Ambulans ve ayaktan giriş alanları;
 - AS'in klinik alanlarına kolay erişim.
- Ekipman gereksinimleri
 - Taşınabilir hasta izleme ve değerlendirme ekipmanı;
 - Kamera, personel için acil çağrı sistemi dahil bir güvenlik sistemi;
 - Hasta ve halk sağlığı bilgileri için görüntüleme sistemi;
 - Bir kavga durumunda silah olarak kullanılamayan oturma grupları
- Diğer hususlar
 - Renk kodlu oturma alanları;
 - Mevcut bekleme süreleri olan elektronik bir ekran;
 - Cep telefonları ve elektronik cihazların şarj edilmesi için olanaklar;
 - Ücretsiz Wi-Fi olanaklarının sunulması.

C.6.8. Güvenlik:

Güvenlik sorunları, hastalar ve bunlara eşlik eden kişiler arasında uyuşturucu, ruhsal hastalık ve kaygı ile alevlenen tüm acil durumlarda ortaya çıkar.

- AS'ler 24 saat açık olduğu ve günün her saatinde etrafında kalabalık toplanabildiği için, AS'in dış tasarımı dikkatle düşünülmelidir.
- TV kameraları görünür yerlerde olmalıdır. Hastalara bakan ek bir monitöre sahip kameralar, onlara gözlemlendikleri ve davranışlarından sorumlu oldukları konusunda daha güçlü bir görsel uyarı verir. Bu kameralar ses kayıt özelliğine de sahip olmalıdır.
- Güvenlik personelinin AS'e yakınlığı, her zaman görülebilir olması tercih edilir.
- Saldırganlığa karşı fiziksel engeller - örneğin, triyaj ve büro personeli için cam ekranlar;
- Bakımlı tesisler;
- İletişim becerilerinin geliştirilmesi;
- Armatürler en az keskin kenarlara sahip olmalı ve iyi sabitlenmelidir ve
- Dokunmatik olarak açılan veya yaka kartı erişimi ile klinik alanlara erişim noktaları kontrol edilmelidir.

C.6.9. Travma ve resusitasyon odaları:

Bir travma odası, multiple travmaya maruz kalan hastaların, değerlendirilmesi ve tedavisinin başlatılmasını sağlar. Bir canlandırma odası, yaşamı tehdit eden kritik

hastalığı olan hastalar için değerlendirme ve tedavinin başlatılmasını sağlar.

- Boyut
 - Bir travma odası en az 30 m² olmalıdır.
 - Bir resüsitasyon odası en az 25 m² olmalıdır.
- İşlevsel gereksinimler
 - Travma ekibinin rollerini belirleyecekleri ve koruyucu ekipmanlarını giye-bilecekleri bir alan;
 - Bekleme odası, ambulans park alanı veya helikopter pistinden bu alana has-tanın hızlı alımı;
 - Minimum manevralarla ambulans sedyesinden AS yatağına hızlı yükleme;
 - Hastalara 360° derece erişebilen merkezi bir mobil travma arabası bulunma-lıdır;
 - Tüm ilaç ve teçhizat el altında olmalı ve odanın içinde veya hemen yanında depolanmalıdır;
 - Mobil ekipmanı barındırmak için yeterli taban alanı bulunmalıdır (ör. ult-rason makinesi);
 - Travma bakımı için gerekli ilaç ve ekipmanı barındıracak yeterli rafları ol-malıdır;
 - Bir hastanın tedavisinde eşzamanlı olarak yer alan maksimum personeli ba-rındıracak yeterli alan olmalıdır.
- Mekansal ilişkiler
 - Bekleme odası, ambulans park alanı veya helikopter pistinden erişim;
 - Radyoloji ünitesi resüsitasyon odasına yakın olmalıdır;
 - Radyoloji bölümüne ve ameliyathaneye / yoğun bakıma hızlı erişim.
- Ekipman gereksinimleri
 - Bilgisayar, telefon ve özel PACS ile personel iş istasyonu alanı;
 - Bir hemşire çalışmasına ayrılmış personel iş istasyonu alanı;
 - İnvaziv izleme dahil tam izleme ekipmanı;
 - Tanı setleri;
 - Hemşire çağırısı ve acil durum alarmı;
 - Hastanın tüm kısımlarını girişim esnasında aydınlatabilecek ışık (lambaları);
 - Genellikle bir havayolu arabası, dolaşım arabası, iki girişim arabası, alçı / atel arabası, ultrason makinesi dahil mobil ekipman arabaları için taban alanı;
 - Ekipman ve girişim paketleri için raf / depolama;
 - Enfeksiyöz olmayan atık alanları;
 - Steril olmayan eldivenler ve girişimler için el havlusu;

- Hasta önlükleri ve nevresimler;
- Duvara monte saat.
- Diğer hususlar
 - Tamamen dijital radyoloji, travma / resüsitasyon bölgesinin işlevini iyileştirebilir;
 - Mükemmel resüsitasyon tasarımının bir örneği, birbirine bağlı olan birbirinin aynısı olan birkaç odadır;
 - Klinik personele hazır erişim ve izlemeyi sağlarken hasta mahremiyetini koruma yeteneği;
 - Duvara monte servis panelleri yerine pendant kullanımı;
 - Taşınabilir ekipman ve diğer yaygın kullanılan ürünler için komşu ekipman deposu;
 - IV sıvılar için tavan rayı (entegre edilmiş IV sedye askıları taşımayı çok kolaylaştırır);
 - Hemodiyalize uyum sağlayacak sıhhi tesisat;
 - Bazı kurumlarda Ekstrakorporeal Membran Oksijenlendirme Ekipmanı (ECMO) için yeterli yer boşluğu.

C.6.10. İzolasyon odaları:

Muhtemel enfeksiyöz hastaların tedavisi ve olası resüsitasyonları veya immün sistemi baskılanmış hastaların korunması için izolasyon odaları sağlanmalıdır. İzolasyon odalarının tipleri ve işlevleri, Hastane Enfeksiyon Kontrol Komiteleri çalışmalarını düzenleyen yönergeler tarafından belirlenmiştir.

- Boyut
 - Her AS ideal olarak en az bir izolasyon odasına sahip olmalıdır.
 - Her oda, gerektiğinde kritik şekilde izole edilen hastaların tedavi ve resüsitasyonunu sağlamak için akut tedavi odasına benzer boyutta olmalıdır.
 - Antre, yeterli malzeme temini ve odanın içindeki atıkların bertaraf edilmesine izin verecek kadar büyük olmalıdır.
- İşlevsel gereksinimler
 - Havadaki damlacık izolasyonu gerektiren hastalar için solunum izolasyon odaları, negatif havalandırma, fırçalama için uygun bir antre (lavabo) ve duş / tuvalet olanaklarına sahip olacak şekilde kendi kendine yeterli olmalıdır.
 - Hava kaynaklı enfeksiyon izolasyonu için tasarlanmış hava kontrol sistemleri, elektrik kesintilerinde acil durum yedek güç kaynağına bağlanmalıdır.
 - Bir iletişim sistemi sağlanmalıdır, böylece personel ve hastalar odadan çıkmadan oda dışındaki kişilerle iletişim kurabilmelidir

- Mekansal ilişkiler
 - Bu odaların konumlandırılması, potansiyel olarak yüksek oranda enfeksiyöz hastaların derhal izolasyonuna izin vermek ve acil serviste diğer hastaları potansiyel olarak kirletmesine veya enfekte etmesine izin vermemek için hastaların alındığı triyaj alanına bitişik olmalıdır.
 - Her AS, hastane konumu, rol ve hasta demografisi tarafından belirlenen ek gereksinimlere sahip bir izolasyon odasına sahip olmalıdır.
- Ekipman gereksinimleri
 - Oda, akut tedavi alanlarına göre yapılmalıdır.
 - Bireysel ekipman sterilizatörleri içermelidir.
- Diğer hususlar
 - Damlacık izolasyonlu negatif basınçlı odalar potansiyel olarak immün sistemi baskılanmış hastalar için uygun değildir - bu hastalar standart izolasyon odası veya standart pozitif basınçlı hasta koruma odası gerektirir.
 - İzolasyon odaları, diğer hastalardan ayrılma gerektiren durumları olan hastaları tedavi etmek için de kullanılabilir. Ör. Klinik şartlar için mahremiyet gerektiren veya başkalarına görsel veya işitsel bir rahatsızlık kaynağı olan hastalar gibi.

C.6.11. Genel / akut tedavi odaları:

Başvuru olasılığının yüksek olduğu hastalarda hastayı değerlendirmek, yönetmek ve tedaviyi başlatmak için genel / akut bir hasta odası gerekmektedir.

- Boyut
 - Minimum tedavi alanı 12 m² olmalıdır
- İşlevsel gereksinimler
 - Standart bir mobil arabası ve akut tedavi sedyesi sığacak alan;
 - Gerekli ekipmana uyacak alan ör. oksijen maskeleri gibi;
 - Kişilerin rahatça oturabileceği yer (en az iki kişi);
 - Girişim arabalarının yatak başında ve fonksiyonel olmasını sağlayan alan;
 - Mümkünse, hasta için mahremiyet sağlamak amacıyla yerden tavana uzanan sağlam duvarları olmalıdır;
 - Oda, girişte bir sürgülü bölme (tercih edilir) veya bir perde ile kapatılabilir olmalıdır;
 - Sınırlı sayıda nevresim ve başucu ekipmanlarına kolay erişim için depolama;
 - Personel pozisyonundan doğrudan gözlem mümkün olmalıdır.

- Mekansal ilişkiler
 - Temiz ve kirli yardımcı odalara hazır erişim
 - İlaç odasına hazır erişim
 - Hasta tuvaletlerine erişim
- Ekipman gereksinimleri
 - Bir servis paneli
 - Bir hemşire çağırısı ve acil durum alarmı
 - Oftalmoskop ve otoskop dahil bir tanı seti
 - Bir muayene ışığı
 - Acil havayolu ekipmanı ve yatak başı ekipmanı için bir depolama alanı
 - Çöp kutusu, tıbbi olmayan ve tıbbi atık kutusu
 - Hasta önlükleri ve nevresimler
- Diğer hususlar
 - IV sıvılar için bir tavan rayı (buna dahil edilmiş IV sıvı taşımak için sedye askılı arabalar taşımayı daha da kolaylaştırır)
 - Engelli veya bariatrik hasta için kaldırma ekipmanı ile donatılmış belirli sayıda oda/yatak
 - Odanın iç dekorasyonu örn. renk, sağlık tanıtım afişleri, sanat / televizyon omurga sağlığı önlemleri
 - Doğal ışık (mümkün olan her yerde)

C.6.12. Akut akıl sağlığı değerlendirme bölümleri:

Akut bir psikolojik veya psikiyatrik krizden mustarip hastalar benzersiz ve genellikle karmaşık gereksinimlere sahiptir. Bir acil servis, akut akıl sağlığı sorunları olan hastaların kabulü, değerlendirilmesi ve stabilizasyonu ve ilk tedavisi için yeterli imkanlara sahip olmalıdır.

Bir AS'in özel ruh sağlığı sorunu olan ve kontrol edilemeyen hastaların uzun süreli gözlemlenmesi için kullanılması düşünülmemiştir. Böyle bir alanın ana amacı hasta görüşmeleri ve stabilizasyon için güvenli ve uygun bir alan sağlamaktır.

Her ne sebeple olursa olsun davranışsal bir rahatsızlığı olan hastaların akut başvuruları, AS'in olağan işleyişini bozma potansiyeline sahiptir. Tersine, bir AS'in yoğun ortamı akut akıl sağlığı hastalığı olan hastaların bakımı için elverişli olmayabilir.

Akut psikiyatrik bozukluk belirtileri ile başvuran hastalar eşzamanlı yönetim gerektiren eşzamanlı tıbbi sorunlara sahip olabilirler. Hayati tehlike arz eden hastalık veya yaralanma ilk öncelik olarak kalmaktadır ve AS'in uygun klinik alanı

içerisinde yönetilmelidir. İyi bir hasta bakımına yönelik olarak, kontrolsüz hastalar hiçbir zaman bir AS'in herhangi bir bölümünde denetimsiz bırakılmamalıdır ve akut akıl sağlığı alanı çocuk alanlarından uzak olmalıdır.

- Boyut
 - İdeal olarak, alan bir görüşme odası ve muayene odası da dahil olmak üzere en az iki ayrı fakat bitişik bölüm içermelidir. Her birinin minimum boyutu 16m² olmalıdır.
 - Birden fazla kişi eşzamanlı olarak aile üyeleri ve birden fazla sağlık uzmanı arasında görüşmeye yer vermek için kapasite olmalıdır.
- İşlevsel gereksinimler
 - Ruh sağlığı sorunları olan hastaların değerlendirilmesine yardımcı olan ve aile / arkadaşlarla görüşme için bir alan sağlanmalı.
 - Hasta ve personel güvenliğini sağlanmalı.
 - Dekor, uygun renk seçimi ve azaltılabilir ışıklandırma sakin olma hissini teşvik eder, hasta rahatlığını dikkate almalı.
 - Tehdit edici bir durum ortaya çıkarsa yardımlara kolay erişim sağlanmalı.
- Gizlilik
 - Alan hem akıl sağlığı hastasının mahremiyetine hem de diğer hastaların olası rahatsızlık veya şiddetten korunmasına olanak tanımak için bitişik hasta bakım alanlarından ayrı olmalıdır.
 - Bitişik klinik alanlardan hem akustik hem de görsel ayrım olmalı, ancak acil müdahale ihtiyacı olduğunda personel için hazır erişim olmalıdır.
 - Hastalar ya doğrudan ya da kamera yoluyla personel tarafından sürekli olarak gözlemlenmelidir.
- Mekansal ilişkiler
 - Akut akıl sağlığı değerlendirme bölümü, AS'in içinde veya yanında bulunmalıdır.
 - Ayrı bir Psikiyatrist görevlendirilmediği sürece, yeterli müdahale ve gözleme izin vermek amacıyla acil servis ana personel alanına yakın olmalıdır.
 - Diğer ruh sağlığı ekipleri ve polis tarafından kullanılmak üzere ayrı bir güvenli giriş istenebilir.
- Ekipman gereksinimleri
 - Duman dedektörü
 - Alarm
 - Hasta için erişilemeyen elektrik prizleri ve tıbbi gazlar (takılıysa)

- Hasta mahremiyetinin korunduğu gizlenmiş kamera
- Diğer hususlar
 - Personel için güvenlik
 - Oda personele fırlatılabilecek nesneler içermemelidir.
 - Çıkış kapıları dışarıya açılmalıdır.
 - Bir pencere eklendiyse, kırılmaz malzemeden yapılmalıdır.
 - Hastalar için güvenlik
 - Tüm cihazları ve eşyalar, hasta tarafından erişilememeleri ve potansiyel olarak kendi kendine zarar vermemeleri için uygun şekilde tasarlanmalı ve yerleştirilmelidir.
 - Alan, kontrolsüz bir hastayı yaralayabilecek hareketli veya kırılabilir mobilyalar, keskin veya sert yüzeyler içermemelidir - çoğunlukla köpüklü kauçuktan yapılmış mobilyalar bu açıdan avantajlıdır.
 - Paranoyadan muzdarip olan hastalar için sıkıntıyı en aza indirmek amacıyla herhangi bir ruh sağlığı değerlendirme alanında kamera izlemi gizli yapılmalıdır.
 - Alan, hastaların havalandırma deliklerine veya asma noktalarına erişememelerini sağlamak için ayarlanmalı ve ayrıca dayanıklı elektrik armatürleri içermelidir.
 - Alan dış gürültüden korunmalı ve hastanın oda dışındaki personel tarafından doğrudan gözleminin mümkün olduğu şekilde tasarlanmalıdır.
 - Eğer takılmışsa, tıbbi gazlar, personel tarafından erişilebilen panelin arkasına yerleştirilmelidir.

C.6.13. Ayaktan tedavi / hızlı bakı/ fast track alanı:

Fast Track alanı (alt akut, hızlı bakı veya ayakta tedavi alanı olarak da bilinir), re-süsitasyon veya izlemeyi gerektirmeyen, triyaj kategorisi ciddi hastalığı olmayan hastaların yönetimine ayrılmış bir alan olmalıdır. Genellikle bu hastalar kompleks olmayan, tek sistemi ilgilendiren medikal sorunlar ve travmatik yaralanmalarla başvururlar.

- İşlevsel gereksinimler
 - Bu alan çoğunlukla ayaktan ve eve gitmesi beklenen hastaların değerlendirilmesi ve tedavisi içindir.
 - Tasarım, hastaların hızlı bir şekilde çevrilmesine dayanmalıdır.
- Mekansal ilişkiler
 - Diğer alanlardan geçmek zorunda kalmadan doğrudan resepsiyon / triyaj ve

- bekleme odası alanlarından erişim sağlanmalıdır;
- X-ray'e hızlı erişim;
- İdrar örneği için ayrılmış bir tuvalet
- Ekipman gereksinimleri
 - Her odayı potansiyel olarak malzeme stoklarıyla doldurmak yerine, alanda merkezi olarak hazırlanmış ve depolanmış özel arabalara (örneğin sütür / pansuman / kanülasyon) sahip olmak için bazı faydalar olabilir.
 - Bir muayene koltuğu veya kanepe
 - Bir servis paneli
 - Duvara monte teşhis seti
 - Bilgisayarlı masa ve form saklama alanı
 - İki hasta sandalyesi
 - Tekerlekli sandalye için yeterli alan
- Diğer hususlar
 - Bu alandaki bazı odalar belirli bir işleve tahsis edilmiş olabilir. Alan, herhangi bir gelecekteki değişime uyum sağlamak için gaz, aspirasyon, güç ve veri noktaları ile tam olarak birleştirilmelidir.

C.6.14. Göz odası:

- Bir Snellen grafiği hastanın görme keskinliğini değerlendirmek için kullanılır;
- Slit lamba ve / veya funduskopi kullanarak hastanın gözlerinin detaylı incelenmesi;
- Künt travma, yabancı cisimler, kimyasal yanık ve glokom gibi yaygın göz acillerinin incelenmesi ve tedavisi için düzenlenen alan.
- Boyut
 - Göz odası en az 12 m² olmalıdır
- İşlevsel gereksinimler
 - Fast track-Hızlı Bakı odası tipi kurulumu
 - Slit lamba muayenesi
 - Hastaların yaslanmış olarak oturması için gerekli sandalyeler
 - Bir hastanın gözü yıkanabilmelidir
 - Odayı karartmak için gerekli aydınlatma sistemi
- Mekansal ilişkiler
 - Göz odası çoğu hasta kısa bir süre kaldığından ve tedaviden sonra eve gideceği için acil servisin ambulatuvar / taburcu / Fast Track bölgesinde olmalıdır.

- Ekipman gereksinimleri
 - Formlar için depolama alanına sahip masa
 - Teşhis tablosu
 - Göz çizelgesinden doğru mesafeyi belirlemek için duvar / zemin üzerinde işaretleme
 - Slit lamba ve iki muayene sandalyesi
 - Göz irrigasyonu için kuaför küveti
 - Göz ekipmanı için raflar
 - Soğutma gerektiren göz ilacı için buzdolabı
- Diğer hususlar
 - Göz odası KBB odası ile birleştirilebilir.
 - Slit lamba muayenesini tolere etmeyen hastalar için duvara monte oftalmoskop ve otoskop;
 - Açık / kapalı ışık anahtarı yerine oda ışıklarını kısma kabiliyeti.

C.6.15. Kulak, burun ve boğaz odası:

Kulak, Burun ve Boğaz (KBB) odası, kulakta ve burundaki yabancı cisimlerin çıkarılması veya epistaksis gibi KBB koşullarının incelenmesi ve tedavisi için kullanılır.

- Boyut
 - KBB odası en az 12m² olmalıdır.
- İşlevsel gereksinimler
 - Fast tract- Hızlı Bakı odası tipi kurulumu
 - Yaşlanmış ya da sırtüstü yatan hasta muayenesi için uygunluk
 - Kulak veya nazal yabancı cisimlerin çıkarılması için aspirasyon
 - Özel bir KBB mikroskobu kullanarak kulak kanalını inceleyebilme
 - Kulak irrigasyonu
- Mekansal ilişkiler
 - Çoğu hasta kısa bir süre kaldığından ve tedaviden sonra eve gideceğinden KBB odası acil servisin ambulatuvar / taburcu / fast trac bölgesinde olmalıdır.
- Ekipman gereksinimleri
 - Bilgisayar ile personel masası, form saklama alanı
 - Duvarda tanı seti
 - Hastayı sırtüstü ya da dik pozisyonda herhangi bir yere yerleştirme kabiliyetine sahip sandalye / kanepeler

- KBB mikroskop
- Duvara monte aspiratör
- Oksijen, aspiratör, izleme ekipmanları
- En yaygın KBB başvuru türlerinin tedavisi için tüm ekipmanı içeren raflar veya KBB arabası, kulak spekulum, burun paketleri, aspirasyon hortumu
- Kafa lambası
- Temiz ve kirli çamaşırlara hazır erişim
- Tıbbi ve tıbbi olmayan atık bertarafı
- Diğer hususlar
 - Odanın oftalmoloji odası ile birleştirilmesi
 - Tedavi edici ilaçların güvenli depolanması (dış kulak için merhemler / damlalar, gümüş nitrat çubukları)

C.6.16. Alçı odası:

Alçı odası, kas-iskelet yaralanması, dislokasyonlar ve kırıklar ile ilişkili ateller, bandajlar ve mobilite yardımcılarının uygulanması için kullanılır. Girişimsel sedasyon, dislokasyonların ve kırıkların stabilizasyonunda sıklıkla kullanılır.

- Boyut
 - Oda en az 20 m² büyüklüğünde olmalıdır (diğer odalar ile kombine edilmedikçe, örneğin girişim odası)
- İşlevsel gereksinimler
 - Bir sedye/hasta arabasına izin vermek için yeterli boyut
 - Güvenli analjezi sağlamak için uygun fizyolojik izleme sistemleri ve resüstasyon ekipmanı
 - Girişim arabaları ve ekipmanlarına izin vermek için yeterli oda / depolama kapasitesi
 - Taşınabilir röntgen alacak oda
 - Her iki taraftan hastaya erişim
- Mekansal ilişkiler
 - Çoğu hasta alçı odasında kısa bir süre kaldığı ve tedaviye başladıktan sonra acil servise ya da başka bir yere gideceği için, alçı odası Acil Servisin ambulatuvar / boşaltma / fast track alanındadır.
 - Sedasyonun odada yapılacak ise, ayrı bir girişim odası yok ise alçı odasını Acil Servisin kritik hasta bakım bölgelerine yakın yerleştirmek gerekir.
 - Alçı odasının ilaç alanına olan yakınlığı, lokal anesteziye hazır erişime olanak tanıyacaktır.

- Ekipman gereksinimleri
 - Bilgisayar, telefon ve form depolama ile personel iş istasyonu
 - Bilgisayarda veya özel PACS terminali üzerinden görüntüleme
 - Resusitasyon ve izleme ekipmanına erişim
- Tavandan asılı ameliyathane ışığı
 - Alçı ekipmanları
 - Vakum tertibatı ile alçı testeresi
 - Ateller, diş telleri, koltuk değnekleri için diğer depolama
- Pnömatik turnike
 - Diğer hususlar
 - Gerektiğinde görüntü yoğunlaştırıcı veya portatif röntgen cihazı için yeterli yer alanı olmalıdır.
 - Oda kısıllabilir ışıklara sahip olmalı.

C.6.17. Girişim odası:

Sütür, flebotomi, lomber ponksiyon, tüp torakostomi, torasentez, abdominal parasentez ve mesane kateterizasyonu gibi girişimlerin uygulanması için girişim oda(ları) gerekebilir.

- Boyut
 - Girişim odası, en az 20 m² büyüklüğünde olmalıdır (diğer odalar ile birlikte, örneğin, alçı odası).
- İşlevsel gereksinimler
 - Bir yatağa izin vermek için yeterli boyut
 - Güvenli analjezi ve sedasyonu sağlamak için uygun fizyolojik izleme sistemleri
 - Sütür arabalarına / girişim arabalarına / resüsitasyon ekipmanlarına izin vermek için yeterli oda / depolama kapasitesi
 - Ses geçirmez (dış işitsel uyarılardan)
- Mekansal ilişkiler
 - Çoğu hasta kısa bir süre için girişim odasında kaldığından ve tedaviden sonra Acil Serviste başka bir yere gideceği için girişim odası Acil Servisin ambulatuvar / taburcu / fast track bölgesinde olmalıdır.
 - Bilinçli sedasyonun burada yapılacak işe, Acil Servisin kritik hasta bakım bölgelerine yakın yerleştirmek gerekir.
- Ekipman gereksinimleri

- Dijital görüntüleme için bir bilgisayar ekranı ve iş istasyonu
- Resüsitasyon izleme ekipmanlarına erişim
- Duvarda oksijen ve aspirasyon
- Sütür ekipmanı, sargılar, kateterler, steril paketler / girişim demetleri için depolama
- Oda ortopedik girişimler için kullanılacaksa görüntü yoğunlaştırıcı ve / veya röntgen cihazı
- Tavandan asılı ameliyathane ışığı
- Bir girişim odasında kısılabılır ışıklar olmalıdır.
- Diğer hususlar
 - Oda, pediatrik hastalara yönelik olarak da kullanılabilir.

C.6.18. Görüşme odası:

Bir görüşme odası hasta (psikiyatrik hasta dâhil) ve bakıcı görüşmelerini güvenli, rahat ve özel olarak yürütmek için kullanılır.

- Boyut
 - En az 12 m²
 - Kalabalık hissetmeden en az üç kişiyle rahatça görüşülebilmelidir.
- İşlevsel gereksinimler
 - Ses geçirmeme (dış işitsel uyarlardan)
 - Gözlemciler tarafından doğrudan görselleştirilmeli (tek yönlü ayna, kamera)
 - Personele fırlatılabilen nesneler içermemeli örn. hafif sandalyeler
 - Mobilya sert kenarlara sahip olmamalıdır, mümkünse sabitlenmelidir.
 - Çıkarılabilecek ve potansiyel bir silah olarak kullanılabilecek mobilya parçaları olmamalıdır.
 - Görüşmecinin ve her çıkışın kolayca ulaşabileceği fonksiyonel bir panik alarmı gereklidir.
 - İçeriden değil dışarıdan açılan ve dışarıdan kilitlenebilen iki kapı
 - Düşük uyaran dekoru ve renkleri
 - Asılma noktası olarak kullanılabilecek havalandırma delikleri veya ışıklar veya başka cihazlar olmamalıdır.
 - Duman dedektörü olmalıdır.
 - Camlar kırılmaz özelikte olmalıdır, dışarıdan görülmeme mahremiyet açısından sağlanabilmelidir.
- Mekansal ilişkiler

- Görüşme odası, Acil Servisin yüksek görünürlük kısmında olmalıdır.
- Fiziksel değerlendirme için bir tedavi / muayene odasına yakın olmalıdır.
- Ekipman gereksinimleri
 - Bir kanep ve / veya uygun mobilyalar
 - Alarmlar

C.6.19. Sıkıntılı akrabaların odası:

Sıkıntılı bir akrabanın odası, sıkıntılı akrabaları, bakıcıları veya her yaştan arkadaşları toplamak için özel ve sessiz bir oda sağlar. Oda aynı zamanda bir hasta geçmişi elde etmek ve potansiyel olarak bir hasta hakkında kötü haberler sunmak için bir alan sağlar.

- Boyut
 - En az dört akraba, arkadaş ya da bakıcı bulundurmanın yanı sıra bir hemşire ya da doktor için bir hastayla ilgili haberlerin iletilmesi için gerekli ekipman.
 - Ailelerin daha büyük olma eğiliminde olduğu ve aile rollerinin farklı şekilde tanımlandığı coğrafi alanlarda özel dikkat gösterilmelidir.
- İşlevsel gereksinimler
 - Özel ve ses geçirmez alan
 - Sıkıntılı akrabaların, arkadaşların veya bakıcıların birbirlerini toplayıp destekleyebilecekleri ortam
 - Kültürel olarak tarafsız ve tehidsiz bir alan
 - Estetik olarak sakinleştirici ve huzurlu bir mekan
- Mekansal ilişkiler
 - Oda, resusitasyon bölgesine yakın olmalıdır, böylece akrabalar, arkadaşlar veya bakıcılar sevdiklerinden uzak durmazlar
 - İkramlara hazır erişim
 - Tuvalet hazır erişim
- Ekipman gereksinimleri
 - Rahat mobilyalar
 - Mobil ve harici hat erişimi olan bir telefon
 - Cep telefonu şarjı için güç noktaları
 - Sessiz bir dekor ve göze çarpmayan, kültürel olarak saldırgan olmayan sanat eserleri
- Diğer hususlar
 - Sakinleştirici, huzurlu müzik uygun olabilir

- Kültürel veya dini özel ihtiyaçlar dikkate alınmalı
- Bekleme odasına sınırsız, ancak Acil Servise kontrollü erişim

C.6.20. Personel iş istasyonları:

Personel iş istasyonları, personelin hasta yatağında gerçekleştirilmeyen işleri yürütebileceği yerlerdir. Tartışma, tavsiye ve notların girilmesi veya yazılması için kullanılırlar. Personel arasında gizli tartışma ve iş birliği sağlayacak bir dizi özel toplantı odası bulunabilir.

- Terminoloji
 - Çalışma masası - çalışacak tek bir personel için bireysel bir alan
 - İş istasyonu - birleşik depolama ve diğer tesislerle birleştirilmiş iş masaları grubu
- Boyut
 - Her çalışma masası için en az 1,2 m genişliğinde 60 cm derinliğinde bir çalışma alanı
 - Minimum çalışma masası sayısı: 1,5 x (ortalama Acil Hekim sayısı)
 - Hemşire ve vardiyanın sorumlusu olan doktor için özel çalışma masaları, sekreteryası ve iletişim personeli için ayrı masalar
- İşlevsel gereksinimler
 - Göz önünde bulundurulacak yönler arasında, bilgisayar monitörleri, gözlerden 80 cm uzaklıkta ve doğru yükseklikteki ergonomik yapılandırılmalıdır.
 - Bilgisayarların etrafındaki tezgâh alanı, kâğıtların masanın üzerinde olmasına izin vermek için yeterli olmalıdır. Masa yüksekliği ideal olarak ayarlanabilir.
 - Personel alanı içinde yeterli sayıda sandalye ve dolaşımın sağlanması için yeterli alan (karşıt çalışma masaları masa kenarları arasında en az 2 m olmalıdır).
 - İş istasyonu (lar) ideal olarak hizmet ettikleri AS alanlarını net bir şekilde görebilmelidir.
 - Oda grupları duvarının sonunda yerel çalışma masalarını düşünülmeli, çünkü bu, hastadan ayrılmadan veri girişine izin verir.
 - Tasarım, çalışanlar için güvenliği ve konuşmalar için gizliliği göz önünde bulundurmalıdır.
- Mekansal ilişkiler
 - Tasarımın iş istasyonu ve odalar arasındaki personel akışını kolaylaştırması gerekir.

- Hemşire çağrı ekranlarının net görülebilmesi gereklidir.
- Ekipman gereksinimleri
 - Çalışma masası başına bir bilgisayar - geniş ekran veya çift monitör ihtiyacını göz önünde bulundurun.
 - Tüm monitörler standart radyoloji görüntülerini izlemek için kullanılır.
 - Özel radyoloji görüntülerini (örneğin BT / MRG) izlemek için uygun seçilmiş monitörler;
 - Çalışma masası başına bir telefon;
 - Merkezi izleme, yazıcılar, fotokopi makineleri, hemşire çağrı sistemi kontrol paneli için alan;
 - Atık kağıt sepetleri, gizli atık toplama noktası;
 - Hasta kayıtlarının, kırtasiye malzemelerinin, referans malzemelerin saklanması için alan;
 - Acil servisler ve dahili sistemler için radyo anteni konnektörleri (triya alanlarına yerleştirilmedikçe);
 - Alarm (muhtemelen masanın altındadır, ancak masanın üzerinde oturduğu kişinin dizleriyle temas etmeyecek şekilde yerleştirilmelidir);
 - Laboratuarlara erişim için pnömatik tüp;
 - Yeterli güç ve veri noktaları;
 - Dahili telefon sistemi (varsa);
 - Yazı tahtaları ve pim panoları.
- Diğer hususlar
 - Gizliliği artırmak için iş istasyonunun bir kısmı kapatılabilir;
 - Kablo toplama sistemleri olan bilgisayarlar için masa braketleri / rafları;
 - Bölüm, hastane dışından çıkan PACS / radyolojik filmler için donanımlı değilse, bir veya iki x-ışını görüntüleme kutuları;
 - Personelin hastalarla iş istasyonu arasında uygun el hijyeni yapmasına olanak tanınması.

C.6.21. Departman koridorları:

Koridorlar, AS'in tüm bölümlerine hasta, akraba ve personel erişiminin yanı sıra AS'in alanlarına erişim, sıkça veya acilen ihtiyaç duyulan ekipmanın depolanması ve erişimini sağlar.

- Boyut
 - Klinik alanlar - asgari 2 adet araba / tekerlekli sandalyenin ilgili ekipmanla kolayca geçmesine izin vermelidir. Minimum 3 m genişlik önerilir.

- Taşınabilir hasta kaldırma araçlarının ve diğer büyük ekipmanların depolanması ihtiyacını göz önünde bulundurun.
- İşlevsel gereksinimler
 - EKG ve ultrason cihazlarının ve girişim arabalarının park / depolanması;
 - Temiz çamaşır arabalarının ve kullanılmış torbaların park edilmesi / saklanması.
- Diğer hususlar
 - Arabaların kabinlere girip çıkması için yeterli alan sağlayın;
 - Uygunsa pano ve / veya süslemeler (fotoğraflar veya resimler).

C.6.22. Kirli atık odası:

Kirli kullanım / bertaraf odası, klinik ve diğer atıkların ve kirli çamaşırların bertaraf edilmesinde kullanılır; pisuarlar ve küvet gibi hasta araçlarının dekontaminasyonu ve depolanması, başka yerde toplama ve sterilizasyon için kullanılan ekipmanın temizliği ve tutulması için kullanılır.

- Boyut
 - Bu oda minimum 12 m² olmalıdır.
- İşlevsel gereksinimler
 - Elde yıkama için lavabo olmalı;
 - Aşağıda listelenen ekipmanı barındırmak için yeterli alan olmalıdır.
- Mekansal ihtiyaçlar
 - Tüm klinik alanlardan bu odaya erişim sağlanmalıdır.
 - Ekipman gereksinimleri
 - Lavabo ve süzgeç ile paslanmaz çelik tezgâh üstü;
 - Şişe / pisuar rafı;
 - Araç yıkayıcı;
 - Test ekipmanı için depolama alanı örn. idrar tahlili;
 - Kirli kullanıma bitişik bir bertaraf odası düşünülmelidir.
- Diğer hususlar
 - Yıkanan örtüler yerine tek kullanımlık yatak örtüleri
 - Büyük acil servislerde mesafeyi en aza indirmek için iki veya daha fazla kirli odası gerekebilir.
 - İzolasyon odasında hasta hava temizleyicileri ve hızlandırıcıları düşünün

C.6.23. Depo

Ekipman/depo odası, AS için ekipmanı ve atılabilir malzemelerini depolamak için kullanılır ve bu odada taşınabilir ekipman da depolanabilir ve yeniden şarj edilebilir.

- Boyut
 - Depo toplam alanı, başucu donanımının varlığıyla bağlantılı olarak merkezi ve merkezi olmayan ekipman ve tek kullanımlık depolama alanlarını hesaba katmalıdır.
- İşlevsel gereksinimler
 - Odaya sadece yetkili personelin sınırlı erişimi olmalıdır. Akülü ekipmanı depolamak ve şarj etmek için yeterli alan ve güç soketleri olmalıdır, örn. infüzyon pompaları.
- Ekipman gereksinimleri
 - Genel bir ilke olarak, acil bölümleri, bir haftalık kullanılabilir atılabilir tıbbi malzeme ve intravenöz sıvılar için yeterli depolama alanına sahip olmalıdır.
- Diğer hususlar
 - Tek kullanımlık malzemeler ile depolama, merkezi olmayan depolama çözümü;
 - Sarf malzemelerinin günlük olarak tedarik edilmesini sağlayan barkodlu sistemler, daha büyük miktarlardaki ihtiyacı azaltabilir.

C.6.24. Eczane / ilaç odası:

İlaçların depolanması ve dağıtılması için eczane / ilaç odası ve ilaçların hazırlanması.

- Boyut
 - Eczane / ilaç odası / temiz hizmet odası en az 12 m² olmalıdır.
- İşlevsel gereksinimler
 - Elektronik ilaç depolama çözümü;
 - Merkezileştirilmiş - tüm AS'lere hizmet veren tek ilaç alanı veya
 - Merkezi olmayan - birden fazla ilaç alanı, daha büyük acil durumlarda veya elektronik ilaç saklama çözümleri olan hastanelerde yaygındır.
- Mekansal ilişkiler
 - Eczane / ilaç odası tüm klinik bölgelere kolay erişim sağlayacak şekilde yerleştirilmelidir.
- Ekipman gereksinimleri

- Güç ve veri noktaları da dâhil olmak üzere elektronik ilaç deposunu veya
- Aşağıdakiler dâhil tüm AS ilaçları için depolama alanı ve raflar:
- İlaç depolamak için raflar;
- Kısıtlı ilaçlar için kilitlenebilir dolap;
- Sınırlı program ilaçları için duvara sabitlenmiş güvenli çelik kilitlenebilir dolap;
- Tuşlardan kaçınmak ve izlemeyi etkinleştirmek için ilacı güvenli bir şekilde kontrol etmek için dijital tuş takımı erişimini;
- İlaçların hazırlanması için gerekli şırıngalar, etiketler, ilaç kapları ve diğer ekipman için raflar; İnfüzyon hazırlamak için kullanılan IV sıvı için raflar;
- Eczaneye iade edilecek ilaçların yerleştirilmesi için güvenli kutu.
- Diğer hususlar
 - IV infüzyon pompalarının depolanması ve şarj edilmesi için alan;
 - Soğuk su dağıtıcı;
 - Sıcaklığa duyarlı ilaçların ısıtılmasını önlemek için buzdolabı monitörü ve alarm (güvenlikle bağlantılı);
 - Bir ilaç arabası;
 - Eczanenin / ilaç odasının dışındaki personeli gösteren duvara monte basma butonu uyarısı;
 - Kontrollü ilaç dolabı anahtarları gereklidir.

C.6.25. Afet ekipman odası:

Bir afet ekipman odası, Toplu Kaza / Afet Olayı, KBR (Kimyasal, Biyolojik veya Radyasyon) olayında veya Acil Servis tahliyesi için kullanılacak ekipman için bir depolama odasıdır.

- Boyut
 - Bu odanın büyüklüğü, önemli bir olay veya felakette AS'in bölgesel rolüyle tutarlı olmalıdır.
- İşlevsel gereksinimler
 - Bu oda kolayca erişilebilir olmalı ve yerel veya saha dışı olaylar için felaket ekibini tam olarak donatmak için yeterli kaynağa sahip olmalıdır.
 - Mekansal ilişkiler
 - Ambulans park alanına yakındır (ideal olarak ambulans girişinden kapıya erişim);
 - Uygunsa helikopter pistine erişilebilir.
- Ekipman gereksinimleri

- Özel kıyafetler / koruyucu giysiler için yer;
- Ekipman kontrolü için çalışma tezgâhları;
- Pil şarj etmek için güç soketleri;
- Hastane Afet Planı basılı örneği yer almalıdır;
- Telsiz;
- Işıldak.

C.6.26. Yönetim alanları:

- Ofis alanı
 - Ofisler, AS'in idari, yönetsel, güvenlik ve kalite, öğretim ve araştırma rolleri için yer sağlar.
- Mekansal ve Fonksiyonel Gereksinimler
 - Ofisler birbirine ve sekreterlik hizmetlerine yakın olmalıdır.
 - Wi-Fi mevcut olmalıdır.
 - Yazdırma ve tarama / fotokopi için hazır erişim olmalıdır.
 - Çoğunlukla ofis çalışanları eğer mümkünse, doğal ışık alan ofislere sahip olmalıdırlar.
 - Alan sadece yetkili personel tarafından erişilebilir olmalıdır.
 - Yönetim alanı, özel toplantıların yapılabileceği oda (lar) bulundurulmalıdır.
- Diğer hususlar
 - Toplam ofis alanı, personel sayısının ve yeni rollerin gelecekteki genişlemesi için yeterli olmalıdır.

C.6.27. Eğitim tesisleri:

Acil Servis, örgün eğitim, dersler / manken simülasyonu ve toplantılar için özel tesisler gerektirir. Bu alan tıbbi, hemşirelik veya diğer personel ve lisans öğrencileri tarafından kullanılabilir. Gürültü azaltma özelliğine sahip, genellikle personel odası ve ofislerin yakınında ve tuvalet ve olanaklara erişim sağlayan özel, klinik olmayan bir alan olmalıdır.

- Ekipman gereksinimleri
 - Masalar ve istiflenebilir sandalyeler
 - Mobil cihazlara / dizüstü bilgisayara takılabilen görsel-ışitsel ekipman
 - Projeksiyon perdesi, tavana monte önerilir
 - Ağ bilgisayarları
 - Wi-Fi erişimi
 - Yazılı referans materyalleri ve dergiler için raflar

- Öğretim yardımcıları ve ekipmanları
- X-ray görüntüleme tesisleri / dijital görüntüleme sistemi
- Beyaz tahta (elektronik beyaz tahta tercih edilir)
- Telefon
- Video konferans yeteneği
- Simülasyon mankenleri, öğretim yardımcıları ve eğitim materyalleri için depolama
- Yazılı, görsel-ışitsel ve elektronik referans materyalleri için kütüphane. İdeal olarak, tüm bilgisayarlar elektronik kaynaklara erişebilir
- Diğer hususlar
 - Doğal ışık
 - Yansıtılan materyali izlemek için yeterince karanlık olabilecek öğretim odaları
 - Geniş gruplara hitap etmek için odanın alanını genişletme yeteneği
 - Projektörler
 - Odanın büyüklüğü, herhangi bir zamanda kullanılabilecek maksimum kişi sayısına göre hesaplanmalıdır, ör. Birleşik tıp ve hemşirelik toplantısı veya ağ öğretim oturumu

C.6.27. Personel odası:

Klinik ortam genellikle streslidir. İyi tasarlanmış personel tesisleri moral ve personelin işlevselliğine katkıda bulunur. Personel odası, personel tarafından yemek, sosyal etkinlikler ve başarıların kutlanması için kullanılmaktadır. Mutfak alanı, personel odasına dâhil olabilir veya hemen bitişik olabilir. Personel sıcak ve soğuk içecekler, yiyecekler hazırlayabilmeli veya ısıtabilmelidir. Acil Servis Departmanının büyüklüğüne bağlı olarak, mutfak alanı, hastalara yönelik içeceklerin hazırlanmasında da kullanılabilir.

- Boyut
 - Personel odasının büyüklüğü, tüm personelin sıralı bir yemek molasına oturması için yeterince büyük olmalıdır.
- İşlevsel gereksinimler
 - Yemeklerin hazırlanması ve tüketilmesi
 - Hasta bakım alanlarından uzak olması
 - Doğal aydınlatma
 - Güvenlik
 - Mümkünse bir dış alana erişim

- Relaksasyon enstürümanları örn. müzik televizyonu
- Mekânsal ilişkiler
 - Yakın tuvaletler;
 - Ofisler genellikle AS'in aynı bölgesinde yer almaktadır.
- Ekipman gereksinimleri
 - Mutfak / kiler
 - Bir yemek hazırlama alanı
 - Talep üzerine sıcak ve soğuk su
 - Masalar ve rahat oturma (yemek ve rahatlama için)
 - Bilgisayar / Wi-Fi erişimi
 - Televizyon, telefon
 - Mikrodalga fırınlar
 - Endüstriyel sınıf buzdolabı ve bulaşık makinesi
- Diğer hususlar
 - Personel odasına girişte lavabo
 - Çoklu mikrodalgalar daha hızlı yiyecek hazırlama
 - Endüstriyel sınıf, hızlı döngü bulaşık makineleri ve endüstriyel buzdolapları
 - Yönetilen içecek servisi, çay ve kahve ikmali ve bakım ihtiyacını ortadan kaldırır.

C.6.28. Personel olanakları:

Personele, kişisel eşyaları güvenli bir şekilde saklamak, kıyafetleri değiştirmek ve kişisel bakım ve hijyene katılmak için bir alan sağlamak. Olması gerekenler:

- Personel alanında ve klinik alanlarda yeterli sayıda personel tuvaleti;
- Ayrı erkek ve kadın duş ve değişim tesisleri;
- Personelin kişisel eşyaları için yeterli sayıda dolap;
- Çalışma masası, bilgisayar veya Wi-Fi erişimi ile gecelik oda;
- Personel posta kutuları
- Uyarı panoları

BÖLÜM 2

HASTA BAKIMININ DEVAMLILIĞI İÇİN SORUMLULUKLAR

Acil hasta bakımı hastane öncesi alanda başlar, AS’de devam eder ve hastanın başka bir doktora devir edilmesi veya taburcu edilmesi ile biter. Acil bir hastanın en iyi bakımı sağlamak için, bu sorumluluğun devri önceden belirlenen bir yaklaşım içinde kurallara uygun ve etkin bir şekilde olmalıdır.

A. Hastane Öncesi Dönem

- Hastane öncesi alandaki bakım, protokoller ve girişimler Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ve Acil Tıp Sistemi kurallarına uygun olmalıdır.
- Tüm AS’ler mevcut Acil Tıp Sisteminin ve yerel, bölgesel ve ulusal afet planlarının bir parçası olarak tasarlanmalı, yerel Acil Tıp Sistemi ve afet koordinasyon merkezi tarafından belirlenen rolleri olmalıdır.
- Hastalar, hastanın durumuna göre en yakın ve/veya en uygun AS’ye, uygulamadaki yönetmeliklere uygun olarak taşınmalıdır.
- Hasta bir AS’ye ambulans ile taşınıyorsa, hastanın ve hastalığın durumu ile ilgili bilgilendirme, telsiz veya cep telefonu gibi haberleşme sistemlerinden biri ile mutlaka yapılmalıdır.
- Hastayı ambulans ile taşıyan personel, hastane öncesi bakım, hasta ve hastalıkları hakkındaki ayrıntılı bilgiyi yazılı olarak dökümanite etmelidir. Hasta ile ilgili bu bilgilerin bir örneğini AS’deki ilgililere teslim etmeli ve hastanın kalıcı acil tıbbi dosyasına eklenerek saklanmalıdır.

B. Acil Servis

- Tüm AS çalışanları kendi bölgelerinde bulunan hastane öncesi tıbbi bakım protokollerini bilmelidir.
- Hasta olduğunu ifade ederek AS’ye gelen veya getirilen tüm hastalar, aksi ispat edilinceye kadar potansiyel acil olarak kabul edilmeli, bir hekim tarafından ek-

siksiz olarak değerlendirilmelidirler. İlk bakımları süratle başlatılarak stabilizasyonu yapılmalı, gerekli girişimlerde bulunulmalı ve süratle tedavisi yapılmalıdır.

C. Hasta Bakımının Sonuçlandırılması

- AS'ye müracaat eden bir hastanın bakımı hastanın taburcu edilmesi, ilgili bölüme yatırılması veya başka bir kuruma sevk edilmesi ile biter. Hastanın bir servise veya yoğun bakıma yatırılması veya başka bir hastaneye sevk konusunda kesin son kararı verebilecek yetkili bir uzman hekim görevlendirilmelidir. Gerekli olduğu hallerde, AS'deki hasta bakımına yardım etmek üzere çağrılacak icapçı uzman hekimlerin bir listesi çıkartılmalı ve AS'de bulunmalıdır.
- AS'deki değerlendirilmelerden sonra hastanın herhangi bir servise veya yoğun bakıma yatışı gerekiyorsa, hastanın sorumluluğu ilgili hekime devredilerek hasta yatırılır. Hastanın yatışının gerekli olup olmadığını belirlemek amacıyla AS'de uygun tetkik ve kısa süreli izlem yapılabilir. Ancak AS'ler yatırılarak ilgili bölüm hekimleri tarafından takip edilmesi gereken hastaların gözlem altına alınarak takip edildiği bölümler değildir.
- AS'ler hastaların yatırılarak tedavi edildikleri birimler de değildir. AS'ye başvuran hastalar ilk değerlendirilmeleri ardından gerekli stabilizasyonları sağlanıp, ilk girişim ve tedavileri başlanarak ilgili bölüme devredilmelidirler. AS'de bir hekim tarafından değerlendirilip, gerekli ise tetkik ve müdahalesi yapıp yatışı gerekli olmayan hastalar taburcu edilebilirler.
- Hastaneden taburcu edilen hastaların yakın takibini üstlenecek kapasitede hekim veya diğer uygun nitelikteki sağlık personelinin isim listesi hastane veya hastane tıbbi personelleri tarafından hazırlanarak dökümanite edilmelidir. Hastalara takip amacı ile başvurabilecekleri hekim veya poliklinik hizmetleri ayarlanmalıdır.
- AS'lerden taburcu edilen hastalara hastalıklarına özgü, matbuu veya okunaklı bir şekilde yazılmış, izlem için dikkat edilecek bilgileri içeren talimatlar verilmelidir (örn.; kafa travması veya ishal bilgilendirme formları gibi).

D. Hasta Sevkleri:

- Bir hastanın başka bir hastaneye sevk gerektiğinde, sevk uygun görülen hastane ile hastayı yatıracak ilgili birim hekimi tarafından koordinasyon sağlandıktan ve hastanın sevk kabul edildikten sonra, hasta için matbuu bir sevk kâğıdı eksiksiz olarak düzenlenmeli, her türlü girişimin uygulanabileceği tam teşekküllü bir ambulans hastanın nakli için hazırlanmalı, gerekli hallerde hastaya bir sağlık

personeli eşlik etmeli ve sevk kâğıdı hasta ile beraber sevk edilen hastaneye gönderilmelidir.

- Hayati tehlikesi ve sakatlık tehlikesi taşıyan hastalar, kurumun olanakları dâhilinde uygun bakımları, stabilizasyonları ve tedavileri yapılmadan başka bir hastaneye sevk edilmemelidirler. Ancak tıbbi ve teknik olanakların yetersizliği halinde sevk yapılmalıdır.
- Hastaneler arası tüm hasta sevkleri, acil sağlık hizmetleri yönetmeliğine, yerel hastaneler arası kurallarına ve klavuzun hastaneler arası hasta sevkleri politikalarına uygun olmalıdır.

EK-1. Acil Serviste Bulundurulması Gerekli Olan İlaçlar

Bunlar bir AS'de bulundurulması tavsiye edilen ilaçlar olup AS sorumlusu ve/veya hekimleri ile hemşireleri tarafından bu kalemler daha da arttırılabilir.

- Narkotik olmayan analjezikler ve antipiretikler
 - Parasetamol (PO, IV)
 - Steroid olmayan anti-inflamatuvar ajanlar (IM, IV)
- Opiat analjezikler – Morfin sülfat (IV/IM), Fentanil (IV), Meperidin (IV/IM)...
- Anestetikler
 - Lokal – Lidokain, Bupivakain, Prilokain
 - Genel
- Paralizan ilaçlar – Vekuronyum (IV), Süksinilkolin (IV)
 - Diğer anestetikler – Ketamin (IV, IM) • Sedatif – hipnotik ajanlar
 - Benzodiazepinler (Midazolam, Diazepam) (IV), Alprozolam (PO)
 - Barbitüratlar (IV), Thiopental (IV)
 - Etomidat (IV)
- Antikonvülzanlar – Benzodiazepinler (IV), Fenitoin (IV), Valproik asit (IV)
- İnsülinler ve antidiyabetik ajanlar
- Sistemik kullanım için antibiyotikler –
 - Penisilin (IM) (Benzatin penisilin 1.200.000 IU ve 6.3.3 IU)
 - I. kuşak sefalosporin (IV) (Sefazolin 1 gr flk)
 - III. kuşak sefalosporin (IV), (Seftriakson 1 gr flk)
 - Kinolon (IV), (örn. Siprofloksasin 200 mg flk)
 - Aminoglikozid (IV) (Gentamisin 80 mg amp)
- Topikal antibiyotikler (örn. Fusidik asit)
- Antihistaminikler (IV)

- Koagulan ajanlar
 - Antikoagulanlar – Fraksiyone heparin, Düşük moleküler ağırlıklı heparin
 - Antiplateletler – Asetil Salisilik Asit 300 mg (PO), Clopidogrel (PO)
- Trombolitik ajanlar –rt-PA, vb
- Kardiyovasküler ilaçlar
- Antiaritmik ilaçlar:
 - Sodyum kanal blokerleri –
 - Grup 1b – örn, Lidokain %2 (IV)
 - Grup 1c – örn, Propafenon (IV, PO)
 - Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
 - Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV), Verapamil (IV)
 - Beta-blokerler: - örn, Metoprolol (IV), Esmolol (IV)
- Oral antihipertansif ajanlar – örn, ACE inhibitörleri (kaptopril)
- Diüretikler – Furosemid, Mannitol
- Vazodilatatör ajanlar – Nitrogliserin (IV, SL, PO), Nitroprussid (IV)
- Vazopressörler
 - Direkt etkililer – Adrenalin, Noradrenalin, Dobutamine
 - Miks etkililer – Dopamin
- İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar –
- Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)
- Sodyum bikarbonat (IV)
- Sıvı replasman solüsyonları-%0.9 NaCl, Ringer laktat, %5-10-30 Dextroz,%3 NaCl
- Elektrolitler – Potasyum (IV), Kalsiyum (IV), Magnezyum (IV)
- Göz, kulak, burun ve boğaz ilaçları
 - Topikal anestetikler
 - Topikal antibiyotikler
 - Topikal midriyatik ajanlar o Topikal vazokonstriktörler
- Gastrointestinal ilaçlar
- Antiasitler
- Antispazmotikler
- Katartikler, laksatifler– sorbitol
- Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM), Trimetobenzamid (IM)
- H₂ reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin
- Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, Lansoprazol, Pantoprazol

- Somatostatin veya analogları (Hastane eczanesinden temin edilebilir)
- Absorbanlar – Aktif kömür
- Akciğerler ile ilgili preperatlar
 - Bronkodilatatörler
 - Antikolinerjikler – örn, İpratropium bromür
 - Nebulizer yardımıyla kullanılabilen sempatomimetik ajanlar - – örn, Salbutamol
 - İnhal streoidler – Budesonid, Beklametazon
 - Mukolitikler – N-Asetil Sistein
- Hormonlar ve sentetik alt grupları
 - Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)
 - Glukagon (Hastane eczanesinden temin edilebilir)
- Kadın Hastalıkları ve Doğum ile ilgili
 - Rho (D) immün globulin (Rho-Gam) (Hastane eczanesinden temin edilebilir)
- Psikoterapötik ilaçlar – Haloperidol (IV) veya Olanzepin (IV)
- Serumlar, toksoidler, aşılar ve antiveninler – Tetanoz aşısı
- Antidotlar
 - Atropin (IV)
 - Naloksan (IV)
 - Flumazenil (IV)
 - N-Asetil sistein (PO veya IV)
 - Pralidoksim (IV) (Hastane eczanesinden temin edilebilir)
 - Protamin sülfat (Hastane eczanesinden temin edilebilir)
- Vitaminler – Vitamin K (IV-IM), Vitamin B1 (Tiamin)

EK 2. Radyolojik, Görüntüleme ve Diğer Tanısal Hizmetler

Aşağıda sayılanlar 24 saat AS'deki hastalara hizmet verebilecek kapasitede olmalıdır;

- Kardiyak, jinekolojik obstetrik ve diğer hemodinamik problemler ve girişimler için acil olarak kullanılabilecek en az bir USG cihazı (Başburan hasta sayısına göre toplam rakam belirlenmelidir).
- Kemik ve yumuşak dokuların standart radyolojik çekimleri, aşağıdaki örnek verilenler de dâhil olmak üzere:

- Yumuşak doku dozunda boyun grafileri
- Bir yabancı cisim tanısını ekarte edebilmek için cilt altı dokusunun grafileri
- Standart göğüs grafileri, karın grafileri vs.
- Yatak başı lateral servikal grafler, takibinde servikal AP ve odontoid grafler
- Genel durumu bozuk olan hastalar için portabl film makinesi. (Ayrıca aşağıda yazılı olan tanıları doğrulamak amacı ile)
 - Endotrakeal tüpün yerini kontrol
 - CVP kateterinin yerini kontrol
 - Takılan göğüs tüpünün yerini kontrol
- Göğüs hastalıkları ile ilgili olarak
 - Arteriyel kan gazı tayini
 - Peak flow ölçümü
 - Pulse oksimetre

Aşağıda yazılı olan hizmetler hastanede bulunan bir personel veya uygun bir zaman süresi içinde ulaşılabilecek icapçı bir personel tarafından uygulanabilir olmalıdır:

- Radyografi
 - Kontrastlı filmler (İVP, ÖMD vs.)
 - Arteriyografi/venografi
 - Bilgisayarlı tomografi
- Nükleer tıp
 - Akciğerin ventilasyon-perfüzyon sintigrafisi
 - Travma ve diğer amaçlar için sintigrafik çalışmalar

EK 3. Acil Servis Çalışmaları İçin Hazır Bulundurulması İstenen Laboratuar Tetkikleri

Aşağıda yazılı testler 24 saat AS'deki hastalara yapılabilmelidir.

- **Kimyasal**
- **Hematoloji**
 - Hücre sayımı ve hücre tipi ayırımı (Kan, Beyin omurilik ve eklem sıvı analizi)
 - Koagülasyon testleri
 - Tam kan sayımı
 - Eritrosit Sedimentasyon Hızı

- Trombosit sayımı
- Retikülosit sayımı
- Orak hücre yaymaları
- **Mikrobiyoloji**
 - Asit fast yayma ve boyaması
 - Klamidia testi
 - Bakteri izolasyonu ve tip tayini için kounterimmün elektroforez
 - Gram boyası ve kültürü/antibiyotik duyarlılığı
 - Herpes testi
 - Streptokok taraması
 - Viral kültürler
 - Wright boyası
- **Kan bankası**
 - Hazır banka ürünleri, kan grubu tayini ve cross tetkikleri
- **Diğerleri**
 - Hepatit tarama tetkikleri
 - HIV tayini
 - Eklem ve beyin omurilik sıvısı incelemeleri
 - Mono spot
 - Kalitatif ve kantitatif gebelik testleri
 - VDRL, RIA gibi serolojik testler
 - Toksikoloji ve ilaç seviyeleri tayini
 - Tam idrar tahlili

KAYNAKLAR

1. Emergency Department Design Guidelines <https://acem.org.au> Erişim Tarihi: 23.06.2019
2. American College of Emergency Physicians: Emergency Department Planning and Resource Guidelines. Ann Emerg Med. 2014;64:564-572.
3. Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin Uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde Değişiklik yapılmasına dair tebliğ. Resmi Gazete: Tarih:20 Şubat 2018, Sayı : 30338
4. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Resmi Gazete: Tarih: 13.01.1983, Sayısı: 17927, Değişik: RG-05.05.2005-25806.



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

KISIM 3

ACİL TIP UZMANLIK EĞİTİM PROGRAMI

YAZARLAR

Dr. Aslıhan Yürüktümen Ünal

Dr. Elif Dilek Çakal

Dr. Süha Serin

Dr. Bahadır Çağlar

Dr. Okan Aydın



ACIL TIP
VETERİNERLİK
KURUMU
2004



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

BÖLÜM 1

ACİL TIP MÜFREDATI AMACI VE HEDEFLERİ

Dünya çapında zamana duyarlı müdahaleler ve hayat kurtarıcı acil bakım sunmak üzere eğitim almış Acil Tıp uzmanlarına yönelik kritik ve artan bir ihtiyaç vardır. Ancak şu anda Acil Tıp uzmanlığı için temel minimum standartları tanımlayan, dünya çapında kabul görmüş standart bir müfredat yoktur.

Acil Tıp uzmanlık eğitim programı (eğitim programı, rotasyonlar, pratik uygulamalar...) hekimleri Acil Tıp pratiğine hazırlamaya yönelik tasarlanmalıdır. Acil Tıp uzmanlık eğitim programı, Acil Tıp pratiğinin ilkelerinin öğrenilmesine ve klinik problemlerin çözümünde bu ilkelerin uygulanması için gerekli olan sorumluluk ve tecrübenin sağlanmasına yönelik, temel beceri ve bilgilerin sağlandığı bir program olmalıdır. Tüm tıpta uzmanlık öğrencilerine tecrübeli bir akademik personelin denetiminde ve kılavuzluğunda, klinik olgunluk, karar verme yeteneği ve teknik becerileri yeterli düzeyde geliştirmeleri için eşit fırsatlar sağlanmalıdır. Uzmanlık eğitim programının bitiminde tıpta uzmanlık öğrencileri Acil Tıp pratiğini uygulama, yeni bilgi ve becerileri öğrenebilme ve kendi kendilerini denetleyebilme konularında yetişmiş olmalıdırlar.

Acil Tıp çekirdek eğitim müfredatının amacı,

- Eğitim sürecinin tanımlanması, içeriğinin belirlenmesi ve bu eğitim süreci sonucunda Acil Tıp kliniğini yönetebilecek bilgi ve becerinin kazandırılmasıdır.
- Acil Tıp uzmanlık eğitiminin ulusal standardizasyonunu amaçlar.
- Ülkemizin farklı yerlerindeki üniversite ve eğitim araştırma hastanelerindeki Acil Tıp uzmanlık eğitimi veren Acil Tıp kliniklerindeki standartların oluşturulması, Acil Tıp konusunda güncel uluslararası kabul görmüş kılavuzların ve kazanılması gereken asgari bilgi, beceri ve tutumların bu eğitimi alan tüm Acil Tıp uzmanlık öğrencilerine ulaştırılması hedeflenmektedir.
- Müfredat sayesinde ülkemizde verilen Acil Tıp uzmanlık eğitiminin tüm yurttaki benzer veya eşit olması hedeflenmektedir.

- Acil Tıp uzmanlık eğitim programı aşağıdaki konular hakkında hazır hekimler yetiştirmelidir;
- Tüm yaş gruplarında beklenmedik bir hastalık veya bir yaralanma durumunda, hastayı değerlendirmek, müdahalesini yapmak, tedavisini başlatmak ve daha ileri sakatlık ve yaralanmadan korumak olan bir uzmanlık dalıdır.
- Acil Tıp uzmanı henüz ortada hasta ile ilgili ayırıcı bir öntanı yokken gelişmiş akıl yürütme becerileri ile tanı koyabilir.
- Acil Tıp uzmanları, tıbbi acil bir durumdaki herhangi bir hastanın hızlı bir şekilde değerlendirilmesini ve tedavisini sağlar. Ek olarak, acil bir rahatsızlığı olduğunu düşünülen ve tıbbi bakımı gereken ancak diğer sağlık bakım birimlerine çeşitli nedenlerle ulaşamayan hastaların tıbbi bakımını da sunar.
- Acil Tıp uzmanları, hastane içi ve hastane dışı alanlarda hasta bakımında hem birincil görevli hem de koordinatör rolü üstlenir.
- Acil Tıp uzmanı, acil servislerin, acil tıbbi sistemlerin ve programların yönetiminde ve ilgili araştırma ve eğitimin yürütülmesinde liderlik sağlayan akademik eğitim almış bir kaynaktır.
- Gelişmiş ve etkin sağlık bakım sistemlerinin planlanmasında, gelişmesinde, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde Acil Tıp Uzmanlığının büyük bir önemi vardır.
- Türkiye’de henüz afet ile ilgili başlı başına bir bilim dalı olmadığı için afet ve acil durumlardaki sağlık hizmetinin planlanması ve uygulanması da Acil Tıp uzmanlığının görevleri arasındadır.
- Acil Tıp uzmanı koruyucu hekimlik hizmetlerine yönelik hasta eğitimini sağlayabilmelidir.

BÖLÜM 2

ACİL TIP UZMANLIĞININ EĞİTİM SÜRESİ, HEDEF KİTLESİ

- Acil Tıp Uzmanlığı programının süresi farklı ülkelerde 3 ya da 4 yıl hatta 5 yıl olmakla beraber, ülkemizde 26 Nisan 2011 tarih 27916 sayılı resmi gazetede yayınlanan 6225 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Acil Tıp uzmanlığı eğitim süresi 4 yıl olarak belirlenmiştir.
- Avrupa Birliği Yönergesi'nde (EU Directive 2005/36/EC) ise Acil Tıp Uzmanlık eğitimi tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az 5 yıl olarak belirlenmiştir. Acil Tıp Uzmanlık Programı (eğitim programı, rotasyonlar, pratik uygulamalar...) tıpta uzmanlık öğrencilerini Acil Tıp pratiğine hazırlamaya yönelik tasarlanmıştır.
- Bu program, Acil Tıp pratiğinin ilkelerinin öğrenilmesine ve klinik problemlerin çözümünde bu ilkelerin uygulanması için gerekli olan sorumluluk ve tecrübenin sağlanmasına yönelik, temel bilgi, beceri ve davranışı sağladığı bir programdır.
- Tüm tıpta uzmanlık öğrencileri tecrübeli bir akademik personelin denetiminde ve kılavuzluğunda, klinik olgunluk, karar verme yeteneği ve teknik becerileri yeterli düzeyde geliştirmeleri için eşit fırsatlar sağlar.
- Uzmanlık eğitim programının bitiminde tıpta uzmanlık öğrencileri, Acil Tıp pratiğini uygulayabilme, yeni bilgi ve becerileri öğrenebilme ve kendi kendilerini denetleyebilme konularında yetişmiş olacaklardır.
- Acil Tıp Programı aynı zamanda, acil servise başvuran hastaları acil servise kabul etmek ve bu hastalarda ayırıcı tanı, resüsitasyon uygulama, stabilizasyon işlemleri, değerlendirme ve tüm tıbbi bakımı sağlamak, gerektiğinde hastaları uygun şekilde yönlendirebilmek ve takibini yapabilmek, hastane öncesi bakımı sağlayan Acil Tıp sistemlerinin içinde yer almak ve kendi eğitim sisteminin iyileştirilebilmesine olanak sağlayacak şekilde geri bildirimler verebilmesini sağlamak, araştırma yöntemlerini ve bunların pratiklerini öğrenmek ve uygulamak konularında da hazır hekimler yetiştirir.
- Uzmanlık eğitimini tamamlayan bir Acil Tıp uzmanının, kanıta dayalı tıp uy-

gulamalarının ve bilgiye ulaşımın güncel yöntemlerinin farkında olmak, acil sağlık hizmetlerinin sosyal ve ekonomik yönlerini değerlendirmek, halkı Acil Tıp konularında bilinçlendirmek ve eğitmek, Acil Tıp ile ilgili temel ve klinik araştırmaları yapmak ve yayımlamak ve hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde ve afet planlamasında lider rolü oynamak gibi yetkinliklere de sahip olmaları beklenmektedir.



BÖLÜM 3

ACİL TIP UZMANLIĞININ KARİYER OLASILIKLARI

- Acil Tıp uzmanlık öğrencileri eğitimini tamandıktan sonra kamu, vakıf veya özel kurumlarda Acil Tıp Uzmanı olarak görev yaparlar.
- Acil Tıp alanında aktif çalışan uzman sayısının henüz yeterli düzeye ulaşmaması ve kazanılan yetkinlikler nedeniyle üst düzey merkezlerde görev alma fırsatı vardır. Ayrıca arzu edenlerin akademik kariyer yapmalarına uygun alt yapı donanımları da bu süreçte tamamlanır.
- Acil Tıp uzmanı olarak mezun olan hekimler genellikle atandıkları veya çalıştıkları hastanelerin AS'den sorumlusu olarak görev yaparlar.
- Ülkemizde birçok merkezde acil servisten doğrudan sorumlu bir başhekim veya yardımcısı bulunmaktadır ve bu sebeple acil vakalar ve kriz yönetimi konusunda tecrübeli oldukları için bu makamlara çoğu zaman Acil Tıp uzmanları görevlendirilmektedir.
- AS'ler 7 gün 24 saat hizmet vermektedir. Mesai saatleri içerisinde meydana gelen toplumsal olaylar veya özellikli vakalar bütün kliniklerin desteği ile çözülmektedir ancak mesai saatleri dışında kalan sürede hastaneye başvuran tüm vakalar acil servisler üzerinden sonlandırılmaktadır. Bu durumlar Acil Tıp uzmanlarını hastane yöneticilerinin sürekli ekiplerinde bulunmasını istediği kişiler haline getirmektedir.
- Acil Tıp uzmanları özel ilaç şirketleri ve kozmetik sektöründe danışman olarak görev yapabilmektedirler.



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

BÖLÜM 4

ACİL TIBBIN TEMEL YETKİNLİK KONULARI

A. Yetkinlik Temelli Tıp Eğitime Giriş ve Tanımlar

Son yıllarda, nüfusun artmasıyla beraber sağlık çalışanlarına ve hekimlere olan ihtiyacın artması, aynı zamanda kurumlar açısından hesap verilebilirlik ve etkin kaynak kullanımının önemli hale gelmesiyle, mezunlarının seviyesinin standardizasyonu açısından eksiklikler olan geleneksel içerik temelli eğitim sorgulanır olmuştur. Buna cevap olarak doğan ve tıp eğitimi programlarının tasarlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde yapılandırılmış yeterlilik çerçevesinden bakan “yetkinlik temelli tıp eğitimi”, özellikle mezuniyet sonrası eğitimde norm haline gelmiştir. Yetkinlik temelli tıp eğitiminin temel amacı, sağlık profesyonellerini, yerel durum ve ihtiyaçlara uygun olarak, daha önceden belirlenmiş ustalık seviyesine ulaştırmaktır. Yetkinlik temelli tıp eğitimi ve müfredatı anlamak için önce yeterlilik ve yetkinlik kavramlarını anlamak ve ayırtlaştırmak gerekir.

Yeterlilik, belli bir ortam özelinde hekim performansının çoklu alanlarda bir dizi yeti veya farklı yönleridir. Yeterlilik çok boyutludur, birden fazla yetenek alanlarını içerir; dinamik, zaman içinde gelişebilir veya körelebilir; ortam bağımlıdır, aynı kişi aynı zamanda farklı ortamların farklı taleplerine aynı başarıyla yanıt veremeyebilir; eğitim aşaması veya tecrübe seviyesi ile de farklılıklar gösterir. Bununla birlikte yeterlilik olarak kabul gören özellikler zaman içinde değişip gelişebilir. Yeterlilik ve yetkinlik kavramları birbirine yakın kavramlar olsalar da yeterlilik yapılan işin istenen sonuçlara ulaşması için gösterilen etkin performans ile ilgilidir. Yeterlilik aynı zamanda bir işi yapmak için kişinin ehliyetlendirilmesi ile de ilişkilidir.

Yetkinlik ise bir Acil Tıp uzmanının bilgi, beceri, değer ve tutum gibi çoklu bileşenlerin bütünleşmesiyle oluşan gözlemlenebilen, ölçülebilen, kazanımı denetlenebilen yetileridir. Yani, etkin performansı vurgulayan yeterlilik ile karşılaştırıldığında, *yetkinlik hedeflenen işi yapmak için kişiye ait yetileri vurgular*. Başka bir deyişle, *yetkinlikler yeterli performansa ulaşmak için öğrenilen ve uygulanan eğitimsel unsurlardır*.

Yetkinlik temelli eğitim, aynı seviyedeki eğitimi alan kişilerin, aynı müfredatı bitirmesinden öte, bir veya birden fazla yetkinlikte aynı ustalık seviyesinde olmasını hedefleyen bir eğitim anlayışıdır. “Öğrencilerimiz müfredatta belirtilen konuları tamamladı mı?” sorusu yerine “Eğitimi tamamlayan öğrencilerimiz neleri yapabiliyor?” sorusunu sorar. Bu anlamda yetkinlik temelli tıp eğitimi öğrenme çıktılarına ve öğrenenin kazanımlarına odaklanır, çok yönlü değerlendirmeyi ve daha esnek, zamanda bağımsız, her bir öğrenciye göre tasarlanmış gelişim basamaklarını destekler, paydaşların ortak dil ve beklentilerde buluşmasını ve sorumluluk almasını sağlar.

Yetkinlik temelli tıp eğitimi, öğrenme çıktısı temelli bir yaklaşımdır ve yetkinlik temelli bir müfredat oluşturmanın nirengi noktası yeni mezun olmuş Acil Tıp uzmanından beklenen yeterlilik ve yetkinliklerin, daha sonra üzerine öğrenme, öğretme, ölçme ve değerlendirme aktivitelerinin inşa edileceği öğrenme çıktılarına dönüştürülmesidir. *Öğrenme çıktıları*, tıpta uzmanlık programı bittiğinde yeni mezun olmuş Acil Tıp uzmanının kazanacağı, istikrarlı ve güvenilir şekilde sergileyeceği bilgi, beceri ve tutum kombinasyonlarını tanımlayan ifadelerdir. *Kilometre taşları* ise tıpta uzmanlık eğitimi boyunca belirli aralıklarla Acil Tıpta uzmanlık öğrencisinin sergilemesi beklenen branşa özgü performans seviyeleri veya kazanım basamaklarıdır. Kilometre taşları da kesinleştirilmiş zamanlara bağımlı değildir, her bir tıpta uzmanlık öğrencisi aynı gelişim basamaklarından uzmanlık eğitimlerinin farklı zamanlarında geçebilir, aynı tıpta uzmanlık öğrencisinin farklı yetkinliklerdeki veya öğrenme çıktılarındaki gelişimleri eş zamanlı olmayabilir.

Sonuç olarak, etkin bir müfredat oluşturmak için tıpta uzmanlık programından yeni mezun olmuş bir Acil Tıp uzmanından beklenen roller belirlenmeli, bu rolleri oynayabilmesine imkân sağlayacak yeterlilik alanları, seviyesi ve bunlara uygun olarak öğrenim hayatı boyunca kazanması gereken yetkinlikler planlanmalı, bu yetkinlikler öğrenme çıktıları olarak netleştirilmeli ve öğrenimin farklı aşamalarını kapsayacak şekilde kilometre taşları olarak somutlaştırılmalıdır. Ancak belirlenmiş bu hedeflere varabilmek için gerçekleştirilecek öğretme ve öğrenme aktiviteleri, Acil Tıp uzmanının belirlenmiş hedeflere vardığını objektif olarak gösterebilecek ölçme-değerlendirme yöntemleri ve uzmanlık programının etkinliğini değerlendirecek kıstaslar ve değerlendirme yöntemleri tamamlandığında bir müfredat bütün sayılır.

B. Acil Tıp Uzmanlığı Yetkinlik Temelli Müfredatı

Acil Tıp uzmanının rolleri: Acil Tıp uzmanlığı, öngörülemeyen hastalık ve yaralanmaların tanı ve tedavisine adanmış bir tıpta uzmanlık alanıdır. Acil Tıp uzmanları, yaş, başvuru şikâyeti, hastalık çeşidi veya hastalık ağırlığı açısından ayrılaşmamış

bir hasta grubu ile ilk teması sağlayan uzman hekimlerdir. Bu geniş hasta yelpazesi içinde kritik durumdaki hastaları ayırt eder, hızlı stabilizasyon, gecikmesiz ve güvenli bakım sağlarlar. Olası tanı veya ayırıcı tanıları göz önüne alarak hastanın başlangıç tedavisini veya kesin tedavisini düzenlerler. Yatış ihtiyacı olan ve güvenle evde tedavi edilebilecek hastaları ayırt ederler. Bu hasta bakımı sadece acil servisler veya hastane ortamı ile sınırlı kalmaz; aynı zamanda hastane dışı değerlendirme, alanda tedavi ve transfer hizmetlerine de birincil veya uzaktan yönlendirme ile katılır. Sağlık hizmetini birinci elden sunmak dışında Acil Tıp uzmanı, dezavantajlı gruplardan hastalar başta olmak üzere tüm paydaşların kaynak ve güvenlik olarak en etkin şekilde sağlık sisteminde faydalanabilmesi için koordinasyonu sağlar; hastalarını, hasta yakınlarını, meslektaşlarını, diğer meslek gruplarını ve toplumu eğitir; en doğru güncel bilgiye ulaşmak için kanıta dayalı bilgilerle sürekli pratiğini geliştirir, tasarladığı çalışmalarla gözlem ve tecrübelerini bilimsel literatüre yansıtarak dünyanın bilgi birikimine katkı sağlar. Bu nedenle Acil Tıp uzmanının görev tanımı ve yetkinlik alanları, temelde diğer uzmanlık alanları ile benzerlikler taşımakla beraber kendine has yönleri vardır. Sağlık sisteminde Acil Tıp uzmanının oynadığı roller dört ana başlık altında toplanabilir (**Tablo 1**).

Acil Tıp uzmanlığında yetkinlik alanları: Yukarıda sayılan tüm rollerini yeterli seviyede gerçekleştirmek için, Acil Tıp uzmanı, tıpta uzmanlık eğitimi boyunca aşağıdaki alanlarda yetkin hale gelmelidir (**Şekil 1, Tablo 2**).

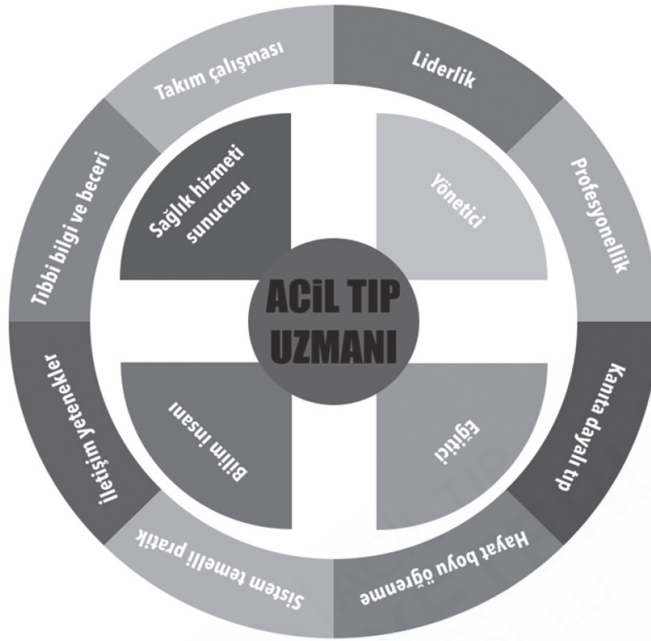
Tablo 1. Sağlık sisteminde Acil Tıp uzmanının oynadığı roller

Sağlık hizmeti sunucusu	Ayrışmamış şikayetlerle başvuran hastaları değerlendirir, stabilize eder, uygun acil medikal ve girişimsel tedavisini uygular ve risk değerlendirmesini yaparak uygun kesin tedavisine ulaşmasını sağlar.
Yönetici	Hasta bakımının devamlılığı ilkesine uygun olarak, afet durumları ve hastane öncesi de dahil olmak üzere, mümkün olan azami sayıda hastaya mümkün olan en iyi bakımı uygulamak için hastanın, içinde bulunduğu kurum ve ortamın ve sağlık sisteminin kaynaklarını en iyi şekilde değerlendirecek lokal sistemler oluşturur ve yönetir.
Bilim insanı	Kanıta dayalı tıp temelinde pratiğini güncel tutar, hastalarının tedavisini bu güncel bilgilere göre sağlar, kendi pratiğinin sonuçlarını gözlemler, uygun şekilde literatüre yansıtarak global bilgi bütününe katkı sağlar.
Eğitici	Hayat boyu öğrenmeyi prensip haline getirir, hastaları ve hasta yakınlarını hastalıktan korunma, hastalık süreçleri ve yönetimi hakkında eğitir, meslektaşlarına rol model olur, lideri olduğu takımı gereken eğitimlerle güncel ve hazır tutar.

Öğrenme çıktıları ve kilometre taşları: Kılavuz bilgiler ortak olmakla beraber her yerel birimin uygulamalarının çeşitlilik göstereceği düşünülerek, öğrenme çıktıları yerel ihtiyaçlara adapte edilmeye uygun şekilde düzenlenmiştir. Kilometre taşlarının kullanımı için Ek 1'e bakınız.

Tablo 2. Acil Tıp uzmanlığında yetkinlik alanlarının kapsamı

Tıbbi bilgi ve beceriler	Doğru, güvenli ve etkin bir hasta bakımı sağlamak için gereken temel bilgi ve beceriye sahiptir.
Sistem temelli pratik	İçinde bulunduğu sağlık sisteminin akışını, kurallarını, imkânlarını ve zorluklarını anlar, hasta güvenliğini ve hasta bakım kalitesini önceleyecek şekilde sistemde rol alır.
Kanıta dayalı tıp ve hayat boyu öğrenme	Tıbbi literatürü doğru şekilde anlar ve sorgular, meslek hayatı boyunca günlük pratiğini literatürde değeri ispatlanmış uygulamalara göre sürekli günceller, öğrenmenin hayat boyu süren bir eylem olduğunu kabul eder ve buna uygun davranır, klinikteki gözlemlerini ve tecrübelerini uygun yöntemler ile meslektaşları ve bilim dünyası ile paylaşır.
İletişim yetenekleri	Mesleği gereği irtibat kurduğu hastane içindeki ve dışındaki sağlık çalışanı olan ve olmayan tüm paydaşlar ile karşılıklı güven ve empatiye dayalı ilişkileri kurmasını ifade eder. (Hastalar, hasta yakınları, tüm uzmanlık alanları, tecrübe ve akademik seviyeden ulusal ve uluslararası meslektaşları, hemşire, ebe, teknisyenler, paramedik, polis, sosyal hizmet uzmanı, medya, sağlık, hastane yöneticileri, ilaç şirketleri, sağlık bakanlığı çalışanları, vb.)
Takım çalışması ve liderlik	İyi bir takım üyesidir, kendisine verilen görevleri ekibiyle koordinasyon içinde yerine getirir, ekibinde, kurumunda, ulusal ve uluslararası platformlarda sorumluluk olarak kaliteli ve etkin sağlık hizmeti verilmesinde ve sistemlerinin oluşturulmasında diğer hekim ve meslek gruplarına öncülük eder.
Profesyonellik	Acil tıp uzmanı kimliği ile kendisine, mesleğine, hastalarına, iş arkadaşlarına ve topluma karşı duyduğu saygı ve etik ve mesleki değerler çerçevesinde sorumluluklarını yerine getirmesini ifade eder.



Şekil 1: Acil Tıp uzmanlığında yetkinlik alanları

1. Tıbbi bilgi ve beceriler 1 – Triaaj ve acil stabilizasyon: Tıpta uzmanlık eğitiminin sonunda Acil Tıp uzmanı, ayrımlaşmamış temel yakınmalarla acile başvuran hastaların ilk değerlendirmesini yapar, kritik, acil ve düşük öncelikli durumda olan hastaları ayrımlaştırır (Bkz. Ek 2) ve buna göre öncelikli olanları belirleyerek stabilize eder.

Seviye 0	
Seviye 1	Anormal yaşamsal bulguları tanır.
Seviye 2	Stabil olmayan ve hızlı müdahale gerektiren hastayı tanır. Kritik durumdaki hastaya birincil değerlendirme uygulayabilir. Tanı ve tedavi planı oluşturmak için yararlı bilgileri ayırt edebilir.
Seviye 3	Kritik durumdaki hastalara öncelik verir ve yönetir. Kritik hastada stabilizasyonu önceler. Stabilize edici girişimler sonrasında hastayı tekrar değerlendirir.
Seviye 4	İleri girişimlerin faydasız olacağı zamanı vakitlice tanır. Sorunlu bir stabilizasyon durumunda hastanenin destek sistemlerini bir yönetim stratejisi olarak sürece dahil eder.
Seviye 5	Kritik hastaların yönetimi ve/veya transferi için plan ve protokoller geliştirir.

2. Tıbbi bilgi ve beceriler 2 – Tanısal beceriler: Doğru ve etkin uygulanmış tıbbi öykü alma, fizik muayene ve uygun seçilmiş tanısal testlerle uygun ayırıcı tanımlara ve kesin tanımlara ulaşır, hastanın başlangıç/kesin tedavisini uygular veya kesin tedaviye ulaşacak şekilde yönetimini uygun kaynak kullanımıyla planlar.

Seviye 0	
Seviye 1	Güvenilir kapsamlı öykü alır, fizik muayene uygular. Tanısal testlerin gerekliliğine karar verir. Bu ilk değerlendirme sonucunda olası ayırıcı tanımları listeler.
Seviye 2	Hastanın ana ve ivedilik gerektiren yakınmalarını verimli bir şekilde ele alan odaklanmış öykü alır ve fizik muayene uygular. Uygun yatakbaşı ve diğer tanısal testleri ve girişimleri ister. Görülme sıklıklarına ve mortalite ve morbidite ihtimaline göre sınıflandırır.
Seviye 3	Kısıtlı veya değişken durumlarda öykü ve fizik muayenenin elzem kısımlarını önceler. Gerekli testleri önceler. Tanısal test sonuçlarını değerlendirirken kısıtlılıkları ve riskleri göz önüne alır, gerekliyse değerlendirme konusunda destek arar. Tanısal test ve girişimlerin risk, fayda, kontrendikasyon ve alternatiflerini değerlendirir. Hasta ile ilgili mevcut tüm tıbbi bilgiyi ayırıcı tanı listesindeki en olası mortalite ve morbidite nedenlerini sıralamada kullanır. Kötü ve kötü olmayan hastaları ayırabilir. Hastanın izleminde oluşan değişikliklere göre ayırıcı tanımlarını günceller.
Seviye 4	Tüm potansiyel bilgi kaynaklarını kullanarak hastaların doğru yönetimi için gerekli olan elzem bilgiyi sentezler. Hastalığın test öncesi olasılığını ve test sonuçlarının hasta yönetimini değiştirme ihtimalini temel alarak tanısal testleri kullanır. Tanısal testlerde maliyet etkinliği gözetir. Test sonrası olasılık için yanlış pozitif ya da negatifliğin olası sonuçlarını anlar. En olası ayırıcı tanımlara göre esnek bir hasta yönetimi kurgular.
Seviye 5	Muğlak, anlaşılması güç veya nadir durumları yalnızca öykü ve fizik muayene ile tanımlar. İlk anda anlam verilmesi güç veya çelişkili tanısal sonuçları hastanın güncel başvurusu bağlamında ayırt eder. Kendi klinik akıl yürütme süreçlerini fark eder, benzerlik ve farklılıkları patern tanıma yoluyla fark ederken, tanısal hataları engellemek için analitik akıl yürütme yapar.

3. Tıbbi bilgi ve beceriler 3 – Medikal tedavi ve izlem: Hasta için bir yönetim planı veya tedavi planlarken kullanacağı farmakolojik veya non-farmakolojik terapilerin etki mekanizması, hedeflenen etki, olası yan etkiler ve komplikasyonlar, hastaya ait modifiye edici faktörler, alerjiler, etkileşimler, kurumsal protokoller, ulusal ve uluslararası kılavuzlar gibi hususları dikkate alarak planlar ve uygular; hastanın durumunun ve tedavisinin gerektirdiği şekilde hastayı izler, uygun aralıklarla tekrar değerlendirir.

Seviye 0	
Seviye 1	Farmakolojik ajanların sınıflandırmalarını ve etki mekanizmalarını bilir. Hastalara istikrarlı bir şekilde ilaç alerjilerini sorar. Hastaların izleminde tekrarlayan değerlendirmelerin önemini bilir.
Seviye 2	Tedavi için uygun farmakolojik, farmakolojik olmayan seçeneği tıbbi bilgisi ile seçer. Tedavinin potansiyel yan etkilerini göz önüne alır. Hastanın acilde kalışı sırasında gerekli tedaviyi aldığından emin olur.
Seviye 3	İlaç tedavisi düzenlerken hedeflenen etkiye, hastanın özelliklerine ve potansiyel yan etkilere dikkat eder. Potansiyel ilaç etkileşimlerini göz önüne alır. Hangi hastanın acilde uzamış izleme ihtiyacı duyacağını öngörür. İzlem sırasında uygulanan tedavinin etkinliğini gözlemler. Acildeki kalışı sırasında hastayı düzenli aralıklarla değerlendirir.
Seviye 4	Tedavi düzenlerken maliyet dâhil tüm olası faktörleri göz önüne alır. İzlem sürecinde değişen olası ön tanımlara göre tedaviyi modifiye eder.
Seviye 5	Farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavilerle ilgili kurumsal protokollerin düzenlenmesi çalışmalarına katılır. Farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavilerin komplikasyonlarından kaçınmak için protokoller üretir.

4. Tıbbi bilgi ve beceriler 4 – Girişimler: Olası sonuç, risk, komplikasyon ve alternatiflere göre hasta özelinde girişim ihtiyacını tanır, klinik durum, anatomik ve fizyolojik varyasyonlardan bağımsız olarak tüm hastalarda girişimi başarıyla uygulayabilir.

Seviye 0	
Seviye 1	Bir girişim için gereken genel anatomi ve fizyoloji bilgilerini tanımlar. Kendini ve hastayı koruyacak önlemleri alır.
Seviye 2	Sık yapılan acil servis girişimleri için endikasyonları, kontrendikasyonları, ipuçlarını, ekipmanı, girişimsel teknikleri ve olası komplikasyonları bilir. Hastayı değerlendirir, bilgilendirilmiş onam alır, hasta güvenliğini sağlayacak şekilde monitörizasyon uygular. Sık girişimleri zorlaştırmı özellikleri olmayan, işaret noktaları belirgin, düşük orta riskli hastalarda uygulayabilir. Girişim sonrası değerlendirmeyi yapar ve varsa komplikasyonları tanır.
Seviye 3	Daha nadir görülen girişimleri zorlaştırmı özellikleri olmayan hastalarda uygulayabilir. Bir girişimin ilk denemede başarısız olması ihtimaline karşı kurtarıcı planlar yapar. Tanısal bir girişimin sonucunu doğru şekilde değerlendirir.
Seviye 4	Girişimleri zor hastalarda uygulayabilir. Girişimleri olası komplikasyonlardan kaçınacak şekilde uygular ve girişimlerin iyi veya kötü sonuçlarını tanır.
Seviye 5	Girişimsel becerileri öğretir ve hataları düzeltir.

5. Tıbbi bilgi ve beceriler 5 & Sistem temelli pratik 1 – Hasta bakımının sonlandırılması: Hasta için mevcut kaynakları kullanarak acil serviste izlem, yatış, sevk, taburculuk ve sonrası takip gibi birçok öğeden oluşan kapsamlı bir tedavi planı oluşturur, hastayı bu planı tanı, tedavinin uygulanması, ilaç kullanımı ve diğer izahatlar ile bilgilendirerek planı uygulamasını sağlar.

Seviye 0	
Seviye 1	Acil servis temel kaynaklarını ve hasta sonlanımlarını tanımlayabilir.
Seviye 2	Yatış ihtiyacı olan hastaları ayırt eder. Acil servisteki sık başvuru yakınmaları için uygun kaynak kullanımı ile takip planları oluşturur.
Seviye 3	Komplike hastaları tanı, tedavi planı ve ilaç kullanımı, poliklinik kullanımı konusunda hastayı eğitir. Hastanın hastane içinde ve dışındaki uygun kaynaklara ulaşması için gerekli görevlileri (ör. konsültan hekimler, sosyal hizmet uzmanları) zamanında devreye sokar. Hastanın yatış veya taburculuğu için doğru kararı verir. Yatacak hastaları doğru bakım seviyesine yönlendirir.

Seviye 4	Acil servisteki hastalar için daha sonraki tanısal veya terapötik müdahaleleri de içeren yeterli yatış veya taburculuk planları geliştirir. Hastanın veya bakıcılarının taburculuk planını verimli bir şekilde uygulamasını sağlar.
Seviye 5	Güvenli hasta taburculuğunu güçlendirecek ve kaynak kullanımını en etkin hale getirecek kurumsal çözümler için çalışır.

6. Sistem temelli pratik 2 – Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri ve kurumlar arası hasta nakli: Hastane öncesi bakıma direkt hasta bakımı, uzaktan tıbbi destek veya organizasyon seviyesinde aktif olarak katılır, hastane öncesi sağlık hizmeti sunucuları veya kurumlar arası nakil ekibi ile arasındaki bilgi aktarımının hasta bakımını en uygun hale getirecek şekilde doğru ve detaylı olmasını sağlar.

Seviye 0	
Seviye 1	Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin genel organizasyon yapısını, kapsamını ve acil servisle olan ilişkisini bilir.
Seviye 2	Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve kurumlar arası hasta nakil işlemleri ile ilişkili standart uygulama ve belgeleri yerine getirir. Kendi kurumunun kaynak ve protokollerine uygun olarak hasta transferi gerektiren durumları tanıır.
Seviye 3	Farklı seviyelerde hastane öncesi sağlık hizmeti sunucularına gerekli tıbbi talimatları sağlayabilir. Hastaneye ulaşımın zaman alacağı durumlarda uzaktan tıbbi destek sağlar. Hasta transferi ile ilişkili ilkeleri uygular.
Seviye 4	Gerektiği zaman hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve kurumlar arası hasta nakil işlemleri sırasında standart Acil Tıp uzmanı tecrübesine ihtiyaç duyulan durumlarda tıbbi talimatları sağlar. Transfer öncesi gerekli bakımı ve belgeleri eksiksiz şekilde yerine getirir.
Seviye 5	Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve kurumlar arası hasta nakil işlemleri ile ilgili protokol ve belgeleri üretir.

7. Sistem temelli pratik 3 – Afet ve kitlesel olay yönetimi: Afet ve kitlesel olaylarda hazırlık, triaj, hasar kontrolü, afet yanıtı ve iyileştirme safhalarında ekip üyesi veya lider rolünü etkin bir şekilde üstlenebilir.

Seviye 0	
Seviye 1	Afet yönetimindeki genel terminolojiyi ve afet yönetiminde sağlık çalışanlarının yerini bilir.
Seviye 2	Çoklu hasta yönetimi, triaj, kimyasal ve biyolojik maruziyet ve kaynak yönetimi gerektiren kitlesel olay ve afet tatbikatlarına katılır. Lokal afet planlarındaki görev ve sorumlulukları bilir. Tehlikeli maddelerle teması olan kurbanları dekontamine eder.
Seviye 3	Var olan protokolleri kullanarak kitlesel yaralanmaların müdahalesinde görev alır. Afet durumunda yerel ve ulusal otoriteleri uygun şekilde bilgilendirir ve kaynakları aktive eder.
Seviye 4	Hastane ölçeğinde afet yanıtını, toplu yaralanmaları ve hastanenin boşaltılmasını gereken durumları yönetir. Acil durum nedeniyle personel sayısındaki azalmayı değerlendirir ve hizmetin devamlılığını sağlayacak şekilde planlar üretir.
Seviye 5	Acil servis için afet yanıt planı geliştirir ve değerlendirir. Lokal veya bölgesel ölçekte afet yanıtı yönetimine katılır.

8. Sistem temelli pratik 4 – Kaynak yönetimi: Sağlık sisteminin genel yapısını anlar, etkin ve güvenli sağlık hizmeti sunumunu geliştirmek için kaynakları verimli kullanır ve bunun için stratejiler geliştirir.

Seviye 0	
Seviye 1	Acil servis çalışanlarının görevlerini tanımlayabilir. Sağlık sisteminin genel yapısını, temel öge ve kaynaklarını bilir.
Seviye 2	Kendi kurumunun kaynaklarını uygun şekilde yönlendirmeyi bilir. Hasta memnuniyetini arttıran girişimlere katılır. Sağlık sistemine ulaşmada dezavantajlı grupları tanır.
Seviye 3	Optimal işleyiş için sistemdeki tüm imkânları etkin bir şekilde kullanabilir. Bedel etkin çalışır. Dezavantajlı grupların sağlık hizmetine ulaşması için sistem dâhilinde kaynakları organize eder.
Seviye 4	Hasta akışını arttıran ve hasta döngü süresini kısaltan süreçlere katılır. Sisteme ulaşımı kolaylaştıran öneriler sunar. Komplike durumlara sistem kaynaklarını koordine ederek çözümler sunar.
Seviye 5	Kurumun kaynaklarından, kılavuzlardan ve güncel en iyi pratiklerden kurumsal protokoller oluşturur. Dâhili ve harici işleyiş sorunlarına kurumsal çözümler üretir. Sistemin çeşitli paydaşlarının birbirinden farklı ihtiyaçlarını karşılayacak çözümler üretir.

9. Sistem temelli pratik 5 – Teknoloji kullanımı: Teknolojiyi hasta bakımını, bilgi depolamayı, iletişimi ve karar verme mekanizmalarını kolaylaştıracak şekilde etkin, güvenli ve etik bir şekilde kullanır.

Seviye 0	
Seviye 1	Elektronik sağlık kayıtlarını test veya ilaç tedavisi planlamak, notları kaydetmek için kullanabilir. Hastaların ilaç kayıtlarını gözden geçirebilir.
Seviye 2	Karışıklık ve hataya yer bırakmayacak şekilde tıbbi kayıtların tam olduğundan emin olur. Teknolojiyi hasta kayıtları, iletişimi, öğrenmeyi geliştirecek şekilde etkin fakat etik şekilde uygular.
Seviye 3	Hasta bakımı ve kayıta bilgisayar sistemlerinin olası açıklarını ve bilgisayarlı sistemlere aşırı bağlı olmanın risklerini anlar.
Seviye 4	Çalıştığı kurumun (varsa) karar destekleme sistemlerini hasta bakımını geliştirmek için kullanır.
Seviye 5	Sağlık sunumunda bilgisayarlı sistemlerin uygulanması için öneriler sunar.

10. Kanıta dayalı pratik ve hayat boyu öğrenme: Meslek yaşantısında kanıta dayalı uygulamaları dikkate alır, bilgiyi sorgular ve sürekli öğrenme davranışı sergiler, klinikte benzerlik ve farklılıkları gözlemler, çalışmalar tasarlayarak tecrübelerini bilim dünyası ile paylaşır.

Seviye 0	
Seviye 1	Kanıta dayalı tıbbın temel prensiplerini tanımlar.
Seviye 2	Karşılaştığı problemleri çözmede kanıta dayalı tıbbi kullanmayı alışkanlık haline getirir. Hasta sonuçlarını takip eder.
Seviye 3	Sürekli gelişim için öz değerlendirme yapar ve öğrenme planlarını uygular. Verilen geribildirim ve değerlendirmeleri gelişimini destekleyecek şekilde değerlendirir. Bilimsel literatürü değerlendirebilir ve performansını geliştirmek için kanıta dayalı tıp uygular.
Seviye 4	Performans geliştirici metotları uygular. Kanıta dayalı tıp ile bilgiye ulaşır, kanıta dayalı pratik ustalığı gösterir. Acil tıp pratiğini optimize etmek için süreç gelişimi planlarına katılır.
Seviye 5	Bağımsız olarak kanıta dayalı tıp ve bilgi yönetimi teknikleri öğretir.

11. İletişim becerileri: Sağlık sisteminin tüm paydaşları ile mesleki etik ve prensipler çerçevesinde ilişkiler kurar, bilginin etkin paylaşımını ve iş birliğini sağlayan iletişim kurar.

Seviye 0	
Seviye 1	Hastalar, hasta yakınları ve çalışma arkadaşları ile samimi iş ilişkileri kurar ve empati gösterir. Verimli şekilde dinlemeyi bilir.
Seviye 2	Hastaların sağlık hizmeti arama nedenlerini ve acil servisten beklentilerini araştırır. Hasta, hastaya yakınları ve sağlık çalışanları arasındaki minör anlaşmazlıkları yönetir.
Seviye 3	Acil serviste sağlık hizmeti alanların beklentilerini yönetir ve potansiyel stres, çatışma, yanlış anlaşılma kaynaklarını en aza indirecek iletişim yöntemlerini kullanır. Dezavantajlı ve hassas gruplardan kişiler ve yakınları ile verimli iletişim kurar.
Seviye 4	Zor klinik ve yönetsel durumları yönetsel için esnek iletişim becerilerini kullanır.
Seviye 5	İletişim ve çatışma yönetimi yeteneklerini öğretir. İletişim eksiklikleri yaşayan meslektaşlarını denetler ve danışmanlık sağlar.

12. Takım yönetimi ve liderlik: Takım hiyerarşisinin her seviyesinde takımın amacına uygun olarak uyumlu, üretken ve sorumluluk sahibi davranışlar sergiler, interprofesyonel takımları oluşturur, koordine eder ve kaynak kullanımını optimize ederek etkin bir şekilde yönetir.

Seviye 0	
Seviye 1	Sağlık hizmeti takımına bir üye olarak katılır.
Seviye 2	Ekibindeki Acil Tıp uzmanları ve diğer sağlık çalışanları ile uygun şekilde iletişim kurar.
Seviye 3	Diğer branşlardan meslektaşları ve yardımcı personel ile uygun iş ilişkileri kurar. Hasta bakımının el değiştirdiği kilit noktalarda dikkatli ve verimli iletişim kurulduğundan emin olur. Tüm takım üyeleriyle net ve saygılı bir iletişim kurar.
Seviye 4	İdeal takım performansına ulaşmak için gerekli değişiklikleri önerir. Takım içinde çıkabilecek sorunları esnek iletişim yöntemleri ile çözer. Hastane dışından ve sağlık çalışanı olmayan meslek grupları ile uygun iletişim kurar.

Seviye 5	Sağlık hizmeti sunumu veya diğer görevlerini ilgilendiren toplantılarda farklı bölümlerden katılımcıların olduğu gruplara katılır ve grupları yönetir. Hasta bakımı için ekipler oluşturur ve onların performansını takip eder. Mesleki organizasyonlarda liderlik fırsatları arar.
-----------------	---

13. Profesyonellik 1 – Mesleki duruş: Hekimlik mesleğinin temelini oluşturan etik ve mesleki ilkeleri anlar ve uygular.

Seviye 0	
Seviye 1	Farklı arka planlardan hasta ve hasta yakınlarıyla, meslektaşlarıyla, sağlık çalışanı olan veya olmayan ekip arkadaşlarıyla olan iş ilişkilerinde dürüstlüğü, içten ilgiyi, hoşgörüyü, yardımseverliği hissettirir. Güvenli hasta bakımının gerekliliğini tanır.
Seviye 2	Merhamet, bütünlük duygusu, saygı, duyarlılık ve hesap verebilirliğin önemini anlar ve çeşitli grupları ilgilendiren, sık görülen komplike olmayan durumlarda tutarlı bir şekilde bu tutumları gösterir. Tüm bireylerin sağlık haklarını savunur. Dezavantajlı grupları ve sağlık sistemi ile aralarındaki bariyerleri tanır.
Seviye 3	Kişisel inanç ve değerlerinin tıbbi bakımına etkisini fark eder, iş ilişkilerini ve tıbbi bakımını en iyi hale getirebilmek için sürekli olarak kendi inanç ve değerlerini yönetir. Hastanın kararları veya değerleri yaygın uygulamalar ile çeliştiğinde alternatif bakım planları geliştirir.
Seviye 4	Bakımı, potansiyel bariyerleri ve stratejileri değerlendirir, tüm durumlarda hastanın iyiliğini ön plana alacak girişimleri istikrarlı ve uygun bir yaklaşım geliştirir ve uygular. Komplike ve zor klinik durumlarda etik sorunları etkin bir şekilde analiz eder ve yönetir.
Seviye 5	Mesleki ve biyoetik ilkeleri güncel tutmak, korumak ve sürdürmek için ulusal ve kurumsal stratejiler geliştirir.

14. Profesyonellik 2 – Sorumluluk: Kendisine, hastalarına, topluma ve mesleğine karşı olan sorumluluklarını yerine getirir.

Seviye 0	
Seviye 1	Temel (hekimlik mesleğine özgü olmayan) mesleki sorumlulukları sergiler. (görevlerini zamanında yapma, uygun giyinme ve kişisel bakım, ise dinlenmiş ve hazır gelme) Hasta mahremiyetini korur. Sosyal medyayı etik ve sorumlu bir şekilde kullanır. Hekimlik mesleği ile ilişkili temel sorumluluklarına sadık kalır. (Konferans katılımı, yapılan işlemlerin raporlanması ve hasta kartlarının doldurulması)
Seviye 2	Öz-iyilik halinin temel prensiplerini tanımlar. Kendi bilgi ve becerisinin sınırlarını ve yardım istemeyi bilir. Yorgunluğu tanımayı, tıbbi hatalara ve kazalara neden olmadan yorgunluğu yönetmesini sağlayacak stratejileri bilir.
Seviye 3	Nadir görünen veya komplike olan durumlarda, kendisinin bilgi ve becerisinin kısıtlılıklarını tutarlı bir şekilde tanımlar, en uygun çözümleri geliştirir ve uygun mekanizmaları devreye sokarak bu planı uygular. Kendi mesleği veya kurumu ile ilgili uygunsuz tanıtım veya pazarlamaların zararını anlar ve bundan kaçınır.
Seviye 4	Kendisinin veya bir meslektaşının yaşadığı ve kişisel veya sağlıkla ilgili sorunları fark eder, etik değerler çerçevesinde ve mahremiyete dikkat ederek önlemler alır, iyileşmesine katkı sağlar. Tıbbi hataları, ulusal ve kurumsal ilkeler ve uygulamalar çerçevesinde, sorumluluk ile yönetir.
Seviye 5	Sağlık çalışanlarının profesyonellik anlayışını ve mesleki sorumluluklarını yönetmesini iyileştirecek kurumsal stratejiler geliştirir. Sağlık çalışanlarını ve eğitimcilerini mesleki sorumluluk, öz-iyilik hali, tükenmişlik sendromu ve kişisel problemlerinin uygun çözümleri konusunda eğitir.

EK 1. Kilometre taşlarının kullanımı

Seviye 0	Henüz seviye 1'e ulaşmamış
Seviye 1	Tıpta uzmanlık eğitimine yeni başlayan bir tıpta uzmanlık öğrencisinden/tıp fakültesi mezunundan beklenen yetileri sergiler.
Seviye 2	Tıpta uzmanlık öğrencisi, ek yetiler sergileyecek kadar gelişim gösterir fakat henüz orta seviyede değildir.
Seviye 3	Tıpta uzmanlık öğrencisi, tıpta uzmanlık programında bu seviyede sergilemesi beklenen yetilerin <i>çoğunluğunu</i> sergileyecek kadar gelişim gösterir.
Seviye 4*	Tıpta uzmanlık öğrencisi, tıpta uzmanlık programında bu seviyede sergilemesi beklenen yetilerin <i>tamamına yakını</i> sergileyecek kadar gelişim gösterir.
Seviye 5**	Tıpta uzmanlık öğrencisi, tıpta uzmanlık programı için hedeflenenin ötesinde, <i>tecrübeli bir Acil Tıp uzmanına yakışacak performansı</i> sergiler.

* Bu seviye tıpta mezuniyet hedeflerini yansıtabacak şekilde tasarlanmıştır, bununla birlikte her bir yetkinlikte bu seviyeye ulaşmak mezuniyet için bir gereksinim değildir. Program yöneticileri tıpta uzmanlık öğrencilerinin kazanımlarını bir bütün olarak değerlendirerek bu kararı vermelidir.

** Sadece az sayıda, olağanüstü tıpta uzmanlık öğrencilerinin bu yetkinlik alanında bu seviyeye ulaşması beklenir.

EK 2. Hasta önceliği ile ilgili tanımlar

Kritik	Hasta eğer solunumsal, hemodinamik ve nörolojik anstabl durumların önlenmesi için hemen tedavi başlanmazsa yüksek mortalite ve morbidite ihtimali olan yaşam, organ, uzuv tehdit edici hastalık ve yaralanmaların yakınmaları ile başvurur.
Acil	Hasta eğer tedavi hızlıca başlanmazsa yüksek morbidite riski taşıyacak şekilde ağırlaşabilecek veya komplikasyona neden olabilecek hastalık ve yaralanmaların yakınmaları ile başvurur.
Düşük Öncelikli	Hasta daha ciddi hastalıklara veya komplikasyonlara ilerleme olasılığı düşük hastalık ve yaralanmaların yakınmaları ile başvurur.

C. Acil Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Konu Başlıkları

Acil Tıbbın temel prensipleri ve sağlık sistemi içindeki özgün konumu, Acil Tıp uzmanının, başvuru yakınması, bulguları ve hastalığın ağırlığı anlamında çok geniş bir spektrumdaki hastaların risk sınıflamasını yapabilmesini gerektirir. Hastalar acil servise ayrılmamış şikâyetlerle başvurduğu ve aynı şikâyetle başvurularda bile her hastanın kişisel özellikleri, sağlık özgeçmişi ve sosyal destek durumu hastanın özgün riskini belirleyeceğinden, Acil Tıp uzmanı, açıkça kritik olan veya hastaya özgü faktörler nedeniyle aciliyet arz eden çok geniş bir ayırıcı tanı listesini ayırt edebilmek ve öncelikli olanları belirleyebilmek zorundadır. Aynı zamanda başvuru şikâyetinden tanıya ulaşmak veya risk sınıflaması yapmak için gerekli olan klinik akıl yürütme ve yönetim süreçlerini çok iyi bilmeli ve uygulamalıdır. Bu gerçekler göz önünde bulundurularak, bilgi ve beceri eğitimlerinin konu başlıkları belirlenirken, aşağıdaki hastalık grupları dikkate alınmıştır:

- Hayat, organ veya ekstremitayı tehdit ve acil girişim gerektiren akut hastalık ve yaralanmalar
- Düşük öncelikli veya ayaktan tedavi edilebilecek olmakla beraber acil serviste sık tanı alan akut hastalık ve yaralanmalar
- Çoğunlukla ılımlı seyreden kronik hastalıkların, hayati tehlike oluşturan akut komplikasyonları ve alevlenmeleri
- AS'de müdahalesi nadiren gereken fakat ayırıcı tanılara giren kronik hastalıklar veya dışlama tanıları.

Dikkat edilmelidir ki listedeki bilgi veya becerilerin hastada uygulanması endikasyonlara bağlıdır. Başka bir deyişle, hekimin gerekli bilgi ve beceriye sahip olsa da bir tanısal veya terapötik uygulamanın acil serviste yapılması gerekliliği, klinik durum ve hastaya ait hastalığı modifiye eden faktörlere göre şekillenir. *Her başvuruda, listede adı geçen her hastalık tanı almayabileceği gibi, tedavi girişimlerinin her zaman aciliyet arz etmeyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.*

C.1. Bilgi eğitimi konu başlıkları

C.1.1. Başvuru yakınması ve vital bulgu temelli yaklaşım:

Klasik tıp eğitimi hastalığın adından başlayarak belli bir hastalık ile ilgili hasta profili, yakınma, bulgu, tanı ve tedavi yöntemlerini öğretmeyi içerir. Buna kıyasla Acil Tıp pratiğinde klinik akıl yürütme hastanın yakınmasından başlar, odaklanmış hikaye ve fizik muayene sonrasında ortaya çıkan ayırıcı tanılar bütünü için erken prognostik çıkarımlar yapmayı ve buna göre uygun tanı ve tedavi yöntemlerini

öncelemeyi gerektirir. Hatta kritik durumlarda, stabilize edici tedavi süreçleri, tanısal süreçlerle eşzamanlı veya onlardan öncelikli olabilir. Bu, Acil Tıpta uzmanlık eğitimine yeni başlamış bir öğrenci için, görece belirsizliklerin yoğun olduğu ve alışığının dışında bir düşünme şeklidir. Bu nedenle Acil Tıp alanında eğitim almaya ve acil serviste hasta bakımına başlayan tıpta uzmanlık öğrencilerine başvuru yakınması ve vital bulgu temelli yaklaşımları öğretmek esastır.

Eğitimi bu şekilde organize etmenin öncelikli amacı, Acil Tıp'a özgü düşünme şeklini ve klinik akıl yürütme süreçlerini uzmanlık öğrencisine kazandırmaktır. Bununla beraber, her bir yakınma için kanıta dayalı klinik algoritmaların öğretilmesi önemli bir diğer amaçtır. Bu düşünce sisteminin uygun ve doğru bir şekilde oluşturulabilmesi için başvuru yakınması ve vital bulgu temelli öğretime uzmanlık eğitiminin erken safhasında başlanması önerilir. Temel düşünce sistemi oluştuktan sonra, her bir eğitim aktivitesi ve öğrencinin klinik tecrübesi birbiri üzerine eklenilerek bilgi birikiminin artmasına yardımcı olacaktır. Sonuçta, tüm yaş aralıklarını ve özel hasta gruplarını da kapsayacak şekilde, her bir yakınma ile başvuran komplike hastaların yönetimini, değişen literatür, imkanlar, yasal, sosyal ve hastaya özgü ihtiyaçlara göre uyarlama yeteneğinin kazanımı, uzmanlık eğitimi boyunca devam eden ve ötesine taşan bir deneyim olacaktır. Bu nedenle bilgi eğitimin başvuru yakınması ve vital bulgu temelli yaklaşımları bölümü için hedef süreler önerilmemiştir.

- Başvuru yakınması temelli yaklaşım/hasta yönetimi
 - Ani ölüme yaklaşım
 - Anksiyete/ajitasyon/saldırganlık ile başvuran hastaya yaklaşım
 - Baş dönmesine yaklaşım
 - Baş ağrısına yaklaşım
 - Bayılma/bayılayazma ile başvuran hastanın yönetimi
 - Bel ağrısına yaklaşım
 - Boğaz ağrısına yaklaşım
 - Boyun ağrısına yaklaşım
 - Bulantı-kusma ile başvuran hastanın yönetimi
 - Burun kanaması ile başvuran hastanın yönetimi
 - Burun tıkanıklığı/akıntısı ile başvuran hastanın yönetimi
 - Çarpıntı ile başvuran hastanın yönetimi
 - Ekstremitte ve eklem ağrısına yaklaşım
 - Ekstremitede güç/his kaybı veya azalması ile başvuran hastaya yaklaşım
 - Fazla miktarda ilaç/madde alımı ile başvuran hastanın yönetimi

- Göğüs ağrısına yaklaşım
- Görsel bozukluklar ile başvuran hastaların yönetimi
- Göz ağrısına yaklaşım
- Halsizlik/yorgunluk/güçsüzlük ile başvuran hastanın yönetimi
- Ağızdan kan gelmesi nedeniyle başvuran hastanın yönetimi
- Geçmeyen hıçkırık nedeniyle başvuran hastanın yönetimi
- Huysuzluk/ağlama nöbetleri ile başvuran hastaya yaklaşım
- İdrar çıkışında azalma/idrar yapamama/idrar yaparken zorlanma ile başvuran hastanın yönetimi
- İdrarla kan gelmesi ile başvuran hastanın yönetimi
- İshal ile başvuran hastanın yönetimi
- İşitsel bozukluklar ile başvuran hastanın yönetimi
- Kabızlık ile başvuran hastanın yönetimi
- Karın ağrısına yaklaşım
- Karında şişlik/asit ile başvuran hastanın yönetimi
- Kaşıntı, kızarıklık veya döküntü ile başvuran hastaya yaklaşım
- Kızarıklık/döküntü ile başvuran hastanın yönetimi
- Kulak ağrısına yaklaşım
- Mental durum değişikliğine yaklaşım
- Oral alım bozukluğu ile başvuran hastanın yönetimi
- Kulak ağrısı ile başvuran hastanın yönetimi
- Öksürük/kanlı öksürük ile başvuran hastanın yönetimi
- Pelvik ağrıya yaklaşım
- Makattan kanama ile başvuran hastanın yönetimi
- Sarılık ile başvuran hastanın yönetimi
- Sırt ağrısına yaklaşım
- Vücutta morarma/siyanoz ile başvuran hastanın yönetimi
- Solunum güçlüğü/hırıltılı solunum ile başvuran hastanın yönetimi
- Üşüme/titreme ile başvuran hastaya yaklaşım
- Vajinal akıntı/kanama ile başvuran hastanın yönetimi
- Uzun vadede, ciltte ve eklemlerde şişlik ile başvuran hastanın yönetimi
- Vücuttaki mekanik ve kalıcı cihazların işlev bozuklukları ile başvuran hastanın yönetimi
- Yan ağrısına yaklaşım
- Zehirli gazlara veya maddelere maruz kalan hastanın yönetimi

- Vital bulgu temelli yaklaşım
 - Taşikardi yönetimi
 - Bradikardi yönetimi
 - Bradipne/apne yönetimi
 - Takipne yönetimi
 - Hipoksi yönetimi
 - Hipotansiyon yönetimi
 - Hipertansiyon yönetimi
 - Hipotermi yönetimi
 - Hipertermi yönetimi

C.1.2. Spesifik hastalık ve konu başlıkları:

AS, hastaların öngörülemeyen tıbbi hizmet ihtiyacını karşılayan birimdir. Bu nedenle Acil Tıp uzmanı;

- (1) Hayat, organ ve ekstremiteler tehdit edici akut hastalık, yaralanma ve zehirlenmelerin tanı, yönetim ve tedavisi,
 - (2) Kronik hastalıkların alevlenme ve akut komplikasyonlarının tanı, yönetim ve tedavisi,
 - (3) Acil girişim gerektirmediği halde acil serviste sık tanı alan hastalıkların yönetimi,
 - (4) Sık yapılan tanısal/terapötik girişimlerin ve ameliyatların komplikasyonlarının tanı ve yönetimi,
 - (5) Sık kullanılan ilaç ve tedavilerin yan etkileri ve komplikasyonları,
 - (6) Vücuttaki kalıcı enstrümanların oluşturabileceği akut komplikasyonlar,
 - (7) Sağlık hizmeti ile ilişkili olası adli süreçler ile ilgili bilgi sahibi olmalıdır.
- Bu hastalıkların bazılarının tedavisi elektif şartlarda yapılacak olsa da hekim tarafından detaylı bilinmesi, ayırıcı tanı süreci ve hasta yönetimi için önemlidir.

Ayrıca, hekim, nihai tanının acil serviste ulaşılamayacağı durumlarda olası ayırıcı tanıları üzerinden risk tahmini yapabilmelidir. Bu nedenle, Acil Tıpta uzmanlık eğitiminin konu başlıkları geniş bir yelpazeyi kapsar.

Uzmanlık eğitiminde spesifik hastalık ve konuların öğrenilmesi her bir öğrenci ve her bir konu için değişen hızda gerçekleşir. Her tıpta uzmanlık öğrencisi, teorik olarak öğrendiği konuları uygulama şansı buldukça, kendi bilgi birikimini inşa eder. Dolayısıyla öğrencinin öğrenme süreci, konuların programdaki sıralamasıyla doğrudan ilintili olmayabilir. *Bu nedenle eğitimin bu bölümü için hedef süreler önerilme-*

miştir. Bununla birlikte, kurumların özelinde sık görülen tanılarını öncelemesi hekim ve hasta güvenliği açısından iyi bir seçenek olabilir. Bundan daha önemlisi, her bir öğrenciye uygun düzeyde süpervizyon ve destek sağlanmasıdır. Acil Tıpta uzmanlık eğitiminin, teorik ve klinik olarak yapılandırılmış bir oryantasyon programı ile başlamalıdır. Klinik ve yatak başı eğitim, uzmanlık eğitimi boyunca yapılandırılmalı ve her tıpta uzmanlık öğrencisi için özelleştirilmelidir. *Başlangıçta direkt süpervizyon ve yoğun destek sağlanırken, süreçte süpervizyon ve destek seviyesi tedrici olarak azaltılmalı, uzmanlık eğitiminin sonunda ise uzmanlık öğrencisinin bağımsız pratik yapmasına olanak verir hale gelmelidir.* Objektif ve yapılandırılmış testlerle, gerçek klinik ortamdaki performansın yeterliliği tutarlı olarak gösterildiğinde süpervizyon ve destek seviyesi kademeli şekilde azaltılabilir.

- Abdominal ve gastrointestinal aciller
 - Abdominal kompartman sendromu
 - Abdominal ve inguinal herniler
 - Akut apandisit
 - Aortaenterik fistüller
 - Asplenizm/splenomegali
 - Batın içi abseler
 - Biliyer hastalıklar ve pankreatitler
 - Divertikülitler
 - Enfeksiyöz bağırsak hastalıkları
 - Gastrointestinal kanamalar
 - Gastrointestinal reflü
 - Gastrojejunostomi bakımı ve komplikasyonları
 - Hepatitler
 - İçi boş organ perforasyonları
 - İnflamatuar bağırsak hastalıkları
 - İrritable bağırsak hastalığı
 - İskemik bağırsak hastalıkları
 - İskemik solid organ
 - Kolostomi bakımı ve komplikasyonları
 - Kostik madde alımı
 - Malabsorpsiyon sendromları
 - Mekanik ve fonksiyonel bağırsak obstrüksiyonları
 - Özefajitler
 - Peptik ülser ve gastritler

ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

- Sık abdominal cerrahilerin komplikasyonları
- Siroz ve komplikasyonları
- Spontan bakteriyel peritonit
- Tümörler
- Yabancı Cisimler
- Obstetrik ve jinekolojik aciller
 - Anormal uterin kanamalar
 - Antepartum kanamalar
 - Bartolin kisti
 - Doğum sırasında ve doğum sonrası komplikasyonlar
 - Düşükler
 - Ektopik gebelik
 - Endometriyozis
 - Gebelikte enfeksiyonlar
 - Gestasyonel diyabet
 - Gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi ve eklampsi
 - HELLP sendromu
 - Hiperemezis gravidarum
 - İlk trimester kanamaları
 - Kontrasepsiyon
 - Normal doğum eylemi
 - Normal Gebelik ve Yüksek riskli gebelikler
 - Ovaryan kist rüptürü
 - Ovaryan torsiyon
 - Pelvik inflamatuvar hastalık
 - Rh immünizasyon
 - Servisit ve üretrit
 - Tuboovarian abse
 - Tümörler
 - Uterin prolaps
 - Vulvanın kutanöz lezyonları
 - Vulvovajinitler
 - Yabancı cisimler
- Renal ve urogenital aciller
 - Akut ve kronik böbrek yetmezliği
 - Benign prostat hipertrofisi

- Diyaliz endikasyonları ve komplikasyonları
- Erkek genital trakt enfeksiyonları
- Fornier Gangreni
- Glomerulonefritler ve nefrotik sendrom
- Hemolitik üremik sendrom
- İdrar yolu enfeksiyonları ve asemptomatik bakteriüri
- Nefrolitiazis ve obstruktif üropati
- Parafimozis/fimozis
- Polikistik böbrek hastalığı
- Priapizm
- Testiküler torsiyon
- Tümörler
- Yabancı cisimler
- Kardiyovasküler aciller
 - Akut koroner sendromlar ve komplikasyonları
 - Arteriyel trombozlar
 - Arteriyel anevrizmalar
 - Arteriyel diseksiyonlar
 - Disritmiler
 - Hipertansiyon ve hipertansif aciller
 - İskemik kalp hastalığı
 - Kalp kapak hastalıkları
 - Kalp yetmezlikleri
 - Kardiyomiyopatiler
 - Kardiyopulmoner arrest
 - Kardiyovasküler implantlar (pacemaker/ICD/LVAD) ile ilişkili aciller
 - Konjenital kalp hastalıkları
 - Perikardiyal efüzyon ve tamponad
 - Perikardit ve miyokarditler
 - Senkop
 - Şok
 - Tümörler
 - Venöz trombozlar
- Torasik ve solunumsal aciller
 - Akut respiratuar distres sendromu
 - Ev tipi mekanik ventilasyon akut komplikasyonları

- Kostokondiritler
- Obstrüktif/Restriktif hava yolu hastalıkları
- Plevral efüzyon ve ampiyem
- Plörit ve mediastinitler
- Pnömokonyozlar ve kimyasal iritan inhalasyonları
- Pnömotoraks ve pnömomediastinum
- Pulmoner emboli ve enfarkt
- Pulmoner enfeksiyonlar
- Pulmoner hipertansiyon
- Tümörler
- Üst hava yolları enfeksiyonları
- Yabancı cisimler
- Nörolojik aciller
 - Deliryum
 - Demans sendromları
 - Demiyelinizan hastalıklar
 - Epileptik ve nonepileptik nöbet bozuklukları
 - Geçici serebral iskemiler
 - Guillain-Barre sendromu
 - Hareket bozuklukları
 - Hidrosefali ve normal basınçlı hidrosefali
 - İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon
 - İnmeler
 - Kranial sinir bozuklukları
 - Myastenia gravis
 - Nontravmatik intrakranial kanamalar
 - Periferik nöropatiler
 - Posterior Reversibl Ensefalopati Sendromu
 - Primer baş ağrısı sendromları
 - Santral ve periferik sinir sistemi enfeksiyon ve enflamasyonları
 - Serebral venöz sinüs trombozu
 - Spinal kord basısı
 - Tümörler
 - Ventriküloperitoneal şantlar ve cerrahi komplikasyonları
- Endokrin metabolik ve nutrisyonel aciller
 - Adrenal hastalıklar

- Asid baz dengesi bozuklukları
- Diyabetes mellitus ve komplikasyonları
- Endokrin bezlerin tümörleri
- Malnutrisyon ve vitamin eksiklikleri
- Panhipopituitarizm
- Paratiroid hastalıkları
- Sıvı ve elektrolit bozuklukları
- Tiroid hastalıkları ve komplikasyonları
- Wernicke-Korsakoff Sendromu
- Psikiyatrik ve davranışsal aciller
 - Cinsel saldırılar
 - Duygudurum bozuklukları ve suicidal risk belirlenmesi
 - Düşünce bozuklukları ve sekonder psikozlar
 - İnsan uyuşturucu taşıyıcıları
 - Kaygı bozuklukları
 - Kişilik bozuklukları
 - Madde kullanım bozuklukları ve çekilme sendromları
 - Organik psikozlar
 - Psikosomatik bozukluklar
 - Şiddet ve homisidal risk
 - Yapay bozukluklar
- Baş boyun acilleri
 - Endoftalmiler
 - Epiglottit
 - Epistatiksiz
 - Farenjit ve tonsillit
 - Glokom
 - Göz kapağı ve lakrimal bezlerin hastalıkları
 - Hifema
 - İrit ve hipopiyon
 - Konjontivit ve keratitler
 - Korneal abrazyonlar ve göz yanıkları
 - Larenjit
 - Optik nörit
 - Oral kandidiazis
 - Otitler

- Papillödem
- Parotitler
- Periferik vertigo
- Peritonsiller ve retrofarengeal abseler
- Preseptal ve septal sellülit
- Temporomandibular eklem çıkığı
- Retina dekolmanı
- Retinal arter ve venöz oklüzyonlar
- Rinit ve Sinüzit
- Sialolitiazis
- Stomatiter
- Timpan zar perforasyonu
- Trakeit
- Trakeostomi komplikasyonları
- Tümörler
- Yabancı cisimler
- Hematolojik aciller
 - Anemiler ve polisitemiler
 - Dissemine intravasküler koagülopati
 - Kan transfüzyonu ve komplikasyonları
 - Koagülasyon defektleri
 - Lenfomalar
 - Lösemi ve lökopeniler
 - Methemoglobinemi
 - Multipl myeloma
 - Onkolojik aciller
 - Pansitopeni
 - Trombosit bozuklukları
- Immun sistem acilleri
 - Alerjik reaksiyonlar ve anafilaksi
 - Anjioödem
 - İmmüsupresyon ve nötropenik ateş
 - Kollajen vasküler hastalıklar
 - Organ doku reddi
- Sistemik enfeksiyöz aciller
 - Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV

- Enfeksiyöz mononükleozis
- Fungal enfeksiyonlar
- Gangren ve gazlı gangrenler
- Gıda kaynaklı enfeksiyonlar ve botulizm
- Influenza/Parainfluenza
- Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
- Kuduz
- Lyme hastalığı
- Meningokok menenjit
- Paraziter enfeksiyonlar
- Sepsis ve septik şok
- Tetanoz
- Tüberküloz enfeksiyonları
- Yaygın görülen diğer bakteriyel enfeksiyonlar
- Yaygın görülen diğer viral enfeksiyonlar
- Zona zoster
- Travma dışı muskuloskeletal aciller
 - Artritler
 - Aseptik nekroz
 - Atipik kırıklar
 - Bursit ve tendinopatiler
 - Fasiitler
 - İnflamatuvar spondilopatiler
 - Miyozitler
 - Osteomyelitler
 - Rabdomyoliz
 - Tenosinovitler
 - Tuzak nöropatiler
- Toksikolojik aciller
 - Ağır metal zehirlenmeleri
 - Alkol zehirlenmeleri
 - Analjezik zehirlenmeleri
 - Antidepresan zehirlenmeleri
 - Antiemetik zehirlenmeleri
 - Antikoagulan ve antitrombotik zehirlenmeleri
 - Antikolinergik zehirlenmeleri

- Antikonvülzan zehirlenmeleri
- Antimikrobiyal zehirlenmeleri
- Antipsikotik zehirlenmeleri
- Deniz ürünlerine bağlı zehirlenmeler
- Herbisid, insektisid ve rodentisitler ile zehirlenmeler
- Hidrokarbon zehirlenmeleri
- İn hale irritan zehirlenmeleri
- İnsülin ve diğer hipoglisemik ilaçlar ile zehirlenmeler
- Karbonmonoksit zehirlenmesi
- Kardiyovasküler ilaçlar zehirlenmeleri
- Kolinerjik zehirlenmeleri
- Kostik madde zehirlenmeleri
- Lityum zehirlenmesi
- Lokal anestezi zehirlenmeleri
- Mantar ve zehirli bitki zehirlenmeleri
- Methemoglobinemi
- Nutrisyonel katkı maddelerine bağlı zehirlenmeler
- Rekreatif maddeler ile zehirlenmeler
- Sedatif/Hipnotik zehirlenmeleri
- Siyanür zehirlenmeleri
- Stimulan/semptomimetik zehirlenmeleri
- Çevresel aciller
 - Suda boğulma
 - Disbarizm ve dekompresyon sendromu
 - Elektrik ve yıldırım yaralanmaları
 - Hayvan ısırıkları, sokmaları ve ilgili zehirlenmeler
 - Radyasyon acilleri
 - Sıcak ve soğuk maruziyeti ile ilişkili hastalıklar
 - Batma/Suda kalma hastalıkları
 - Yanıklar
 - Yüksek irtifa hastalıkları
- Travma acilleri
 - Abdominal travma
 - Boyun travmaları
 - Ezilme yaralanmalar ve kompartman sendromu
 - Ekstremit travmaları ve amputasyonlar

- Fasyal travma ve kırıklar
- Gebelikte travmalar
- Kafa travmaları
- Kütanöz ve tırnak yaralanmaları
- Multipl travma
- Omurga travmaları
- Pediatrik yaş grubuna özel kırıklar
- Pelvik ve genitoüriner travmalar
- Suistimal ve ihmali tanınması
- Toraks travmaları
- Vasküler yaralanmalar
- Kütanöz aciller
 - Cilt enfeksiyonları ve absesi
 - Cilt kanserleri
 - Cilt ülserleri
 - Dermatitler
 - İlaç erüpsiyonları
 - Nekrotizan enfeksiyonlar
 - Paronişi
 - Purpuralar
 - Toksik epidermal nekrozis
 - Ürtikerler
- Etik ve Adli Konular
 - Biyoetik
 - Hasta gizliliği, mahremiyeti ve yasal sınırlar
 - İstismar ve ihmal
 - Kapasite, onam ve sağlık bakımının reddi
 - Organ bağıışı
 - Yasal sorumluluklar ve mevzuat
 - Yaşam sonu bakımı
- Hastane Öncesi Acil Bakım ve Afet Hazırlığı
 - Afet hazırlığı
 - Hastane öncesi Acil Tıp sistemleri
 - Kitlesel saldırı ve yaralanmaların yönetimi
 - Tıbbi hava taşımacılığı
- Özellikli hasta gruplarına özel yaklaşımlar

- Alkol/madde kötüye kullanımı ve madde arama davranışı
- Bulaşıcı hastalığı olan hastalar
- Farklı kültürlerden veya turist hastalar
- Fiziksel veya gelişimsel engelli hastalar
- Gebe hastalar
- Geriatrik hastalar
- İmmün yetmezlikli hastalar
- Lezbiyen, gay, biseksüel ve transseksüel hastalar
- Organ transplantlı hastalar
- Pediatrik hastalar
- Saldırgan veya zor hastalar
- Yaşam sonu bakımı ve palyatif bakım

C.2 Beceri eğitimi konu başlıkları

C.2.1. Girişimsel ve klinik beceriler:

Acil Tıp pratiğinde girişimsel ve tıbbi beceriler oldukça geniş yer tutar. Bir becerinin öğretilmesi, (eğer bu beceri için geçerli ise) bu becerinin;

- (1) Endikasyonları ve kontrendikasyonlarını,
- (2) Ekipmanını,
- (3) Anatomik işaret noktalarını,
- (4) Tekniğini,
- (5) Sonuçlarının değerlendirilmesini,
- (6) Komplikasyonları ve komplikasyonların yönetimini,
- (7) Dokümantasyonunu ve
- (8) Tıbbi karar verme sürecine etkisini öğretmeyi içerir.

Beceri eğitimleri (1) *farklı süpervizyon seviyeleri* altında (örn; direkt, hemen ulaşılabilir, kurumsal veya uzaktan), (2) *farklı destek seviyeleri* ile (örn; model gösterme, koçluk yapma, asiste etme) ve (3) *farklı gerçekçilikteki ortamlarda* (sınıf, simülasyon, gerçek acil servis) verilebilir. Fakat beceri eğitiminin sonlanım noktası, tıpta uzmanlık öğrencisinin bu **beceriye, gerçek klinik ortamda, bağımsız ve tutarlı bir şekilde doğru ve başarıyla uyguladığının objektif olarak gösterilmesidir.**

Tıpta uzmanlık öğrencisinin girişimsel veya klinik bir beceriyi gerçek klinik ortamda ve bağımsız olarak sergilemesi için önerilen zamanlama *erken, orta, ileri* evre olmak üzere üç basamakta gösterilmiştir. Bir beceriyi gerçek klinik ortamda ve bağımsız olarak uygulamadan önce, hasta ve hekim güvenliği için, (1) daha yakın süpervizyon altında, (2) daha yüksek destek seviyesi ile ve (3) simüle ortamlarda

eğitimler sağlanmalıdır. Dikkat edilmelidir ki bu evreler standart tarihler belirtmez; her tıpta uzmanlık öğrencisi ve beceri için hedefler özelleştirilmelidir. Tıpta uzmanlık öğrencisi öncelikle erken evredeki becerilerde ustalaşmalı, bir evredeki girişimleri tutarlı bir ustalıkla yapabilir olması, bir sonraki evreye geçiş için basamak oluşturmaktır. Becerilerin evrenlenmesinde (1) becerinin teknik zorluğu, (2) invazivlik seviyesi, (3) Acil Tıp pratiğinde kullanılma sıklığı, (4) kritik durumda hızla yapılma gerekliliği, (5) olası olumsuz sonuçların hayati önemi esas alınmıştır.

Temel beceriler			
	Erken	Orta	İleri
Odaklanmış öykü alma	X		
Odaklanmış fizik muayene	X		
Triaj	X		
Dokümantasyon	X		
Akılcı ilaç kullanımı	X		

Havayolu			
	Erken	Orta	İleri
Orofaringeal ve nazofaringeal airway yerleştirilmesi	X		
Hastanın balon maske valv ile solutulması	X		
Laringoskopi	X		
Supraglottik hava yolu araçlarının kullanımı	X		
Crush entübasyon ve hızlı ardışık entübasyon		X	
Cerrahi havayolu açılması			X
İnvaziv ve noninvaziv mekanik ventilasyon uygulamaları		X	
Ventilasyon monitörizasyonu ve kapnografi		X	
Weaning			X

Resüsitasyon			
	Erken	Orta	İleri
Temel yaşam desteği	X		
Yetişkin ileri kardiyak yaşam desteği		X	
Pediyatrik ileri yaşam desteği		X	

Vasküler yol girişimleri			
	Erken	Orta	İleri
Venöz kateterizasyon	X		
Santral venöz kateterizasyon		X	
Arterial kanülasyon		X	
Arter kan gazı alınması	X		
İntraosseöz kateterizasyon	X		

Anestezi ve akut ağrı yönetimi			
	Erken	Orta	İleri
Analjezi	X		
Lokal anestezi	X		
Bölgesel sinir blokları			X
Girişimsel sedasyon		X	

Kutanöz girişim ve beceriler			
	Erken	Orta	İleri
Yara bakımı	X		
Yara kapatma teknikleri	X		
Abse/hematom insizyon ve direnaji		X	
Eskarotomi			X
Subunkal hematoma boşaltılması ve tırnak trefinasyonu	X		

Abdominal ve gastrointestinal girişim ve beceriler			
	Erken	Orta	İleri
Dijital rektal muayene ve anoskopi	X		
Fekalit boşaltılması ve lavman uygulanması	X		
Tromboze hemoroidlerin eksizyonu		X	
Nazagastik ve orogastrik tüp yerleştirilmesi	X		
Özefagusa balon tamponad uygulanması			X
Gastrik lavaj		X	
Gastrostomi tüpü replasmanı	X		
Parasentez		X	
Herni redüksiyonu		X	

Kardiyovasküler - torasik girişim ve beceriler			
	Erken	Orta	İleri
Kardiyak monitorizasyon uygulanması	X		
EKG çekilmesi ve değerlendirilmesi	X		
Karotis masajı uygulanması	X		
Kardiyoversiyon ve defibrilasyon		X	
Kardiyak pacing		X	
Perikardiyosentez			X
Torasentez		X	
Torakostomi			X

Sistemik enfeksiyonlarda girişim ve beceriler			
	Erken	Orta	İleri
Kişisel korunma ekipman ve tekniklerinin kullanımı	X		
Genel önlemler ve maruziyet yönetimi	X		

Baş bölgesini ilgilendiren girişim ve beceriler			
	Erken	Orta	İleri
Epistaksis kontrolü	X		
Peritonsiller abse drenajı		X	
Lateral kantotomi			X
Göz içi basınç ölçümü ve tonometri	X		
Göz irrigasyonu	X		
Slit lamba muayenesi ve korneal yabancı cisim çıkarılması		X	
Diş stabilizasyonu	X		
Otoskopik muayene ve kulaktan yabancı cisim çıkarılması	X		
Anterior rinoskopi ve `burundan yabancı cisim çıkarılması	X		

Muskuloseletal girişim ve beceriler			
	Erken	Orta	İleri
Artrosentez		X	
Kompartman basıncı ölçümü		X	
Fraktür/dislokasyon immobilizasyon yöntemleri	X		
Fraktür/dislokasyon redüksiyon yöntemleri		X	
Spinal immobilizasyon yöntemleri	X		
Fasyotomi			X
Ampute parçanın bakımı ve korunması	X		

Nörolojik girişim ve beceriler			
	Erken	Orta	İleri
Lomber ponksiyon		X	
BOS basıncı ölçümü		X	

Obstetrik ve jinekolojik girişim ve beceriler			
	Erken	Orta	İleri
Spekulum ile vajinal muayene	X		
Doğum		X	
Yenidoğan bakımı		X	
Perimortem sezaryen			X
Cinsel saldırı muayenesi		X	

Psikiyatrik ve davranışsal girişim ve beceriler			
	Erken	Orta	İleri
Psikiyatrik tarama muayenesi	X		
Saldırgan hasta yönetimi ve kısıtlanması	X		

Renal ve ürogenital			
	Erken	Orta	İleri
Üretral kateter takılması	X		
Mesane irrigasyonu	X		
Suprapubik kateter takılması		X	
Testiküler detorsiyon			X
Sistoüretrografi	X		

Toksikolojik			
	Erken	Orta	İleri
Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer dekontaminasyon	X		

Tanısal Yatakbaşı Ultrasonografi			
	Erken	Orta	İleri
Travma USG	X		
Abdominal aort USG	X		
Acil kardiyak USG ve inferior vena cava değerlendirilmesi		X	
Üriner USG	X		

Biliyer USG	X		
Derin ven trombozu USG		X	
Barsak USG			X
1. Trimester gebelik USG		X	
Resüsitasyon ve şok hastasında USG		X	
Testiküler USG			X
Oküler USG			X
Yumuşak doku – muskuloskeletal USG			X
Akciğer USG			X

Girişimsel Ultrasonografi			
	Erken	Orta	İleri
Ultrason eşliğinde resüsitasyon takibi ve sonlandırılması		X	
Ultrason ile entübasyon tüpünün yerinin doğrulanması		X	
Ultrason eşliğinde periferik damar yolu açılması	X		
Ultrason eşliğinde santral katater takılması	X		
Ultrason eşliğinde parasentez	X		
Ultrason eşliğinde torasentez		X	
Ultrason eşliğinde perikardiyosentez			X
Ultrason eşliğinde lomber ponksiyon		X	
Ultrason eşliğinde mesane aspirasyonu		X	
Ultrason eşliğinde intraartiküler girişimler		X	
Ultrason eşliğinde subkutan yabancı cisim çıkarılması		X	
Ultrason eşliğinde bölgesel sinir blokları			X
Ultrason eşliğinde kalp pili yerleştirilmesi			X

Diğerleri			
	Erken	Orta	İleri
Oral, havayolundan, korneal, dış kulak yolundan, burundan, vajinal, rektal ve subkutan yabancı cisim çıkarılması	X		
Kanama kontrolü	X		
Afet yönetimi		X	
Adli muayene, adli materyallerin alınması, saklanması ve dokümantasyon		X	

C.2.2. Teknik Olmayan ve Akademik Beceriler:

Acil Tıp pratiğinde teknik olmayan beceriler önemli bir yer tutar. Hekimin mesleğini tatminkâr ve sürdürülebilir bir şekilde yapabilmesi bu becerileri doğru şekilde edinmesine bağlıdır. Hekimlerin günlük pratiğinde her an kullandığı bu beceriler, hasta bakımının kalitesini ve hasta memnuniyetini de doğrudan etkiler. Özellikle Acil Tıp gibi, sağlık sisteminin, çeşitli branşlardan hekimlerin, farklı mesleklerden sağlık çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarının her an etkileştiği, ortak hedeflere etkin, hızlı ve hatasız şekilde ulaşmanın elzem olduğu bir uzmanlık dalının uzmanlık eğitiminde, teknik olmayan becerilere gereken önemin verilmesi esastır.

Akademik beceriler ise, bilginin sürekli değiştiği ve geliştiği, güncel olmayan pratiklerin kabul görmediği bir ortamda, tıpta uzmanlık öğrencisine sadece uzmanlık eğitimi süresince değil, kariyerinin geriye kalanında da mesleğini doğru şekilde icra etme şansı sunar. Aynı zamanda, tecrübelerini uygun bir bilimsel teknik ile somutlaştırmasını sağlar. Çıkardığı sonuçları, hastaları, kurumundaki meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları, ulusal ve uluslararası tıp camiası ile doğru yöntemlerle paylaşabilmesi de akademik beceriler sayesinde mümkün olur. Dolayısıyla bu beceriler, tıpta uzmanlık eğitiminin, hekimin kariyerinin sonuna kadar uzanmasını sağlayacak olan esas parçasıdır.

Tıpta uzmanlık öğrencisinin teknik olmayan veya akademik bir beceriyi sergilemesi için önerilen zamanlama erken, orta, ileri evre olmak üzere üç basamakta gösterilmiştir. Bir beceri için sorumlu tutulmadan önce, tıpta uzmanlık öğrencisine, diğer eğitim aktivitelerinin yanı sıra, vekâleten öğrenme fırsatları sağlanmalıdır. Dikkat edilmelidir ki bu evreler standart tarihler belirtmez; her tıpta uzmanlık öğrencisi ve beceri için hedefler özelleştirilmelidir. Zamanlar açısından örtüşmeler olabilse de, beceriler devamlılık gösterdiği için, erken evredeki becerilerde tecrübe, bir sonraki evreye geçiş için basamak oluşturmalıdır. Becerilerin evrenlenmesinde (1) becerinin zorluğu, (2) sağlık sistemindeki farklı kaynakları veya tarafları bir araya getirme ihtiyacı (3) Acil Tıp pratiğinde kullanılma sıklığı, (4) tıpta uzmanlık öğrencisine yüklediği sorumluluk derecesi, (5) beceriyi gerçekleştirmek için gereken bilgi ve tecrübe düzeyi esas alınmıştır.

Kişisel Mesleki Beceriler			
	Erken	Orta	İleri
Kişisel bakım becerileri	X		
Tükenme ile savaşıma ve iyi olma hali (wellness)	X		
İş-özel yaşam dengesinin kurulması		X	
Zaman yönetimi		X	

İletişim Becerileri			
	Erken	Orta	İleri
Aktif dinleme ve sorgulama	X		
Beden dili kullanımı		X	
Sözel iletişim ve sunum yetenekleri	X		
Yazılı iletişim yetenekleri		X	
Münazara ve müzakere yetenekleri		X	
Kötü haber verme		X	
Paylaşılmış karar verme		X	
Geribildirim alma ve verme	X		
Sorumlu sosyal medya kullanımı	X		
Çatışma yönetimi			X
Şikayet yönetimi			X

Liderlik ve Takım Becerileri			
	Erken	Orta	İleri
Durumsal farkındalık	X		
Sorumluluk dağıtımı ve paylaşımı		X	
Briefing ve debriefing		X	
Kapalı döngü iletişim	X		
Hedef belirleme ve ilan etme			X
Takım kurulması ve yönetimi			X

Sistem Temelli Pratik Becerileri			
	Erken	Orta	İleri
Klinik bilgi sistemleri kullanımı	X		
Elektronik sağlık kayıtlarının hasta bakımına entegrasyonu	X		
Klinik karar verme desteklerinin kullanımı		X	
Aşırı Kalabalıklık ve hasta akışı yönetimi			X
Kodlama ve faturalandırma		X	
Maliyet ve kaynak etkin bakım		X	
Veri toplama sistemleri ve veri yönetimi			X
Hizmet kalitesi değerlendirme ve iyileştirilme yöntemleri			X
Sağlık hizmetinin koordinasyonu ve yerleştirilmesi			X
Risk ve hata yönetimi		X	
Kamu politikalarına ve yasal değişimlere adaptasyon		X	

Hayat Boyu Öğrenme Becerileri			
	Erken	Orta	İleri
Analitik ve yaratıcı düşünce	X		
Kanıtı dayalı tıp uygulamaları ve tıbbi literatürün değerlendirilmesi		X	
Bilginin pratiğe uygulanması		X	
Makale yazma		X	
Çalışma tasarlama			X
Hayat boyu öğrenme		X	
Temel eğitsel beceriler		X	
Performans değerlendirilmesi ve geribildirim			X

C.3. Tutum eğitimi konu başlıkları

Tutum bir varlığı değerlendirirken bir miktar yakınlık veya uzaklık duyma eğiliminde olmamızı belirleyen psikolojik süreçlerin toplamıdır. Tutum zihinsel bir süreç olsa da davranışlar tutuma göre şekillenir. Tıpta uzmanlık eğitimi, hekime yakışan bir tutum kazandırmıyorsa, bu eğitimin başarısından bahsedilemez. Bunun ötesinde, tutum, bir hekimin edindiği bilgi ve beceriyi nasıl kullanacağını belirler. Doğru değer yargıları ve tutum kazandırılmamış bireylere, kötü niyetli kişilerin elinde tehlikeli olabilecek teknik bilgi ve becerileri kazandırmak yarardan çok zarar getirebilir. O nedenle hekimlere Acil Tıp uzmanına yakışır bir tutumun kazandırılması tıpta uzmanlık eğitiminin en önemli amaçlarından biri olmalıdır.

Kurumlar, kendi kurumsal kimliklerine göre eklemeler yapma imkânına sahip olsa da Acil Tıpta uzmanlık eğitiminin temelde;

1. Dürüst ve güvenilir
2. Nazik, empati ve merhamet sahibi
3. Yaşam ve sağlık hakkını her şeyin üstünde tutan
4. İnsanlara ayırım gözetmeksizin saygı duyan
5. Bilgi ve becerisini hastanın yararına kullanan
6. Yasal ve etik bağlayıcılıklar çerçevesinde hastanın otonomisine, kararlarına, gizlilik ve mahremiyetine saygılı
7. Sorumluluklarını zamanında ve kaliteli şekilde yerine getiren
8. Sağlık sisteminin tüm paydaşları ile etik ve verimli mesleki ilişkiler kuran
9. Yetkilerini adil bir şekilde kullanan
10. Kendini geliştirmeyi arzulayan Acil Tıp uzmanları yetiştirmelidir.



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

BÖLÜM 5

ÖĞRENME VE ÖĞRETME YÖNTEMLERİ

Uzun yıllardır süregelen didaktik eğitim metotları günümüzde yerlerini bireysel, yapılandırılmış, öğrenci merkezli ve aktif katılımlı yöntemlere bırakmaktadır. Teknolojinin hızla ilerlemesiyle birlikte bilgiye erişimin “bireyselleşmesi”, bilgi sunumunun kurumsal tekellerin hegemonyasından kurtulmasına neden olmuş, yalnızca içerik değil içeriğe erişim teknikleri de sorgulanmaya başlanmıştır. Bu yüzyılda öğrenciler dijital video, podcast, sosyal medya ve diğer çevrimiçi kaynaklar kullanarak kendi kendine öğrenmeye öncelik verdiklerinden tıp eğitimi de hızla değişmektedir. Rutinleşmiş ders anlatımı, lisans ve üstü günümüz öğrencilerinin ihtiyaçlarını karşılamamaktadır. Yapılan güncel çalışmalar, aktif katılımlı öğrenci merkezli bir yaklaşımın bilginin kalıcılığını ve klinik uygulamalara transferini artırdığını göstermektedir. Aşağıda bu bağlamda kullanılabilecek öğretim teknikleri özetlenmiştir.

A. Etkinliklere Uygun Öğretim Yöntemlerinin Seçimi

Doktorlar, temel tıbbi niteliklerini tamamladıktan sonra yetkinliklerini geliştirmeye devam eder. Eğitimin bu aşaması genellikle belirtilen düzenlemelere ve kurallara uygun olarak yapılır. Bir stajyerliğe benzer şekilde Acil Tıp uzmanlık öğrencileri, öğretim ve denetimlerinin sorumluluğunu üstlenen deneyimli ve meslektaşların rehberliğinde çeşitli klinik ortamlara yerleştirilir.

Mezuniyet sonrası tıp eğitimi, yüksek riskli bir eğitimidir. Mezuniyet sonrası tıp eğitiminde nihai amaç, öğrencilerin, kendi alanlarında, yüksek standartta hasta bakımı sağlamalarına olanak tanıyan deneyimleri kazanmaları için “gerekli klinik maruziyeti” alabilmeleri olmalıdır. Mezuniyet sonrası tıp eğitiminin bir başka temel amacı da uzmanlık öğrencisinin sonunda eğitimci olması ve asrları ve lisans tıp öğrencilerinin eğitimine katılmaya devam etmesidir. Yetişkin öğreniminin ilkeleri ve yapılandırılmış eğitim süreci, lisansüstü tıp eğitiminde klinik ve pratik becerilerin gelişimi açısından hayati öneme sahiptir.

Acil Tıp uzmanlık eğitimi eğitim ortamı ve klinik bağlamından ötürü zordur. Mükemmel klinik öğretim zaman gerektirir. Giderek artan hasta sayısı ve hizmet yükünün Acil Tıp eğitimi üzerindeki etkisine dair birkaç ampirik çalışma vardır. Çalışmalar; acil servisteki kalabalığın, eğitim kalitesi üzerinde sanılan aksine çok fazla etkisi olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, Acil Tıp uzmanlık eğitimi alan birçok doktor halen kalabalık bir acil serviste hasta bakımı için kullanılan dikkat ve zamanın eğitim için harcanan zamanı azalttığına inanmaktadır. Bu yüzden Acil Tıp uzmanlık eğitimi planlanırken zaman, ortam, içerik ve yetkinlikler bağlamında verimli olmasına dikkat edilmelidir.

Acil Tıp uzmanı (ATU) eğitimi için (1) *temel yetkinlik çerçeveleri belirlendikten sonra, bu yetkinliklere ulaşmak için* (2) *hangi içeriklerin*, (3) *hangi tekniklerle öğretilip* (4) *nasıl değerlendirileceği netleştirilmelidir*. Yetkinlikler, içerik, öğretim ve ölçme değerlendirme teknikleri birbiriyle bağlantılı olmak zorundadır (Bunu netleştiren, kliniğe özgü bir öğretim matrisinin oluşturulması önemlidir).

Temel Yetkinlikler: Kullanılacak öğretim tekniğinin yetkinlik temelli müfredata uygun olması için 2015 yılında uzmanlık eğitim müfredatlarına referans olması adına yayınlanan CanMEDS yetkinlikleri ana çerçeve olarak alınabilir. Bu bağlamda bir ATU'nun 7 temel yetkinliği olmalıdır.

1. Tıbbi uzman: Etik ve etkili ve güvenli hasta bakımı için tanı ve tedavi becerilerini gösterir, klinik uygulamaya ilişkin bilgilere erişir ve uygular. Hasta bakımı, eğitim ve yasal görüşler konusunda etkili danışma hizmetleri verir. Tanımlı 7 yetkinliğinin merkezinde olan roldür.
2. İletişimci: Hastalar ve ailelerini etkili bir şekilde dinler, onlardan gerekli bilgileri alır ve hastanın tercihleri, değerleri ve ihtiyaçlarını da göz önüne alacak şekilde sentezler. Hatalar, aileleri ve bakım veren sağlık ekibi ile uygun bir şekilde iletişim kurar.
3. İşbirlikçi: Diğer sağlık profesyonelleriyle güvenli kaliteli ve odağında hastanın yer aldığı bir hasta bakımı verebilmek için değerlendirme yapar ve diğer disiplinlerarası faaliyetlere etkin biçimde katkıda bulunur. Etkin değerlendirme bilgi paylaşımını, bakış açılarını ve sorumlulukları anlamayı, öğrenmeye istekli olmayı gerektirir. Bu yetkinlik hasta bakımı dışındaki görevler içinde (idari, eğitim...) uygulanabilir.
4. Akademisyen: Sürekli eğitim stratejisi geliştirmek, uygulamak ve izlemek, tıbbi bilgi kaynaklarını eleştirel bir şekilde değerlendirmek, hastaları, yakınlarını, öğrencileri ve diğer sağlık profesyonellerini öğrenmesini kolaylaştırmak ve yeni bilgilerin geliştirilmesine katkıda bulunmak konusunda farkındalık sahibidir.
5. Sağlık Savunucusu: Hastaların sağlığını etkileyen önemli etkenleri belirler, toplumların sağlığına daha etkili bir şekilde katkıda bulunur; bu, etnik köken, din,

cinsiyet, cinsel yönelim, yaş, sosyal sınıf, ekonomik durum ve eğitim düzeyi ayırdı olmaksızın eşit şekilde tedavi müdahaleleri yanı sıra önleyici, koruyucu hizmetler, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasını da kapsamalıdır.

6. Yönetici: Hasta bakımı, öğrenme faaliyetlerini dengelemek için kaynakları etkin bir şekilde kullanır, sınırlı sağlık kaynaklarını akılcıca tahsis eder, bir sağlık kurumunda etkin ve verimli çalışır ve hasta bakımını, yaşam boyu öğrenmeyi ve diğer etkinlikleri optimize etmek için bilgi teknolojisini kullanır.
7. Profesyonel: Dürüstlük ve şefkatle en yüksek kalitede bakım sunar, uygun kişisel ve kişilerarası profesyonel davranışlar sergiler ve hekimin yükümlülükleri ile etik olarak tutarlı bir şekilde tedavi uygular.

B. Acil Tıp Uzmanlık Öğrencileri İçin Temel Öğretim Teknik Önerileri

B.1. Müfredatınızı “çevirin” (Flipped Classroom)

Ders kitapları ve geleneksel referanslar, uzmanlık öğrencilerine *temel kavram ve bilgilerin temelini sağlarken, sınıf ortamında bunu tekrar etmekten kaçınılmalıdır*. Öğrencilerin belirli bir program dâhilinde okumalarını evde yapmaları ve bir ön bilgiye ulaşmaları önerilmektedir. Geleneksel olarak, programlar bir referans kitabı okumayı önerir; bununla birlikte Acil Tıp uzmanlık öğrencileri tarafından giderek daha popüler hale geldiğinden bloglar, podcast’ler ve referans web siteleri gibi dijital medya kaynakları da programa dâhil edilmelidir. Ardından bu didaktik oturumlar, karmaşık noktalarının netleştirilmesine, belirsiz kavramları açıklamaya veya öğrencilerin edindikleri bu bilgiyi klinik senaryolarda uygulayabilme (bilginin transferi) eğitim etkinliklerine dönüşmelidir.

“Flipped Learning” (Ters-yüz veya -Çevrilmiş Öğrenme) ile program yetkinlikleri belirlenmiş ve öğrencilere ilan edilmiş eğitim kliniklerinde, öğrencilerin kendi kendine düzenleyerek öğrenmeleri mümkün kılınmış olacaktır. Lisans ve lisansüstü sağlık eğitiminde “çevrilmiş sınıf” modeli üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır, ancak geleneksel öğretim yöntemleriyle karşılaştırıldığında öğrenen memnuniyetinde iyileşme sağladığı ve yaşam boyu öğrenmeyi teşvik ettiği ortaya çıkarılmıştır.

Ters-yüz öğrenme ATU eğitiminde birçok konunun derinlemesine tartışılmasında, didaktik eğitim saatlerinin (seminer vb) daha verimli hale getirilmesinde etkili bir teknik olacaktır. Bu tekniğin başarılı olabilmesi için öğrencilerin araştıracağı materyaller güncel ihtiyaçlar da göz önünde bulundurularak çeşitlendirilmeli, bir araya gelindiğinde tartışılacak noktalar önceden netleştirilmeli, yapılan eğitimin başarısı da eğitim sonunda yapılacak mini değerlendirmeye ölçülmeli ve

muhakkak katılımcılardan objektif geribildirim almak için demokratik bir sınıf ortamı kurgulanmalıdır.

B.2. Modern didaktik yaklaşımları kullanın

Burada amaç, öğrencilerin bilgileri entegre bir şekilde derinlemesine kavramasını, problem çözme, karar verme, planlama, izleme ve değerlendirme gibi bilişsel ve metabilişsel stratejileri kazanmaları ve geliştirmeleridir. İlgili yöntem ve teknikler; **sunum, interaktif sunum, gruplarla yürütülen interaktif öğrenme etkinlikleri** (probleme dayalı öğrenme-PDÖ, ekip çalışmasına dayalı öğrenme-EDÖ, olguya dayalı öğrenme) ve **örnek olay çözümlemeleri** gibi küçük grup öğrenme tekniklerini içerir.

Küçük grup öğrenme (KGÖ; Small Group Learning) yüksek verimli, etkileşimli didaktik seanslar için ideal bir formattır. Yararları; değerlendirme için fırsatların sağlanması, bilgi boşluklarının netleştirilmesi, gelişmiş öğrenci katılımı, takım çalışması ve çeşitli didaktik bir formattır. KGÖ, rutin kullanım için didaktik olandan daha fazla kaynak kullanımını gerektirir; ama eğitimde verimi artırmak için ön hazırlık ve program yapılandırmasına gereken zaman ve önem verilmek zorundadır.

Bu programlar *yeterli sayıda eğitime* sahip olmalıdır. Eğitimci, öğrenme oturumları için net hedeflerin yanı sıra, oturumu en iyi şekilde nasıl kolaylaştıracağı konusunda bilgi sahibi olmalıdır. İdeal KGÖ oturumu öğrenenler tarafından yönlendirilir, ek bilgi vermek, kompleks noktaları netleştirmek, açık uçlu sorular sormak ve grubun yolunda kalmasını sağlamak için kolaylaştırıcı eğitimci (facilitator) mevcuttur. Küçük grup öğrenme oturumları, uygulama alıştırmaları ile bir EDÖ (team based learning- ekip çalışmasına dayalı öğrenme) veya PDÖ (problem based learning-probleme dayalı öğrenme) yaklaşımı yoluyla gerçekleştirilebilir veya yapılandırılmış vaka tartışmaları gibi alanlara odaklanabilir:

B.2.1. Yapılandırılmış olgu tartışması:

Bir öğretim tekniğinin yapılandırılmış olarak kabul edilebilmesi için planlanmasından uygulanmasına ve geri bildirimine kadar belirli şartları taşıması gerekmektedir. Yapılandırılmış olgu tartışması iki bölümden oluşur:

1. Bireysel hazırlık

- AS'de karşılaştığı karmaşık bir vakayı sunmak için öğrenci tarafından danışmanına/eğiticiye başvurulur. (Danışman tarafından da yaşanmış veya örnek bir vaka seçilebilir.)
- Oturum için öğrenciyle beraber uzmanlık yetkinliklerine ve öğrenim düzeyine uygun öğrenme hedefleri belirlenir.
- Bu hedeflere uygun içerik oluşturulması için referans kaynaklar belirlenir.

- Oluşturulan içeriğe, oturuma katılan diğer öğrencilere yönelik sorular da eklenir.
2. Grup tartışması
- Oturumun sonunda tüm öğrenci ve eğitimcilerden oturum hakkında likert ölçekli sorularla yazılı veya oturum öncesi belirlenmiş açık uçlu sorularla sözlü geri bildirimler alınır.
 - Öğretim programı planlamasına göre bazı oturumların sonunda performans notu da verilebilir. Ancak bu değerlendirmenin hangi ölçütlere göre olacağı da oturum öncesi yazılı hale getirilip yapılandırılmalıdır.
 - Bu geri bildirimler, grup tartışması sonucu portfolyosuna koyması amacıyla öğrenciye geri verilir.

B.2.2. Yapılandırılmış odaklı hasta viziti / hasta başı eğitimi:

Yapılandırılmış olgu tartışmasına benzer. Üç kısımdan oluşur:

- Ön hazırlık: Olgular, o an AS'te olan hastalar arasından, öğrencinin öğrenim düzeyine (uzmanlık eğitim yıl/dönemi) göre belirlenir. Belirlenen olgu, öğrenciye vizit öncesinde ön hazırlık yapması için bildirilir. Bu ön hazırlık safhasında öğrenci hastayı değerlendirir, eğitimci tarafından yetkinlikler baz alınarak hazırlanan “olgu sunum formu” na uygun şekilde eksik bilgi için kaynak taramasını yapar.
- Hasta değerlendirmesi (Vizit): Vizitte öğrenciden hastanın klinik durumu ve hasta hakkında planlanan seyri, eğitici ve öğrencilerin yer aldığı gruba anlatması istenir.
- Grup Tartışması (vizit sonrası): Vizit sonrası olgu sunum formu üzerinden grup tartışması yapılır. Eğitici ve diğer öğrencilerden yapılandırılmış bir formla vaka sunumu hakkında geri bildirim alınır. Alınan geri bildirimler ve olgu sunum formu öğrenci tarafından portfolyosuna eklenir. (Hastanın kliniğiyle ilgili detaylı tartışmanın vizit sonrasında ayrı bir yerde yapılması önemlidir)

B.2.3. Probleme dayalı öğrenme:

- Eğitim yönlendiricisinin rehberliğinde, 6-8 kişilik öğrenci gruplarıyla yürütülen interaktif öğrenim etkinlikleridir. Biyomedikal, klinik ve sosyal-davranışsal bilgilerin olgular üzerinden ele alındığı (bağlamsal öğrenme), bu alanlara ait temel kavram ve ilkelerin olguların çözümlenmesinde kullanıldığı PDÖ oturumlarında hedef, üst düzey bilgi ve becerilerin kazanılması, entegrasyonu ve farklı durumlara / problemlere uygulanmasıdır. Bu modelde genel olarak amaç, bilgide derinleşme, bilişsel ve metabilşsel becerilerde yetkinleşmedir. Bununla

aynı zamanda, uzun vadede, kendi öğrenme süreçlerini bağımsız olarak düzenleyebilen ve yürütebilen öğrenenlerin yetişmesi amaçlanır. Karmaşık ve gerçekçi problemlerle başlayan ve bu problemler doğrultusunda yürütülen oturumlarda, her biri net olarak tanımlanmış ve sıralanmış adımlardan oluşan sistematik problem çözme / öğrenme stratejileri kullanılır.

B.2.4. Ekip çalışmasına dayalı öğrenme:

Önceki araştırmalar, günümüz öğrencilerinin takım odaklı projeleri ve öğrenmeyi tercih ettiğini göstermektedir. *Ekip çalışmasına dayalı öğrenme* *alıştırmaları sadece tek bir eğitmen gerektirir*. Büyük gruplarla, 1-2 eğiticinin yönlendirmesi ile yürütülen, 2-3 saatlik interaktif öğrenim oturumlarıdır. *Bireysel hazırlık, hazır bulunurluk ve uygulamaya yönelik etkinlikler* olmak üzere 3 ana bölümden oluşur. Oturumun amaç ve hedefleri 2-3 gün önce öğrencilerle paylaşarak, öğrencilerin oturumlara, konuyla ilgili bilgilere çalışarak, hazırlıklı gelmeleri beklenir. Oturumun hazır bulunurluk aşaması olarak tanımlanan ilk bölümünde “Bireysel Hazır Bulunurluk Testi ” ve “Grup (6-7 kişilik) Hazır Bulunurluk Testi” ile öğrencilerin, oturumda ele alınacak tema / sorun ile ilgili bilgileri değerlendirilir, bilgisel donanımları ortaya çıkarılır. Varsa eksiklikleri kısa eğitici sunumlarıyla tamamlanarak tüm sınıf, bir sonraki aşamaya (uygulama aşamasına) hazır hale getirilir. Oturumun ikinci bölümünde, önce 6-7 kişilik küçük gruplarla, daha sonra tüm gruplar birlikte uygulamaya (kavram ve ilkelerin çeşitli problem durumlarının çözümlenmesinde kullanılması) ve eleştirel düşünmeye yönelik problem odaklı interaktif öğrenim etkinlikleri gerçekleştirilir. Bu aşamada karmaşık ve gerçekçi problemler kullanılır.

B.3. Ders etkinliğini kısa tutup verimliliği arttırın

Dersler modern öğrenme teorisinde olumsuz bir üne sahip olsa da **uzmanlık eğitiminden tamamen çıkarılmamalıdır**. Dersler uygulama açısından pratiktir, çünkü neredeyse sınırsız sayıda öğrenci için yalnızca bir eğitmene gereksinim duyar. Bununla birlikte eğitim uzmanları, öğrencilerin sadece ders materyalinin % 5’ini öğrendiğini ve sadece 15-20 dakikalık bir dikkat süresine sahip olduklarını belirtmekte ve bu yüzden ders süresini azaltılmasını, aktif öğrenmeyi teşvik eden yöntemlerin (yapılandırılmış vaka tartışmaları, simülasyon temelli eğitim, küçük grup tartışmaları vb.) geliştirilmesi gerektiğini öne sürmektedir. Örneğin, 45 dakikalık bir TBL oturumunda “didaktik anlatıma” 15 dakika, SGL alıştırmalarına ise 30 dakika ayırmak aktif öğrenmeyi destekler.

B.4. Simülasyonu tüm potansiyeliyle kullanın (Simulation Based Learning – SBL)

Genel olarak tanımlanmış olan medikal simülasyon, sözlü tahta kutuları (oral board box), oyunlar, bilgisayar tabanlı eğitim çalışmaları veya daha gerçekçi olarak manken tabanlı simülatörler gibi bir dizi etkileşimli araç içerir. Simülasyon, duygusal bağlantı ile takım tabanlı, ilgi çekici, alakalı, aktif öğrenme sağlar. Uzmanlık eğitiminde ideal bir tamamlayıcıdır, uzmanlık öğrencisinin kritik durumlara daha gerçekçi bir şekilde maruz bırakılıp onlarla başa çıkabilmelerine izin verir. Bilgi ve beceri öğretimi yanı sıra gerekli profesyonel yetkinliklerin kazanılmasını sağlama-sı açısından SBL, diğer eğitim tekniklerinden ayrılır. ATU eğitiminde gerek basit gerek ileri düzey simülasyonlar, klinik karar verme, kriz yönetimi, kişiler ve disiplinlerarası iletişim becerileri, takım yönetimi vb durumlar için artık bir gereklilik haline gelmiştir. Ciddi maliyetler oluşturmadan, ortamı ve vakayı gerçekçi olarak sunan bir “rol oynama” dahi simülasyon temelli eğitim olarak düşünülebilir. İleri düzey bilgisayar destekli ortam ve mankenlerin eğitim materyali olarak kullanılması gerçekliği artırır. Ülkemizde son yıllarda sayısı artan medikal simülasyon merkezlerini diğer bölümlerle veya yerel kurumlarla paylaşmak, bu eğitimin maliyetini düşürme adına yardımcı bir seçenek olabilir.

B.5. Diğer öğretim teknikleri

- Bağımsız öğrenme / hazırlık: Öğrencilerinin kendi kendilerine yaptıkları bireysel öğrenme etkinlikleridir. Yukarıda bahsedilen Ters-yüz öğrenme ve PDÖ/EDÖ gibi teknikler, kendi kendine düzenleyerek öğrenmeyi destekleyebilir.
- Disiplinlerarası öğrenme etkinlikleri: Dünya ATU eğitiminde sık kullanılan bir öğrenme etkinliği olan bu toplantılar (seminer, panel, olgu tartışması, morbide-mortalite toplantıları, konseyler vb) neticesinde disiplinlerarası iş birliğinin gelişmesi ve öğrencilerin vakalara multidisipliner yaklaşabilmeleri sağlanabilir.
- Refleksiyon oturumları: Acil sekaynak geri bildirimi (360 Derece değerlendirme)lerin yoğunluğunun artmasına paralel olarak, hasta ve yakınları ile sağlık profesyonelleri arasındaki olayların da gün geçtikçe daha olumsuz sonuçları doğurduğu düşünüldüğünde; refleksiyon oturumlarının ATU eğitiminde gerekli sıklıkta yer almasının önemi ortaya çıkmaktadır. Düzenli aralıklarla yapılan bu oturumlar neticesinde uzmanlık öğrencisinin bu olaylarla baş edebilmelerine katkı sağlanacaktır. İnteraktif eğitim saatleri planlanırken refleksiyon oturumlarına en az diğer eğitim oturumları kadar yer verilmelidir. Uzmanlık öğrencisinin, yaşadıklarını özgürce anlatabilecekleri ortam sağlanıp, yaşanan olayla

alakalı verilecek etkili geribildirimler neticesinde tükenmişlik yaşamalarının önüne geçilmiş olur.

- İş başında gözlem - Girişimsel beceri ve profesyonel tutum ve davranışlar: Diğer iş başında öğrenim tekniklerinden ayrı olarak bu başlık altında iki farklı teknikten bahsedilebilir.
 - Girişimsel becerilerin direkt gözlenmesi: Acilde uygulanan cerrahi girişimlerin yapılandırılan bir formla gözlenmesi ve ardından bireysel geri bildirim verilmesini içerir.
 - Çoklu kaynak geri bildirimi (360° değerlendirme): Öğrencinin profesyonel tutum ve davranışlarını, acil servisteki sağlık hizmet sunumunda yer alan tüm paydaşlar tarafından (eğitici, sağlık personelleri, akran öğrenci, lisans öğrencisi, hasta ve yakınları) değerlendirilmesini içerir. Her paydaş için ayrı ayrı değerlendirme formları oluşturulmasının gerekmesi ve acil servisin kompleks ve yoğun işleyişi içerisinde uygulanması zor olmakla birlikte, her uzmanlık öğrencisinin portfolyosunda en az 1 tane bulunması gereken objektif bir değerlendirme yöntemidir. Her ne kadar literatürde bir ölçme değerlendirme yöntemi olarak belirtilse de, paydaşlardan gelecek değerlendirmeler neticesinde eğitici tarafından verilecek uygun tutum ve davranış geri bildirimleriyle öğrencinin sürekli mesleki gelişimine önemli katkı sağlanabilir.
- Öğrenci karnesi veya gelişim dosyasına dayalı (portfolyo) öğrenme ve öğrenci – eğitim danışmanı buluşması: Öğrencinin mesleki ve bireysel gelişimini, öğrenci ile birlikte planlamak, izlemek ve değerlendirmek amacıyla kullanılan öğrenme ve değerlendirme yöntemleridir. Öğrenci karnesi daha çok lisans eğitiminde, portfolyo ise lisansüstü eğitimde kullanılır. Uygun yapılandırılmış bir portfolyo dosyası, uygun aralıklarla danışman tarafından değerlendirildiğinde, hem bir ölçme-değerlendirme aracı olur, hem de mentor konumundaki danışman tarafından verilen geri bildirimlerle öğrenmeye katkı sağlar. Portfolyonun içeriği geniş tutulmalı, öğrenciye inisiyatif bırakma adına katı bir şekilde yapılandırılmamalıdır. Öğrencinin ATU olma sürecindeki tüm eğitim etkinlikleri bu gelişim dosyasında yer almalıdır. Bununla beraber bağımsız araştırmaları, yer aldığı projeler, hizmet sunumunda yer aldığı özellikli vaka raporları gibi profesyonel yetkinliğini artıran her türlü etkinliğe de bu dosyada yer verilmelidir. **Portfolyo; belirli aralıklarla, uygun bir mentor-menti ilişkisinde değerlendirilmezse ne ölçme-değerlendirme ne de öğretim tekniği olur.**

Sonuç olarak; her Acil Tıp eğitmeni, yukarıda geçen teknikleri kendi kliniğindeki mevcut imkânlar (insan kaynakları, fiziki vb) çerçevesinde uygulayabilir. Bu öğretim tekniklerinin belirli bir standardı yoktur. Önemli olan seçilecek tekniklerin yetkinlik ve içerik odaklı olmasıdır. Her etkinlikten önce o etkinliğe özgü çıktılar belirlenmeli, mümkün olduğunca bu çıktılara ulaşıp ulaşılmadığı da etkinlik sırası veya sonrasında yine uygun değerlendirme teknikleriyle (likert ölçeği, odak grup veya derinlemesine görüşme vb.) sorgulanmalıdır.

C. Özel Konular

C.1. Danışmanlık (Mentorluk)

Akademik danışmanlık tanımı 1870’lerde ABD’de üniversite öğrencilerinin kayıt ve ders seçme işlemlerine yardımcı olmak için ortaya çıkmıştır. Günümüze kadar; 1970’lerde üniversiteler tarafından öğrencilerin tercih etmesini teşvik etmek stratejisi olarak kullanılması gibi farklı amaçlar için kullanılmıştır. Günümüzdeki akademik danışmanlık tanımı ise dünyada ve ülkemizde 1980’lerde şekillenmiştir. 1981 yılında kabul edilen 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu’nu ile danışmanlık “öğrencilere gerekli konularda yardım etmek, yol göstermek ve rehberlik etmek” şeklinde tanımlanmıştır. Günümüzdeki daha geniş tanımı ile akademik danışman; öğrencinin bağlı bulunduğu yükseköğretim kurumunu tanınması, kurallarını öğrenmesi, sosyal ve akademik çevresine uyumu, kişisel gelişimi, farkındalıkları, özgüveni, tercihleri ve mesleğe gerekli donanım ile başlama konularında, öğrencilere yardım etmekle görevlendirilen öğretim elemanıdır.

Danışmanlık ve danışmanlık ile sağlanan birebir destek, tıp eğitiminden başlayarak tıbbi kariyer döngüsü boyunca devam eder. Danışmanlık mesleki öğrenmenin en önemli bölümünü oluşturur ve yansıtıcı uygulamanın (rol model alma) temelidir. Bu yüzden öğrencileri ve Acil Tıp uzmanlık öğrencilerini motive etmede ve elde tutmada, *stres ve tükenmişliği önlemede* önemli bir rol oynar. Danışmanlık, klinik denetim, eğitim denetimi, rehberlik ve koçluk dâhil olmak üzere çeşitli biçimlerde ve adlarda olabilir. Bu faaliyetler arasındaki sınırlar genellikle belirsizdir. Terminoloji kafa karıştırıcı olabilir, ancak tanımlar muhtemelen herhangi bir karşılaşmanın bağlamını ve amacını anlamaktan daha az önemlidir.

- Eğitim, yönetim veya rutin profesyonel çalışmaların bir parçası olarak gerçekleşen danışmanlık resmi veya gayri resmi bir şekilde yapılabilir; *zorunlu olarak veya gönüllü olarak, hiyerarşik bir ilişkide veya akranlar arasında* (kıdemli - kıdemsiz uzmanlık öğrencisi ilişkisi gibi) olabilir.

- Biçimi veya içeriği ne olursa olsun, danışmanlık bazı temel becerilere bağlıdır. Bunlar; *öğrenciyi tanıma, farkındalık, rehberlik, zaman ayırma, duygusal uyum, dış gereksinimler ve sorgulama yeteneğini* içerir. Unutulmamalıdır ki danışmanlık öğretilebilir ve öğrenilebilir bir süreçtir ve asıl amaç danışmanın karşısındakine sağladığı katkıdır. Danışmanlık süreçleri bazı durumlarda gelişime (örn: mentorluk), bazı durumlarda ise performansa (örn: iyileştirici denetim) odaklanabilir. **Acil Tıp uzmanlık eğitimde hedeflenen danışmanlık kavramının hem performansa hem de gelişime odaklanması gerekmektedir.** Acil Tıp danışmanı tarafından kurulacak eğitim organizasyonunda; klinik denetim, yansıtıcı uygulamalar ve takım çalışması döngüsü sağlanmalıdır.
- Danışmanlık klasik danışman- tek öğrenci modeli yanı sıra danışman - öğrenci grubu (farklı kıdemlerden) veya e-posta, video konferans, telefon vb aracılığı ile verilen danışmanlık formu da tanımlanmıştır.
- Danışmanlık **eğitim konularını, kişisel ve mesleki konuları ve kariyer planlama konularını** kapsayabilir.
- Bir danışman:
 - Danışmanlık yaptığı öğrenciye nazik ve saygılı davranmalı,
 - Kültürel, cinsiyet, yaş, din ve etnik farklılıklara duyarlı olmalı,
 - Danışmanlık yaptığı kişi sayısını sınırlamalı,
 - Öğrencinin çıkarlarını desteklemeli,
 - Öğrencinin eğitim ve öğretimini desteklemeli,
 - Öğrencinin net gelişim ve kariyer hedefleri olduğundan emin olmalı,
 - Düzenli ve tutarlı şekilde konu ile ilgili enerji ve zaman ayırmalı,
 - Öğrenci için standartları yüksek ama makul sınırlarda tutmalı,
 - Potansiyelini ortaya çıkarmak için öğrenciyi desteklemeli, cesaretlendirmeli,
 - Öğrencinin sorularına, taleplerine zamanında yanıt vermeli,
 - Öğrenciyi olası tehlikelerden korumalı,
 - Öğrenci için olası yeni fırsatları yakın takip etmeli,
 - Davranış ve fiziksel stres açısından öğrenciyi takip etmeli,
 - İletişimi kolaylaştırmalı (konferanslar, sosyal etkinlikler...)
 - İhtiyaç duyduğu bağlantıları kurmada yardımcı olmalı (istatistikçi vb...)
 - Öğrencinin kaygı ve sorunlarını ifade edebilmesi için uygun ortamı sağlamalı,
 - Dürüst olmalı,
 - Geri bildirim vermeli, geribildirim kabul etmeli,
 - Öğrencinin savunucusu ve şampiyonu olmalı,
 - Kariyer önerilerinde bulunmalı,
 - Başarılı olduğu ve geliştirmesi gereken alanları belirlemelidir.

- Danışmanlık süreci yürütülürken;
 - Danışman tarafından tanışma görüşmesinde **açık bir şekilde beklentilerin alınması ve aktarılması, hedef koyulması** önemlidir.
 - Görüşme dönemlerinin sıklığı (2 haftada bir vb.), görüşme süresi (60 dk vb.) iki tarafın da elde olmayan bir sebep (hastalık, kongre, toplantı, ders vb.) olmadıkça riayet etmesi gereken kurallardır.
 - Danışmanlık sürecinde kayıt tutulması (görüşme tarihi, süresi, konusu, önceki görüşmedeki hedeflerin durumu, sonraki görüşme için yapılacaklar vb.) gerekmektedir.
 - Danışman görüşmelerinde iş ve eğitim dışındaki konular (sosyal konular) da yer almalıdır. *Bir görüşmenin süresi; %20'si sosyal konular, %80'ni formal konular şeklinde (uzmanlık öğrencisinin ihtiyacına göre değişebilir) yapılandırılabilir.*
 - Danışmanlığın temel unsurlarından birisi de uzmanlık öğrencisini kendi akademik ilgi alanı ile kısıtlamamaktır. Örneğin öğrencinin yapacağı seminer/araştırma gibi konu seçimi gerektiren durumlarda önce düşünülen konular paylaşıp, birlikte tartışarak olası konu sayısı önce 2-3 taneye indirebilir. Sonra bunlar hakkında literatür araştırması yapılarak, konuya birlikte karar verilmelidir.
- Danışmanlığın bir süreç olduğu ve süreç içinde uzmanlık öğrencisinin ihtiyaçlarının zamanla değişebileceği unutulmamalıdır. Eğitime yeni başlayan bir uyum ve bilgi konularında danışmanlığı ihtiyaç duyarken, eğitimin son dönemime gelmiş bir öğrencinin beklentileri akademik yönlendirme gibi konulara dönüşmektedir.
- Danışmanlar seçim yaparken Acil Tıp uzmanlık öğrencisine yol göstermeli, kendi ilgi alanına uygun konular ile kısıtlamamalı, öğrencinin ilgisini çekebilecek konuları tavsiye edebilmelidir. **Danışmanlığın özeti; yol çizmek değil yol göstermektir.**

C.2. İletişim beceri eğitimi ve profesyonellik

“İletişim becerisi” insanın sahip olduğu ve gelişiminin en büyük etmenlerinden birisidir. “İletişim becerisi eğitimi” ise kişilere *kelimeleri veya yapılacakları yani tekniği öğretmek değil, iletişimin amacını ve anlamını öğretmektir.* “Kişiler arası iletişim becerileri” insanlar arasında günlük hayatta karşılaşılan günlük problemleri çözmek için gerekli iken; “mesleksi iletişim becerileri” mesleki bir gereklilik olup profesyonellik kavramı ile ilişkilidir. İletişim; öğrenilebilen, öğretilebilen, geliştirilebilir fakat unutulabilen bir beceridir. İletişim becerilerinin hekim - hasta görüşmesindeki diğer etkenlerden (bilgi, fiziksel muayene, problem çözme vb.) farkı diğer bileşenleri anlamlı kılmasıdır.

AS'te hekim ve hasta arasındaki iletişimi arttırmak için muayene esnasında; açık uçlu sorular kullanılmalı, hasta dikkatli dinlenmeli, hastayı endişelendiren veya korkutan neden göz ardı edilmemelidir. AS'de iyi bir iletişim becerisi ile hekim ve hasta memnuniyeti artacak, bu memnuniyet güven duygusunu getirecektir. Güven duygusu ile bağlılık ve tedaviye uyum artacak ve medikolegal olaylar azalacaktır.

Günümüzde birçok tıp fakültesinde temel iletişim becerileri (beden dili, empati kurma, etkin dinleme vb.) anlatılmaktadır. *Acil Tıp uzmanlık eğitiminde temel iletişim becerileri hatırlattıktan sonra aşağıdaki becerilerin kazandırılması faydalı olacaktır;*

- Zor hasta ile iletişim becerisi
- Cinsel öykü alma
- Çocuk/ergen iletişimi
- Kötü haber verme
- Fiziksel/psikolojik/cinsel saldırı görmüş hasta ile iletişim
- Sağlık personeli ile iletişim (AS'de multidisipliner ve meslekler arası çalışmanın önemi)

Mesleklerarası ve multidisipliner iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile sağlık profesyonelleri arasında karşılıklı güven ve saygının tesisi, önyargıların ve olumsuz rekabetin giderilmesi sağlanır. Sağlık profesyonelleri arasında bilgi ve beceri paylaşımı, birbirlerini daha iyi anlama ve meslekler arasında paylaşılan ortak değer oluşumuna katkıda bulunur. Ekip üyeleri arasında saygı ve anlayışa dayalı bir iletişimin olması; ekip üyelerinin birbirlerini eşit değerde hissetmelerini, birlikte karar vermelerini, sorumluluk ve otoriteyi paylaşmalarını sağlar. Hasta bakımında kalite ve güvenliği artırdığı gibi ekip üyeleri arasındaki çatışmaları ve işten ayrılmaları azaltır. Mesleklerarası iletişim ve iş birliğinin geliştirilmesi hasta sonuçlarına da olumlu katkıda bulunmaktadır. Hasta bakımında muhtemel hataların önlenmesinde ekip üyelerinin birlikte çalışabilmeleri, ortak ve etkin karar verebilmeleri önemlidir. Mesleklerarası iş birliği içinde ekip temelli bir yaklaşım, hasta tedavi ve bakım sonuçlarını güçlendirir ve sağlık hizmetinin kalitesini artırır.

Günümüzde hasta güvenliği, sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması ya da azaltılması olarak tanımlanır. İletişimde yetersizliğe bağlı hatalar da hasta güvenliğini tehdit eden başlıklar arasındadır ve gelişmiş ülkelerde önde gelen bir nedendir. AS'de sağlık hizmeti sunumu, aynı amaca hizmet eden birden fazla meslek grubunun içinde olduğu karmaşık bir süreçtir. Sağlık bilimleri alanındaki mezunların hasta güvenliğini ön planda tutan sağlık çalışanları olması için bu amaç doğrultusunda eğitim süreçlerinde hasta güvenliğini öncelikleyen bir yaklaşımla eğitim almaları, farklı disiplinler ile

birlikte çalışma ve ekip olma alışkanlığı kazanmaları ve bu eğitimler sonrasında bu kazanımlarını meslek yaşamlarına taşıyabilmeleri gerekmektedir.

Hastanın ve toplumun güvenini arttırmaya yönelik davranışlar olarak özetlenebilecek profesyonelliğin, iç içe geçmiş birçok bileşeni olsa da bu bileşenlerden başlıcaları şunlardır;

- Bireysel çıkarların askıya alınması
- Dürüstlük
- Teknik yeterlilik
- İletişim
- Hesap verebilirlik
- Adalet
- Gücün kötüye kullanımı önlemek
- Alçakgönüllülük

AS'deki hasta ve hekim ilişkisini diğer servislerden farklı kılan, AS hastasının tahminlerin ötesindeki savunmasızlık hali ve hissi; profesyonelliğin Acil Tıp uzmanlık eğitiminin bir parçası olması gerekliliğinin kanıtı niteliğindedir. Eğitim programı profesyonelliğin temel bileşenleri içinde sayılan aşağıdaki özellikleri Acil Tıp uzmanlık öğrencilerine kazandırmaya ve sağlamaya yönelik planlanmalıdır:

- Hastalara, yakınlarına, birlikte çalışılan tüm ekibe saygılı, merhametli ve dürüst yaklaşım
- Kişilerin güvenlerini kazanmaya yönelik davranış
- Hasta çıkarlarını kendi çıkarları üzerinde tutarak, klinik karar verebilme
- Bilgi ve beceriyi üst seviyede tutarak kaliteli sağlık hizmeti sunma
- Gizliliğe saygı gösteren, doğru saygılı ve açık bir iletişim
- Hastaya, topluma, uzmanlık alanına hesap verebilirlik ve adalet duygusu
- Irk, din, dil, kültür, engellilik durumu, sosyoekonomik durum cinsel tercihler farketmeksizin tüm topluma karşı saygı ve yanıt verebilirlik
- Kişisel ve profesyonel iyilik hali için bir plan yapabilme
- Çıkar çatışmalarını uygun şekilde ortaya koymak ve ele almak
- Acil hastaların ve toplumun sağlık hizmetlerini savunma
- Ekip çalışması yaparak daha verimli ve huzurlu bir klinik ortamı sağlamak

İletişim ve profesyonellik gibi soyut kavramların eğitiminde kullanılabileceği bazı yöntemler ve temel prensipler şunlardır:

- Bu konudaki standartlar net oluşturulmalı ve Acil Tıp uzmanlık öğrencilerine bildirilmelidir.

- Didaktik eğitim programı içinde bu konular kendine yer bulmalı, uzmanlık öğrencileri ile interaktif olgular üzerinden tartışılmalıdır.
- Kaydedilmiş görüşmeler üzerinden tartışma yapılabilir.
- Rol modelleme yolu uygun ve etkili bir eğitim yöntemidir. Olumlu rol modelleme kullanılmalıdır.
- Simüle hasta modelleri kullanılabilir.
- Öz değerlendirme istenebilir.
- Geri bildirim mekanizması işletilmelidir.
 - Mümkünse hasta bakımı vardiyaları dışında görev alan bir eğitici hasta başında öğrenciyi izleyerek geri bildirim vermeli, olumlu, olumsuz örnekleri tartışmalıdır
 - 360° değerlendirme yöntemine benzer şekilde hastalardan, diğer çalışanlardan, akranlardan standart hazırlanmış formlar üzerinden geribildirim alınabilir.
- İletişim ve profesyonellik ölçme değerlendirme süreçlerinde önemli bir parametre olarak yer almalıdır.



ACIL TIP
YETERLİLİK
KURULU
2004

BÖLÜM 6

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

A. Bilginin Değerlendirilmesi

A.1. Yanıt seçerek bilgiyi ölçme

“Doğru / yanlış soruları”; avantajı kısa zamanda büyük bir konu alanını ölçme fırsatı vermesi. (Sağlıklı insanda kan gazında bikarbonat HCO_3 değeri 22-26 mmol/L dir) Dezavantajı ise üst bilişsel kavramların ölçülememesi ve doğru cevap olasılığı %50 olduğu için güvenilirliğinin düşük olmasıdır. Pre-test ve Post-test şeklinde kullanılacak ise “bilmiyorum” seçeneği eklenmelidir (doğru/yanlış/bilmiyorum).

“Çoktan seçmeli sorular”; genelde 5 seçenektir (1 doğru yanıt ve 4 çeldirici seçenek, doğru yanıt olasılığı %20). Çeldiricilerin amacı hemen dışlanmayıp olası doğru yanıt üzerine düşünmesini sağlamaktır (öğrenciyi şaşırtmak, hata yaptırmak değil). *Sorular hazırlanırken bir “soru değerlendirme kontrol listesi” kullanılmalıdır.*

“Eşleştirme soruları”; eşleştirme soruları ile klinik nedenselleştirme ve akıl yürütme gibi üst bilişsel özellikler sınanabilir. Eşleştirme sorularının hazırlanmasında 4 basamak (konu, yönerge, seçenek listesi, olgular) olmalıdır. Konu; karın ağrısı. Yönerge; karın ağrısı yakınması ile gelen aşağıdaki seçenekleri ve olguları eşleştiriniz. Seçenekler: akut kolesistit, iskemikhepatik, pankreatit gibi. Olgular; seçenekler ile ilgili olgu örnekleri. Dikkat edilmesi gereken nokta olguların birbirine benzer özellikte olmaları ve her olgu için “1 doğru seçenek” ve “en az 4 çeldirici seçenek” bulunmasıdır.

A.2. Yanıt oluşturarak bilgiyi ölçme

“Kısa yanıtlı sorular”; boşluk doldurma soruları, açık uçlu sorular; soruda ipucu kullanılmamış ise şans başarısı faktörü sıfırdır (doğru/yanlış soruda %50, çoktan seçmeli soruda %20). Soru ve cevap anahtarı hazırlanırken olası yanıtlarda hazırlanmalı, cevaplar en az bir kelime en fazla iki satırlık bir metin olmalıdır. Cevaplar uzadıkça ölçmedeki hata payı da artar (harf kelime doğrumu kabul edilecek gibi durumlar).

“Sözlü sınav”; objektif bir değerlendirme için sınavın önceden planlanması, dikkatli yönetilmesi ve iyi kayıt tutulması gereklidir.

“Anahtar özellikli sorular” (AÖS); bu soru türü hazırlaması zahmetli olsa da klinik karar verme becerisini ölçmede önemlidir. Sorular klinik olgunun anahtar özelliklerine odaklanarak hazırlanır. Bu soru tipinin hazırlanmasında kaynak olan “anahtar özellik” kavramının 3 bileşeni; Klinik problemin çözümünde öncelikli/önemli basamaklar, klinik problemin çözümünde sıklıkla hata yapılan basamaklar, problemin tanımlanmasında/çözümünde zorluk oluşturan özelliklerdir. AÖS; klinik senaryo (1 adet), sorular (2-3 adet) ve yanıt bölümlerinden oluşur.

B. Klinik Becerinin Değerlendirilmesi

B.1. Sınırlı performansın değerlendirilmesi

“OSCE” (objective structured clinical examination / yapılandırılmış klinik sınav): Birçok istasyonun biraraya gelmesinden oluşan ve temelde klinik yeterliliği ölçmek için kullanılan sınav yöntemidir. İstasyonlarda her bir becerinin (radyolojik tetkik yorumlama, TYD/İKYD yönetimi, maket üzerinde göğüs tüpü uygulama vb.) ölçülebilmesi için maket, simülatör, standardize hastalar kullanılabilir. Her istasyonu değerlendirmede en az 1 değerlendirici ve kontrol listesi olmalıdır.

B.2. Kapsamlı performansın değerlendirilmesi

“Mini-CEX” (mini clinical evaluation exercise / mini klinik değerlendirme): Uzmanlık öğrencisinin gerçek hasta ile karşılaşmaları gözlemlenerek değerlendirilir ve geribildirim verilir. Anamnez (nefes darlığına yönelik sorgulama vb.), fizik muayene (multitравmalı hasta muayenesi), iletişim (kötü haber verme vb.), danışmanlık (hasta bilgilendirme), klinik karar verme, genel/özel yetkinlik gibi alanlardan biri veya birkaçı (hepsi değil) değerlendirilir. Bir form (mini-CEX değerlendirme formu) kullanılması önerilir. Ortalama süre 20 dakikadır (15 dk gözlem, 5 dk geribildirim). Eğitim süresi boyunca değişik olgular ve değişik gözlemciler ile tekrarlanmalıdır.

“DOPS” (direct observation of procedural skills / işlem becerilerinin doğrudan gözetimi): Mini-CEX uygulamasının işlem becerilerini (gerçek hasta üzerinde) değerlendirmek ve geribildirim vermek için uyarlanmış halidir. Hastaya işlemin açıklanması, onay alınması, işlem için gerekli teknik yeterlik, olası komplikasyonları fark etme, komplikasyonları yönetme gibi alanlar değerlendirilebilir. Yapılandırılmış bir gözlem formu kullanılmalıdır. Eğitim süresi boyunca değişik olgular ve değişik gözlemciler ile tekrarlanmalıdır.

C. Tutum Değerlendirilmesi

Tutum, bir sorunu ele alış biçimi, sorun karşısında kişinin aldığı durum, gösterdiği davranıştır. Bir hekimden beklenen davranışlar ve tutum günümüzde genellikle profesyonellik kapsamında ifade edilmekte ve açık müfredat ile verilmesi önerilmektedir (10). Bu yüzden uzmanlık öğrencilerinin tutumlarını ölçmek ve değerlendirmek için kurumsal bakış açısı ve sistem gerekmektedir. Günümüzde tutum değerlendirmede farklı alanlarda kullanılan birçok sistem olmakla birlikte “360° değerlendirme” yöntemi Acil Tıp uzmanlık eğitim sürecinde tutum değerlendirmeye daha uygundur. 360° değerlendirme yönteminin diğerlerinden farklı yönleri; öğrencinin sadece üstleri tarafından değil akranları ve altları tarafından (farklı kademelerdeki kişilerin farklı açılardan bakarak) değerlendirmesinin ve bu değerlendirmelerin kişisel gelişime getireceği olumlu etkiye Acil Tıp gibi multidisipliner ve ekip çalışmasının ön planda olduğu branşlar için daha uygun olmasıdır.

D. Portfolyo /Karne

Acil Tıp uzmanlık öğrencisinin portfolyosu; Acil Tıp alanını seçme sürecinden başlayarak, eğitim sürecinde hedeflenen yetkinliklere ulaşmasındaki planlı veya plansız basamakları gösteren bir belgedir. Acil Tıp uzmanlık eğitimi için örnek bir portfolyo bölümleri; giriş, temel ve klinik yetkinlikler, rotasyonlar, sınavlar, bilimsel etkinlikler ve tez çalışması olarak belirlenebilir. Her ana bölümün alt bölümleri tanımlanmalıdır. Örnek portfolyo bölümleri;

Giriş

- Kimlik bilgileri (isim, vatandaşlık no)
- İletişim bilgileri (tel, e-posta)
- Önceki eğitim kurumları
- TUS bilgileri (tus dönemi, puanı)
- Eğitime başlama ve planlanan bitiş tarihi
- Sınav, rotasyon ve tez süreçlerine ait tarihler
- Eğitim ve tez danışması, sınav jürileri

Temel Yetkinlikler

- İletişim (empati yapabilir, geribildirim verebilir vb.)
- Takım çalışması (takım içinde çalışabilir, takım çıkarlarını üstte tutar vb.)
- Değerler ve sorumluluk (insani değerler, sorumluluk duygusu, adalet duygusu vb.)
- Yöneticilik ve liderlik (ekibe liderlik yapabilir, çatışmalara çözüm sağlayabilir vb.)

- Hayat boyu öğrenme (sürekli mesleki gelişmeye açık, öğretmeye gayretli vb.)
- Koruyucu yaklaşımlar (sağlıklı yaşam tarzı için örnek olma, bağımlılıkla mücadele)

Klinik Yetkinlikler

- Semptom odaklı (ateş, çarpıntı, senkop vb.)
- Sistem odaklı (kardiyovasküler aciller, enfeksiyöz aciller, adli durumlar vb.)
- Girişimsel işlemler (GİS girişimleri; NG sonda uygulama, gastrik lavaj, parasetil vb.)

Rotasyonlar (her rotasyon için alt yetkinlikler ve hedeflenen yetkinlik düzeyleri)

- Dahiliye (hepatik yetmezlik yönetimi, yoğun bakımda nutrisyon vb.)
- Pediatri (çocuklarda sıvı elektrolit tedavisi, yenidoğan resusitasyonu vb.)
- Kardiyoloji (disritmi yönetimi, geçici transvenöz pacemaker uygulama vb.)
- Göğüs (SFT değerlendirme, pnömoni yönetimi vb.)
- Nöroloji (SSS enfeksiyonu yönetimi, lomber ponksiyon vb.)
- Radyoloji (BT değerlendirme, MRG değerlendirme vb.)
- Genel cerrahi (apse drenajı, yara bakım/kapatma yöntemleri vb.)
- Ortopedi (kapalı kırık redüksiyonu, ekstansör tendon onarımı vb.)
- Kadın doğum (vajinal kanama yönetimi, cinsel tacize uğramış hasta yönetimi vb.)
- Anestezi (periferik sinir blokajı, cerrahi havayolu açma vb.)

Sınavlar

- Biçimlendirici (Formatif) sınavlar (kıdem ayı, sınav tarihi, sınav sonucu, eğiticiler); eğitim süreci devam ederken biçimlendirme ve yetiştirme amaçlı yapılan sınavlardır. Klinik eğitim planına göre hasta başı veya yazılı olarak farklı şekillerde yapılabilir.
- Belgeleyici (summatif) sınavlar (kıdem ayı, sınav tarihi, sınav sonucu, eğiticiler); verilen eğitimin hedefe ulaşmasını ölçmede kullanılan bu sınavlara en iyi örnek planlanan eğitim sürecinin sonunda yapılan uzmanlık sınavıdır.
- Gelişim sınavı; uzmanlık programının mezuniyet hedeflerine yönelik olan, öğrencilere güçlü ve zayıf oldukları alanları gösteren, izleyen dönemlerde neleri öğreneceğini, kendisinden neler beklendiğini göstermeyi hedefleyen ve tüm uzmanlık öğrencilerinin katılacağı yazılı sınavlardır. Uzmanlık derslerinin katkıları ile yapılabilir.
- Yeterlilik sınavları

Bilimsel Etkinlikler

- Klinikte yaptığı sunumlar (kıdem ayı, sunum konusu, eğitici değerlendirilmesi)
- Katıldığı kurslar (katılım belgesi, başarı belgesi)
- Katıldığı bilimsel toplantılar
- Sunum yaptığı bilimsel toplantılar

Tez Çalışması

- Tez konusu
- Tez konusu verilme tarihi
- Tez konusu akademik kurul onay tarihi
- Periyodik tez görüşmeleri





ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

BÖLÜM 7

MÜFREDAT BAŞARISI DEĞERLENDİRME STRATEJİLERİ

Müfredatı değerlendirmede amaç sürekli gelişimi sağlamaktır. Bunun için programın özelliklerini anlamak, programın gelişiminde kullanılacak bilgilere karar vermek ve bu bilgileri sağlamak gereklidir. Bunlardan elde edilen veriler ile programın etkinliğine karar verilip, programın etki ve sonuçları tanımlanabilir. Müfredatı değerlendirmede amaçlanan sürekli gelişimi sağlamak için; *sistematik, yapısal ve entegre değerlendirmeler gereklidir.*

Sistematik: Gerçekçi bir değerlendirme için sadece eğitimin değil, eğitime etki si olan programların tüm bileşenlerinin değerlendirilmesi gereklidir. Bu bileşenler belirlenirken üç farklı açıdan da bakılmalıdır; uzmanlık öğrencisi, eğitici (Acil Tıp dernekleri), bağımsız bakış açıları (tıp eğitimi derneği, acil dışı alanda uzman kişi). Ancak bileşenler belirlendikten sonra bileşenlere ait verilerin toplanması, verilerin analizi ve sonuçlar kullanılabilir.

Yapısal: Değerlendirme programın işleyişine göre belirlenmiş uygun aralıklarla ve sıklıkta olmalıdır. Yapısal açıdan önemli iki bileşen sürekli ve düzenli veri sağlanması ve bu verilerin karşılaştırılabileceği (klinik içi karşılaştırma, klinikler arası karşılaştırma ve bazı temel konularda acil dışı branşlar ile karşılaştırma) standartların olduğu bir yapı kurulmasıdır.

Entegre: Acil Tıp uzmanlık öğrencisinin ve eğiticinin sorumlulukları tanımlanmış olmalı ve bu sorumluluklar mevcut yapının bir parçası olarak sürdürülmelidir. Değerlendirme sürecinde yer alan değerlendirme araçlarını geliştirenler, veri toplayanlar, yorumlayanlar, iyileştirmede kullanacak kişiler ya da kurullar belirlenmiş olmalıdır. Değerlendirme etkinlik ve sonuçları programın sürekli gelişimi için kullanılmalıdır.

Müfredatı değerlendirirken başlıca aşamalar ve kullanılabilecek yöntemler şunlardır:

- Uzmanlık öğrencisinin başarısı tanımlanmalıdır (sınav sonuçları).
- Uzmanlık öğrencisinin beğenisi belirlenmelidir (algıya yönelik betimleme ölçekleri).
- Eğitici beğenisi belirlemelidir (algıya yönelik betimleme ölçekleri).
- Eğiticiler değerlendirmelidir.
- Diğer yöntemler:
 - Mezunların mesleki yetkinliğinin değerlendirilmesi (yeterlik sınavları).
 - Programın benzerleri arasındaki yerinin saptanması (dünya ve Avrupa örnekleri ile karşılaştırma).
 - Programın toplum sağlığına katkısını belirlenmesi (istatistik analizleri).
 - Programı yeniden düzenlenmesi (program geliştirme ve program değerlendirme döngüsü).

Müfredatı değerlendirmede veri toplamada kullanılabilecek araçlar:

- Deneysel yöntemler; kontrol grubu, ön-son test kullanarak deneysel tasarım
- Survey; beğeni anketleri, tutum anketleri, odak-grup araştırmaları, derinlemesine görüşmeler
- Gözlem; doğrudan gözlem, video kaydı, kontrol listeleri ile gözlem
- Tarihsel yöntemler; kurum kayıtları, eğitim için hazırlanan materyaller, değerlendirme raporları

BÖLÜM 8

ACİL TIP EĞİTİM STANDARTLARI

A. Amaç

Acil tıp uzmanlık öğrencisinden eğitimini tamamlaması ardından beklenen, yetkin bir Acil Tıp uzmanı olmasıdır. Bir Acil Tıp eğitim programı aşağıda yazılı zorunlulukları sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır:

- Uzmanlığı için gereken temel tıp bilimleri ve araştırmaya yönelik teorik bilgiye sahip olmalıdır.
- Acil servise başvuran hastaların acil servise kabulünü öğrenmeli ve bu hastalar için ayırıcı tanıları düşünmeli, resüsitasyon uygulamalı, stabilizasyon işlemlerini yapabilmeli ve değerlendirebilmeli, ilaç müdahalelerini, girişimleri ve tüm bakımını sağlayabilmelidir.
- Gerekğinde hastaları uygun şekilde yönlendirebilmeli ve takibini yapabilmelidir.
- Farklı popülasyonlarda etkin şekilde hasta odaklı bakım için şart olan bilgi, beceri ve tutumu gösterebilmelidir.
- Bir Acil Tıp uzmanı uzmanlık pratiğinin her aşamasında yaş, cinsiyet, kültür, etnik köken ve cinsel yönelimle ilgili sorunları profesyonel şekilde yönetebilmelidir.
- Yaralanması olan ya da ciddi hastalığı bulunan hastaların hastane öncesini bakımlarını sağlayabilmelidir.
- Hastane öncesi bakımı sağlayan Acil Tıp sistemlerinin içinde yer almalıdır.
- Koruyucu hekimlik hizmetlerine yönelik hasta eğitimini sağlayabilmelidir.
- Afet yönetiminde organizasyonel beceriye sahip olmalıdır.
- Acil tıp eğitim programının ve yönetiminin içinde yer almalıdır.
- Araştırma yöntemlerini ve bunların pratiklerini öğrenmeli ve uygulamalıdır.

B. Eğitim Kurumu:

- Hizmet sunulan hasta nüfusu
 - Acil Tıp uzmanlık öğrencilerinin eğitim gereksinimlerini karşılayabilecek her yaştan ve her cinsten yeterli sayıda hasta akışı bulunmalıdır. Genel olarak 30,000-35,000 hasta/yıl kabul edilen en az hasta sayısıdır.
 - Acil serviste bakılan hastaların en az %15'i, 16 yaş altı çocuk yaş grubundan olmalıdır.
 - Yılda bakılan kritik hasta sayısı en az 1200 olmalı ya da bu hastalar tüm acil hastalarının en az %3'ü olmalıdır.
- Yönetim
 - Acil Tıp programının yürütüldüğü ve “idari sorumlu” pozisyonunun tanımlı olduğu acil servislerin idari sorumlusu yeterli tecrübe ve eğitime sahip ve acil serviste tam zamanlı görev yapan bir “Acil Tıp” uzmanı olmalıdır.
 - Eğitim programından sorumlu tam zamanlı çalışan bir Acil Tıp uzmanı olmalıdır.
 - Acil Tıp eğitim program sorumlusu en az 3 yıl bir Acil Tıp eğitim programında görev yapmış, yeterli tecrübe ve eğitime sahip bir “Acil Tıp” uzmanı olmalıdır.
 - Eğitim programının sorumluluklarını yerine getirebilecek ve günden güne değişen yeni ihtiyaçlara cevap verebilecek kadar boş zamanı olmalıdır. Ama aynı zamanda klinik olarak aktif çalışmalı ve tüm gün acil serviste bulunmalıdır.
 - Sürekli Acil Tıp eğitimi konusunda aktif çalışmalı, bölgesel, ulusal ve uluslararası bilimsel dernek ya da kurumlara katılmalı ve sunum yapma, yayın ve diğer bilimsel aktivitelerde yer almalıdır.
 - Zamanının en çok %50'sini klinik pratiğe ayırmalıdır.
 - Uzmanlık öğrencisinin görevlendirilmelerinde, onları denetleme ve yönetmede söz hakkı olmalıdır.
- Donanım ve mekân
 - Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) kararı gereği eğitim kurumlarında Acil Tıp uzmanlık eğitimi yapılacak mekân ve donanımların Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ'in (16 Ekim 2009, sayı: 27378) Ek1, Ek-2 ve Ek-3'ünde belirlenen seviyelendirmeye göre, “3. seviyede” bulunması gereklidir.

- Her eğitim programının belirlenmiş maksimum Acil Tıp uzmanlık öğrencisi kadro sayısına uygun büyüklükte ve Acil Tıp kliniği alanında, görsel-işitsel ekipman ve internet bağlantısı ve sunum olanağı bulunan bir eğitim salonu olmalıdır.
- Tıpta uzmanlık öğrencilerinin hasta bakım saatleri dışında kullanabilecekleri donanıma sahip (internet bağlantısı, elektronik kaynaklara ulaşılabilecek bilgisayar, yazıcı vs) çalışma alanları sağlanmalıdır.
- Kritik girişim becerilerinin ve ekip çalışması eğitimlerinin verilebileceği simülasyon donanım ve alanları olmalıdır.
- Hasta bakım alanlarında klinik kararlara destekleyici amaçla kullanılabilecek internet bağlantısı olmalıdır.
- Uzmanlık öğrencilerinin güvenli hasta bakımını sağlayacak yeterli klinik ekipman alanda bulunmalıdır.
- Alanda 7/24 yiyecek ve içecek imkânı olmalıdır.
- Akreditasyon
 - Resmi Gazete Tarihi 26.04.2014 ve 28983 tarihli Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne bağlı olarak kurumlara eğitim programı açma yetkisi Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından verilmektedir.
 - TUK her 5 yılda bir ilgili Acil Tıp eğitim programını Acil Tıp TUK-MOS tarafından belirlenen ve TUK tarafından onaylanan kriterler üzerinden denetler.
 - Programlar her yıl Uzmanlık Eğitim Takip Sistemi üzerinden özdenetimlerini sunmak zorundadırlar.
 - Denetimler sonucu tespit edilen eksiklikler kurumlara, giderilmesi gereken süre de tanımlanarak bildirilir.
 - Acil Tıp Yeterlik Kurulu tarafından yapılan akreditasyon 5 yıl için geçerlidir. Başvuru yapan kurumlar önce asgari ölçütlerin yer aldığı anketler ile bir ön değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Kurum ziyaretleri sonrası belirlenmiş bu asgari ölçütleri karşılayan her bir program akredite olabilecektir.

C. Eğiticiler

- Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun (TUK) 01.01.2020 tarih itibari ile belirlediği minimum standart; Acil Tıpta uzmanlık eğitimi veren kurumlarda (ya da yeni açılarak Acil Tıpta uzmanlık eğitimi verecek kurumlarda) kendisi de "Acil Tıp" uzmanı olan en az iki eğitici bulunması şeklindedir. Bu eğiticinin ilgili eğitim

kurumunda fiilen tam zamanlı görev yapıyor ve sağlık hizmeti sunumunda rol alıyor olması gerektiği vurgulanmıştır.

- Acil Tıp programında tanımlı “eğitici” kadrosunun tamamı Acil Tıp uzmanı olmalıdır.
- Programda her 5 Acil Tıp uzmanlık öğrencisi için bir Acil Tıp uzmanı olan eğitici olmalıdır. Tüm eğiticiler, program hedeflerine ulaşılması için tıpta uzmanlık öğrencilerinin eğitimine aktif olarak katılmalıdır, çalışma saatinin en az %75’ini Acil Tıp Anabilim Dalı/Kliniğinde geçirmelidir.
- Tüm eğiticiler, düzenli aralıklarla program hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirmelidir.
- Anabilim Dalı Başkanının/Eğitim Sorumlusunun denetiminde tüm eğiticiler uzmanlık eğitim programının günlük aktivitelerinin yerine getirilmesi sorumluluğunu taşımalıdır.

D. Eğitim Programı Organizasyonu ve Yapısal Standartlar

- Eğitim süresi ve planı:
 - TUK tarafından onaylanmış eğitim programı, TUKMOS tarafından tanımlanmış Acil Tıp çekirdek müfredati eğitim programı asgari şartlarını karşılayacak şekilde, 48 ay (yıllık yasal izinler hariç kesintisiz) devam etmelidir.
 - Kritik çocuk ve yeni doğan hasta bakımına ilişkin eğitim için;
 - Planlı çocuk hastalıkları rotasyonunun en az %50’si çocuk acilde geçirilmelidir.
 - 18 yaş ve altı hastaların bakımına 5 ay ayrılmalı veya verilen tüm acil hasta bakımının %20’si çocuk hasta olmalıdır.
 - Tüm bu sürenin en az %50 si acil serviste geçirilmelidir.
 - Bu süre kritik hastaları da kapsamalıdır.
 - Bu tecrübenin en az %60’ı Acil Tıp biriminde Acil Tıp eğiticileri gözetiminde gerçekleştirilmelidir.
 - Düşük riskli normal doğum eylemi gerçekleştirilmelidir.
 - Eğitim programı genel durumu kötü hastalara bakım becerisini kazanmak amacıyla en az 2 aylık hastane içi yoğun bakım rotasyonunu içermelidir.
 - Tıpta uzmanlık öğrencileri ilk yıllarının en az %50’sini kendi anabilim dalında/kliniğinde geçirmelidirler. Ama acil serviste uzun süreli klinik çalışmanın rotasyonlarda öğrenilecek deneyimlerin önüne geçmesine izin verilmemelidir.

- Her Anabilim Dalı /Acil Tıp Kliniği kendi ihtiyaçlarına göre her bir yıl başına en az ve en çok kaç tıpta uzmanlık öğrencisine ihtiyacı olduğunu önceden belirlemelidir.
- Üst ihtisaslar: Acil Tıp ile ilgili herhangi bir üst ihtisas var ise eğitim programına uygun eklemeler yapılmalı ve bu bölümlerde çalışan yan dal uzmanlık öğrencileri eğitim programında aktif olarak yer almalıdırlar.
- Çalışma saatleri;
 - Her tıpta uzmanlık öğrencisinin acil servisten ve diğer eğitim faaliyetlerinden uzak en az 1 tam gün boş zamanı bulunmalıdır. Acil servis çalışma saatleri 12 saati geçmemelidir. Bir sonraki çalışma zamanı için de en az 12 saatlik boş bir zaman bulundurulmalıdır. Tıpta uzmanlık öğrencileri haftada 60 saatten daha fazla hasta bakımında bulunmamalı ve eğitim, hasta bakımı ve diğer aktiviteler için 72 saatten fazla olmamalıdır.
 - Eğitim ile klinik çalışma dönemleri arasında 8 saat serbest zaman sağlanması önerilmektedir.
 - Eğitim programı sorumlusu tıpta uzmanlık öğrencilerinin rotasyonları sırasında yeterli ve uygun çalışma saatleri bulunmasına dikkat etmelidir.
- Müfredat
 - Acil Tıp uzmanlık eğitim programı, Acil Tıp pratiğinin ilkelerinin öğrenilmesine ve klinik problemlerin çözümünde bu ilkelerin uygulanması için gerekli olan sorumluluk ve tecrübenin sağlanmasına yönelik, temel beceri ve bilgilerin sağlandığı bir program olmalıdır.
 - Tüm tıpta uzmanlık öğrencilerine tecrübeli bir akademik personelin denetiminde ve kılavuzluğunda, klinik olgunluk, karar verme yeteneği ve teknik becerileri yeterli düzeyde geliştirmeleri için eşit fırsatlar sağlanmalıdır.
 - Müfredat şunları içermelidir:
 - Uzmanlık öğrencileri ve eğiticilere uygun hazırlanan eğitim programının tüm eğitim hedefleri,
 - Her bir rotasyonun ya da programdaki diğer görevlendirmelerin eğitim hedefleri
 - Yazılı ve elektronik şekilde tüm uzmanlık öğrencilerine en az yılda bir dağıtılacak, her eğitim dönemi için tanımlı yetkinlik temelli amaç ve hedefler,
 - Her bir eğitim hedefinin yerine getirilmesinde kullanılacak yöntemler,
 - Her bir hedefin yerine getirilmesi ile bağlantılı değerlendirme süreçleri,
 - Geribildirim mekanizmaları,

- Eğitim programını devam ettiği süre boyunca bir uzmanlık öğrencisinin süpervizyonu, hasta yönetiminde sorumlulukları ve bu sorumluluğun progresyonu,
- Düzenli didaktik ders takvimi.
- Her bir uzmanlık eğitim programı, Anabilim Dalı/Kliniğin eğitimcileriyle birlikte geliştirdiği ve haftada en az en az 4 saat didaktik, 4 saat uygulamalı önceden planlanmış eğitim çalışmalarını/günlerini içermelidir. Bu eğitim çalışmaları/günü; daha önceden tanımlanmış olan müfredat programı temel alınarak yapılan sunumları, mortalite ve morbidite toplantılarını, dergi/makale saatini, idari/yönetmelik konuları içeren seminerleri ve araştırma yöntemlerini içermelidir. Ayrıca bu eğitim çalışmaları/günü diğer disiplinlerin düzenlediği toplantılara katılımı, probleme dayalı, kanıta dayalı ve bilgisayar temelli eğitim örneklerini, eğitimde kullanılan yeni yöntemleri ve pratik çalışmaları da kapsamalıdır.
- Ana didaktik eğitimin verildiği derslikler Acil Tıp eğitim programının yürütüldüğü klinik alanda olmalıdır.
- Bu eğitim saatleri bir eğitici denetiminde gerçekleştirilmelidir.
- Programda görev alan eğitimciler bu planlı eğitim çalışmalarının en az %50'sinde hazır bulunmalı ve aktif katılımcısı olmalıdır.
- Eğitim gününde hazır bulunan tıpta uzmanlık öğrencilerinin klinikte ek bir görevlerinin olmaması sağlanmalıdır. Bazı dış rotasyonlar sırasında eğitim gününe katılım mümkün olmasa da, tıpta uzmanlık öğrencilerinin planlı eğitim günlerinin %70'ine katılımları önerilmektedir. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin bu eğitim çalışmalarına düzenli katılımları gözlenmeli ve belgelendirilmelidir.
- Bu eğitim saatlerinin etkinliği yıllık olarak eğitici ve uzmanlık öğrencilerinin geribildirimini ile değerlendirmelidir.
- En az %20 (aylık yaklaşık 4 saat) didaktik ders bir eğitici tarafından verilmelidir.
- İnteraktif planlanmış saatler didaktik eğitim saatlerinin en çok %20'si olmalıdır.
- Simülasyon eğitimi için uzmanlık öğrencilerinin lüzum durumunda dış kurum rotasyonu planlanabilir.
- Eğitim programı aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır:
 - Odağında hastanın yer aldığı bir bakım hizmeti sağlama
 - Tıbbi bilgi ve beceri

- Multidisipliner ekip çalışmasına uyumu sağlayacak iletişim, iş birliği ve iletişim becerisi
- Diğer sağlık çalışanlarının eğitimi ve ilgili eğitim konuları
- Liderlik ve yönetim becerileri
- Kanıta dayalı tıp ve kalite geliştirme uygulamaları
- Bilginin ve diğer teknolojinin kullanılması
- Koruyucu hekimlik ve travma kontrol yöntemlerinin temelleri
- Acil Tıp sistemleri
- Hekim ruh ve beden sağlığı
- Tıbbi etik, profesyonellik ve legal konular
- Tıbbi literatürü değerlendirme becerileri
- Eğitim programı, **sistem temelli** ele alındığında tüm yaş gruplarında acil bakım ile ilgili aşağıdaki teorik ve pratik klinik eğitim becerilerini içerecek şekilde hazırlanmalıdır:
 - Abdominal ve Gastrointestinal hastalıklar
 - Kardiyovasküler hastalıklar
 - Dermatolojik hastalıklar
 - Endokrin, metabolik ya da beslenme ile ilgili hastalıklar
 - Baş ve boyun hastalıkları
 - Hematolojik hastalıklar
 - İmmün sistem hastalıkları
 - Sistemik enfeksiyöz hastalıklar
 - Nontravmatik kas-iskelet sistemi hastalıkları
 - Santral sinir sistemi hastalıkları
 - Doğum ile ilgili durumlar
 - Çocuk hastalıkları
 - Psikiyatrik bozukluklar
 - Böbrek hastalıkları
 - Solunum sistemi hastalıkları
 - Travmatik hastalıklar
 - Ürogenital/Jinekolojik hastalıklar
 - Sıvı elektrolit bozuklukları
 - Göz hastalıkları
 - Onkolojik hastalıklar
 - Tıbbi bakım komplikasyonları

- Eğitim programı, **semptom temelli** ele alındığında tüm yaş gruplarında aşağıdaki semptomlar varlığında acil bakım ile ilgili teorik ve pratik klinik eğitim becerilerini içerecek şekilde hazırlanmalıdır:
 - Ağlayan bebek
 - Ateş
 - Akut karın ağrısı ve distansiyonu
 - Bacak ağrısı
 - Baş ağrısı
 - Baş dönmesi
 - Bel ağrısı
 - Bilinç değişiklikleri
 - Cilt yakınmaları
 - Çarpıntı
 - Davranış bozuklukları ve ajitasyon
 - Diare
 - Dispne
 - Göğüs ağrısı
 - Kardiyak arrest
 - Kol ağrısı
 - Kusma
 - Nöbet
 - Sarılık
 - Senkop
 - Şok
 - Travma dışı kanamalar
 - Üriner semptomlar
- Eğitim programı, **acil tıbbi özel tecrübe gerektiren konularda** tüm yaş gruplarında acil bakım ile ilgili eğitimi içerecek şekilde hazırlanmalıdır:
 - İhmal ve suistimal
 - Sedasyon analjezi
 - Afet tıbbi
 - Çevresel aciller
 - Adli konular
 - Halk sağlığı
 - Yaralanma önleme ve sağlığı geliştirme
 - Hastane öncesi bakım
 - Toksikoloji

ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

- Acil Tıp uzmanlığında yönetim
- Acil Tıp sistemleri
- Eğitim programı, tüm yaş gruplarında aşağıdaki acil bakıma ilişkin tüm **temel klinik girişim becerileri** ile ilgili teorik ve pratik klinik eğitim becerilerini içerecek şekilde hazırlanmalıdır:
 - Acil USG
 - Baş boyun girişimleri
 - KPR
 - Hava yolu yönetimi
 - Sedasyon Analjezi becerisi
 - Ventilasyon yönetimi
 - Dolaşım desteği ve kardiyak girişimler
 - Tanısal girişimler
 - Gastrointestinal girişimler
 - Genitoüriner girişimler
 - Hijyen konuları
 - Muskuloskeletal girişimler
 - Nörolojik girişimler
 - Obstetrik ve jinekolojik girişimler
 - Oftalmik girişimler
 - Vücut sıcaklığı kontrolü
 - Transport
 - Yara bakımı
 - Oral ve maksillofasiyal girişimler
- Her bir resüsitasyon ve girişimin kaydı uzmanlık öğrencisi tarafından zamanında ve uygun şekilde kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda hasta yaşı, girişim türü, içeriği (canlı veya simülasyon) bulunmalıdır.
- Eğitim programı, eğitilen her tıpta uzmanlık öğrencisine hasta takibinin önemini ve bunun yerine nasıl getirileceğini öğretecek şekilde geliştirilmelidir;
 - Telefon takipleri, hasta dosyalarının değerlendirilmesi
 - Hasta çıkış özetlerinin zamanında kontrolü, konsültasyon notlarının incelenmesi
 - Düzenli aralıklarla yapılan olgu senaryoları
- Eğitsel faaliyetlerin %50'den fazlasının akademik personelin denetimi olmadan yapılmasına izin verilmemelidir.

- Tıpta uzmanlık öğrencilerinin hastane öncesi bakım hizmetlerini ve Acil Tıp sistemini daha iyi tanıyabilmeleri için eğitim saatleri veya gezileri planlanmalı, programlarda belirtilmelidir. Ayrıca hastane ya da il düzeyinde afet planlama aktivitelerine ve tatbikatlarına aktif katılım da önerilmektedir.
- Araştırma planlama aktiviteleri: Akademik tıp eğitimi her uzmanlık öğrencisinin, yeni bilgilerin öğrenilmesi sürecine katılmasını, araştırma bulgularını değerlendirmeyi öğrenmesini ve araştırma alışkanlığı edinmesini gerektirir. Bir araştırmanın düzenlenmesi ve yürütülmesinin sorumluluğu akademik personelindir. Tüm akademik personel araştırma aktivitelerine geniş bir katılım göstermelidirler. Bu aktiviteler şunları içermelidir:
 - Araştırma ruhunu aşılacak klinik çalışmalara, konferanslara aktif katılım
 - Dergi saati ve araştırma toplantılarına aktif katılım
 - Ulusal ya da bölgesel özellikli bilimsel ve profesyonel toplantılara aktif katılım
 - Eğitim programı her bir tıpta uzmanlık öğrencisinin mezun olmadan önce araştırma aktiviteleri konusunda yeteri kadar deneyim edinmesine uygun olmalıdır.
 - Eğitim programı tıpta uzmanlık öğrencilerine temel araştırma yöntemlerini, istatistik analiz yöntemlerini ve günümüz tıbbi literatürünün gözden geçirilmesi konularını öğretmelidir.
- Hekim memnuniyeti: Acil Tıp uzmanı stresli bir ortamda uygun tıbbi bakımı vermesi için fizik ve ruh sağlığı son derece önemlidir. Acil Tıp uzmanlık eğitim programı, hekim memnuniyeti ve stres, sirkadien ritim ve madde bağımlılığını içeren konulara yer vermelidir.

E. Değerlendirme

- Anabilim Dalının /Acil Tıp Kliniğinin eğitim programı da dahil olmak üzere tüm etkinlikleri sürekli ve etkili bir şekilde değerlendirilmelidir. Tüm ölçme değerlendirme süreçleri planlı ve tanımlı olmalı, eğitim hedeflerine uygun ve gerekli değişikliklerin yapılabilmesini sağlamalıdır.
- Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Değerlendirilmesi
 - Uygun ölçütler ve yöntemler kullanarak yılda en az 2 defa tüm tıpta uzmanlık öğrencilerinin bilgi, beceri ve ilerleme düzeyleri değerlendirilmelidir.
 - Ölçme değerlendirme bilgiye, uygulamaya ve profesyonelliğe yönelik değerlendirmeleri içeren “biçimlendirici” yöntemleri ve tıpta uzmanlık öğrencilerinin acil koşullarda baktıkları hastalar için tutulan kayıtları (hasta

dosyaları, adli raporlar) ve uygulanan girişimleri değerlendirdiği “belgeleyici” yöntemleri içermelidir.

- Biçimlendirici değerlendirmelerde
 - Farklı çeşitlilikte değerlendirici kullanılabilir (eğitciler, hastalar, akranlar, diğer sağlık personeli...)
 - Her bir değerlendirme ve öğrencinin performansı kaydedilmeli, monitorize edilmelidir.
 - Yılda iki kez geribildirim verilmelidir.
 - Öğrenci en az yılda bir kez girişimler için formal olarak değerlendirilmelidir.
- Belgeleyici değerlendirmelerde
 - Kurumun olanaklarına ve politikalarına uygun şekilde zamanında ve uygun şekilde tıpta uzmanlık öğrencileri tarafından tutulan kayıtlar eğitim program sorumlusu tarafından değerlendirilmelidir.
- Tıpta uzmanlık öğrencilerini gittikleri her rotasyonda değerlendirecek resmi bir mekanizma da kurulmalıdır. Bu değerlendirmelerin sonuçları tıpta uzmanlık öğrencileri ile görüşülüp yazılı hale getirilmeli ve ilgili tıpta uzmanlık öğrencisine imzalatılmalıdır. Bu değerlendirme işlemi eğitim program sorumlusu ve her bir tıpta uzmanlık öğrencisi arasında ayrı ayrı yapılmalı ve yılda en az 2 defa olmalıdır.
- Değerlendirme sonuçlarına göre, uygun olan tıpta uzmanlık öğrencilerine daha fazla sorumluluk verilmeli yani kıdem artırımına gidilmelidir.
- Değerlendirme sonuçlarına göre ortaya çıkan eksiklikleri giderecek çözüm yolları üretilmeli, bu işlem yazılı hale getirilmeli ve en az 3 ayda bir kontrol edilmelidir.
- Eğitim süresini bitiren her bir tıpta uzmanlık öğrencisi yazılı bir final sınavına tabi tutulmalı, bu sınav tıpta uzmanlık öğrencisinin Acil Tıp konularına ve pratik uygulamalarına, eğitsel faaliyetlere ve araştırma yöntemlerine yakınlığını ölçmeye yönelik olmalıdır.
- Eğitici kadrosunun değerlendirilmesi
 - Anabilim Dalı Başkanı/Klinik Eğitim Sorumlusu yılda en az 1 defa akademik kadroyu, eğitim program sorumlusundan ve Acil Tıp uzmanlık öğrencilerinden aldığı geri bildirimlere dayanarak değerlendirmelidir.
 - Akademik kadronun değerlendirilmesi, eğitsel becerileri, klinik bilgiyi, profesyonellik, akademik etkinlikler ve klinik pratiği içermelidir. Anabilim Dalı Başkanı/Klinik Eğitim Sorumlusu, bu değerlendirmenin sonuçlarını her eğitici ile ayrı ayrı tartışmalıdır.

- Eğitim Programının Değerlendirilmesi
 - Eğitim programının hedeflere ulaşmaktaki etkinliği ve müfredat programının yeterliliği tüm tıpta uzmanlık öğrencileri ve akademik kadro tarafından yılda en az 1 defa değerlendirilmelidir. Olumlu ve olumsuz gelişmeler, düzeltici önlemler tartışılmalı ve kaydedilmeli, gerekli revizyonlar yapılmalıdır.

F. Öğrenme ve Çalışma Ortamı

- Tıpta uzmanlık öğrencilerine gerek klinik gerek eğitim saatlerinde, bugün ve gelecekte mükemmel düzeyde kaliteli ve güvenli sağlık bakımı verilmesi hedeflenmelidir.
- Rol modelleme yolu ile merak, kişisel gelişim, olumlu problem çözme, keşif duygusunu destekleyen ve tüm acil servis ekibinin iyilik halinin önemini vurgulayan bir öğrenme ve çalışma ortamı yaratılmalıdır.
- Hasta güvenliği ve kalite: Hastaların insani ve kişisel ihtiyaçlarına, güvenliklerine odaklanan yüksek düzeyde hasta bakımı verme hedefine yönelik olarak eğitim sağlanmalıdır.
 - Bu gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip olmak yanı sıra gözetmen eşliğinde çalışan uzmanlık öğrencilerinin bilgi ve tecrübelerinin sınırlarını bilmelerini, ihtiyaç halinde yardım istemelerini gerektirir.
 - Eğitim programı bir hasta güvenliği anlayışı (kesintisiz azami dikkat, açıkları saptayıcı mekanizmalar, açıkların kaydı ve giderilmesi...) oluşturmayı desteklemelidir.
 - Uzmanlık öğrencisi kalite geliştirme çabalarının ve eğitimlerinin içinde yer almalıdır.
 - Eğiticilerin Acil Tıp uzmanlık öğrencileri eğitiminde gözetmen/gözlem sorumluluğu tanımlanmalıdır. Başlıca gözetmenlik türleri:
 - Doğrudan gözetmen; eğiticinin hasta bakımında bizzat öğrenci ile birlikte bulunması
 - Dolaylı gözetmen; acil servis veya hastanenin diğer alanında olup ihtiyaç durumunda hasta bakım alanına ulaşabilecek şekilde veya telefonla/elektronik olarak ulaşılacak uzaklıkta yer alan eğiticinin gözetmenliği
 - Gözlemci; girişim veya bakım verildikten sonra geribildirim verilecek şekilde öğrencini gözlenmesidir
 - Kıdemli uzmanlık öğrencisi ve uzman hekimler kıdemsiz uzmanlık öğrencilerinin gözetiminde yer alabilirler.

- Birinci yıl uzmanlık öğrencileri tüm işlem ve hasta bakımını doğrudan veya dolaylı şekilde gözetmenle gerçekleştirilmelidir.
- Profesyonellik
 - Bir eğitim programı tüm eğitici ve uzmanlık öğrencilerini kendi sağlığını idame ettirmeleri de dâhil, hasta güvenliği, hasta ve aile odaklı bakıma ilişkin tüm profesyonel sorumlulukları konusunda eğitimi sağlamalı, uygun anlayışı kazandırmalıdır.
 - Bu profesyonel sorumluluklar içinde;
 - Hasta bakımında karşılaşılan yan etkileri, güvenlik sorunlarına ilişkin düzeltici önleyici faktörleri takip ve bildirme,
 - Gerek kişisel gerekse de diğer tüm ekibin gelişim ve sağlıklarına ilişkin konularda farkındalık,
 - Yaşam boyu öğrenme,
 - Hasta bakım kalitesini takip ve geliştirme,
 - Hasta ihtiyaçlarını kendi çıkarlarının önünde tutma,
 - Klinik ve eğitim saatlerindeki dokümantasyon, veri kaydı,
 - Lüzum halinde ve belli koşullar altında hasta bakımını daha uygun sağlayabilecek başka bir hekime devredilmesi
 - Bir eğitim programı dâhil olan tüm taraflar için (öğrenci, eğitici) baskıcı olmayan, kötüye kullanımın söz konusu olmadığı saygılı, profesyonel, medeni bir ortam sunmalıdır.
 - Bir eğitim programı, dâhil olan tüm tarafların profesyonel olmayan davranışlarının araştırılması, ortaya konup ele alınması ve kaydı için tanımlı süreçlere sahip olmalıdır.
- İyilik Hali
 - Eğitim programlarının, uzmanlık öğrencileri ve eğiticileri için fiziksel, duygusal ve psikolojik iyilik sağlamada sorumluluğu vardır. Bu sorumluluk şunları kapsamalıdır;
 - Her bir uzmanlık öğrencisinin hekim dışı sorumluluklarını asgariye indirmek, hastalarla geçirdiği zamanın tanımlı olması, idari desteğin sağlanması, süreç içerisinde ilerleyici şekilde özerlik ve esnekliğin teşvik edilmesi, profesyonel ilişkilerin geliştirilmesi,
 - İş baskısı, yoğunluğuna dikkat etme ve iş takviminin uygun düzenlenmesi,
 - İş güvenliğini azami düzeyde sağlayacak uygun ortamın oluşturulması,
 - Eğitici ve uzmanlık öğrencilerinin fiziksel, duygusal ve psikolojik “sağ-

lıklı olma” halini destekleyecek politikalar hazırlanması,

- Tükenmişlik, depresyon, madde kullanımı açısından önleyici tedbirlerin alınması ve tanıma, takip, değerlendirme araçlarının ve acil durumlarda uygun müdahale/destek imkânlarının sağlanması,
- Bir uzmanlık öğrencisinin hasta bakımı sorumluluğunu yerine getirmesi durumunda hasta bakım hizmet devamlılığını sağlamak için girişimlerin tanımlanması.



BÖLÜM 9

ACİL TIP ROTASYON HEDEFLERİ

Tıpta Uzmanlık Kurulunun yayınladığı 12.10 2017 tarihli Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı kararında belirlenen rotasyon sayı ve içeriği ekli tabloda belirtilmektedir. Kurul burada yer alan Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı rotasyonunun bir ayının Çocuk Acil hizmetlerine yönelik yaptırılmasını önermektedir.

Rotasyon Süresi	Rotasyon Dalı
1 Ay	Anesteziyoloji ve Reanimasyon
1 Ay	Genel Cerrahi
1 Ay	İç Hastalıkları
1 Ay	Kardiyoloji
2 Ay	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
1 Ay	Kadın Hastalıkları ve Doğum
1 Ay	*Nöroloji, Göğüs Hastalıkları
1 Ay	*Ortopedi ve Travmatoloji, Radyoloji

* Eğitim Kurumunun imkanlarına göre Akademik Kurul'un tercihi ile seçmeli olarak yaptırılacaktır.

Yetkinlikler

T: Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme düzeyini ifade eder.

A: Hastanın acil durum tanısını koymak ve hastalığa özel acil tedavi girişimini uygulayabilme düzeyini ifade eder.

Girişimsel Yetkinlikler

1: Girişimin nasıl yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma ve bu konuda gerektiğinde açıklama yapabilme düzeyini ifade eder.

2: Acil bir durumda, kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında bu girişimi yapabilme düzeyini ifade eder.

3: Karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişimi uygulayabilme düzeyini ifade eder.

4: Karmaşık olsun veya olmasın her tür olguda girişimi uygulayabilme düzeyini ifade eder.

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ROTASYONU

GİRİŞİMSSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
Rejyonel anestezi ve periferik sinir blokları	1
Uygun balon-valf-maske kullanımı	2
Endotrakeal ve nazotrakeal entübasyon	2
Zor hava yolu yönetimi	1
Ameliyathane dışı anestezi ve bilinçli sedasyon uygulamaları	2
Supraglottik havayolu açma	2
Cerrahi hava yolu açma	1
Santral damar yolu açma ve kateterizasyon	2
İntraarteriyel yol açma	1

GENEL CERRAHİ ROTASYONU

KLİNİK YETKİNLİK HEDEFLERİ

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
Karın ağrılı hastanın yönetimi	T, A
Memenin sık karşılaşılan hastalıkları	T, A
Anüs ve rektumun sık karşılaşılan hastalıkları	T, A

GİRİŞİMSSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
Abse drenajı	2
Tromboze hemoroid tedavisi	1
Uygun yara kapatma yöntemleri	2
Yara bakımı	2
Cerrahi hastalarında sıvı resüsitasyonu	2

İÇ HASTALIKLARI**GİRİŞİMSSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ**

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
Uygun sıvı elektrolit tedavisi	2
Yoğun bakıma yatış endikasyonu koyma	2
Diyabetik ketoasidoz yönetimi	2
ABY yönetimi	2
GİS Kanamalı	1
Hepatik yetmezlik yönetimi	1

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ROTASYONU**GİRİŞİMSSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ**

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
Düşük riskli gebelik ve doğum eyleminin yönetimi	2
Komplike gebelik ve doğum eylemini yönetimi	1
Genital sistem travmalı gebe ve gebe olmayan hastaların değerlendirilme	1
Genital ve pelvik enfeksiyöz hastalıklarının yönetimi	2
Cinsel tacize uğramış hastaları değerlendirme	1
Vajinal kanaması olan gebe hastaların yönetimi	2
Vajinal kanaması olan gebe olmayan hastaların yönetimi	2

KARDİYOLOJİ**GİRİŞİMSSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ**

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
İleri monitörizasyon tekniklerinin uygulanması	1
Disritmi yönetimi	2
İskemik kalp hastalığı olan hastaların yönetimi	2
Kalp yetmezliği olan hastaların yönetimi	2
Geçici transvenöz pacemaker uygulaması	1
Acil transtorasik ekokardiyografik değerlendirme	2

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ROTASYONU**KLİNİK YETKİNLİK HEDEFLERİ**

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
Pediyatrik döküntülü hastalıklar	A, T

GİRİŞİMSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
Pediyatrik damar yolu açma	2
Suprapubik mesane aspirasyonu	1
Pediyatrik lomber ponksiyon	1
Pediyatrik EKG yorumlaması	2
Pediyatrik grafiğin yorumlanması	2
Yenidoğan ve/veya çocuk resusitasyonu	2
Çocuk hastalarda ateş ayırıcı tanısını yapabilmek	2
Çocuklarda sıvı ve elektrolit tedavisi	2
Sarılığı olan çocuklarda ayırıcı tanı ve yaklaşım	1

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ ROTASYONU*KLİNİK YETKİNLİK HEDEFLERİ**

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
Kas iskelet sisteminin enfeksiyöz ve enflamatuvar hastalıkları	T, A

GİRİŞİMSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
Ortopedik radyolojik değerlendirme	2
Ekstremité stabilizasyon yöntemleri (atel, alçı dahil)	2
Ekstansör tendon onarımı	1
Kapalı kırık redüksiyonu	1

NÖROLOJİ ROTASYONU*GİRİŞİMSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ**

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
İnme hastalarının yönetimi	2
Santral sinir sistemi enfeksiyonu olan hastaların yönetimi	1
Epileptik hastanın yönetimi	2
Beyin tomografisinin değerlendirilmesi	2
Beyin MRI görüntülemenin değerlendirilmesi	2
Lomber ponksiyon	1

GÖĞÜS HASTALIKLARI ROTASYONU*GİRİŞİMSSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ**

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
Pulmoner emboli yönetimi	2
Pnömoni hastalarının yönetimi	2
Tüberküloz hastalarının yönetimi	1
KOAH ve Astım hastalarının yönetimi	2
SFT değerlendirmesi	1

RADYOLOJİ ROTASYONU*GİRİŞİMSSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ**

Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
Direk grafi değerlendirme	2
Bilgisayarlı tomografi değerlendirme	2
MRI değerlendirme	1
USG değerlendirme	1

Kaynaklar

- Adams J, Schmidt T, Sanders A, Larkin GL, Knopp R & SAEM Ethics Committee. (1998). Professionalism in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine*, 5(12), 1193-1199.
- Beeson MS, Holmboe ES, Korte RC, Nasca TJ, Brigham T, Russ CM & Reisdorff EJ. (2015). Initial validity analysis of the emergency medicine milestones. *Academic Emergency Medicine*, 22(7), 838-844.
- Bukowski BJ, Tanner P, Jurvellin M, “The Academic Advising and Exploration Center: Dr. Richard Telfer’s Successful Vision of Academic Advising For First Year Students at the University of Wisconsin-Whitewater”, Wisconsin, 2007
- Deiorio NM, Fitch MT, Jung J, et al. Evaluating Educational Interventions in Emergency Medicine. Kowalenko T, ed. *Acad Emerg Med*. 2012;19(12):1442-1453.
- Dent JA, Harden RM. New horizons in medical education. A Practical Guide for Medical Teachers 2013;1:3-7
- Dyne PL, Strauss RW, & Rinnert S. (2002). Systems-based practice: the sixth core competency. *Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1270-1277.
- Epstein RM, & Hundert EM. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of American Medical Association*, 287(2), 226-235.
- European Union of Medical Specialist (UEMS). (online), European Training Requirements for the Specialty of Emergency Medicine. 11 November 2019, posting date. https://www.uems.eu/___data/assets/pdf_file/0014/64400/UEMS-2018.19-European-training-Requirements-Emergency-Medicine-.pdf
- Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, & Harden, R. M. (2010). Com-

- petency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*, 32(8), 638-645.
- Grall KH, Harris IB, Simpson D, et al. Excellent emergency medicine educators adapt teaching methods to learner experience level and patient acuity. *International Journal of Medical Education*. 2013;4:101-106.
- Goldie J. AMEE Education Guide no. 29: Evaluating educational programmes, *Medical Teacher*, 2006, DOI: 10.1080/01421590500271282
- Goldman EF, Plack MM, Roche CN, Smith JP & Turley CL. (2011). Learning clinical versus leadership competencies in the emergency department: strategies, challenges, and supports of emergency medicine residents. *Journal of graduate medical education*, 3(3), 320-325.
- Härtel C, Brown R, Prosen G, Dryver E, Petrino R, & Kurland L. (2017). European core curriculum for emergency medicine. https://eusem.org/images/pdf/European_Core_Curriculum_for_EM_-_Version_1.2_April_2017_final_version.pdf
- Hawkins RE, Welcher CM, Holmboe ES, Kirk LM, Norcini JJ, Simons KB, & Skochelak SE. (2015). Implementation of competency-based medical education: are we addressing the concerns and challenges? *Medical Education*, 49(11), 1086-1102.
- Howe N and Strauss W. *Millennials Rising: the Next Generation*. New York: Vintage Books; 2009.
- Houghland JE, Druck J. Effective Clinical Teaching by Residents in Emergency Medicine. *Annals of Emergency Medicine*. 2009;55(5):434-439
- Karabilgin ÖS. İletişim Becerileri Eğitiminde Kullanılan Yöntem ve Teknikler, *Türkiye Klinikleri J Med Educ-Special Topics*. 2016
- Kiesewetter J, Schmidt-Huber M, Netzel J, Krohn AC, Angstwurm M, & Fischer MR. (2013). Training of leadership skills in medical education. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 30(4).
- Köser DB, Mercanhoğlu Ç. "Akademik Danışmanlık Hizmetinin Önemi Ve Türkiye'deki Üniversitelerde Akademik Danışmanlık Hizmetinin Değerlendirilmesi", *Sosyal Ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 2010, ISSN: 1309 -8012
- Lafleur A, Gagné M, Paquin V & Michaud-Couture C. (2019). How to Convince Clinicians that 'Soft' Skills Save Lives? Practical Tips to Use Clinical Studies to Teach Physicians' Roles. *MedEdPublish*, 8.
- Larkin GL, Binder L, Houry D, & Adams J. (2002). Defining and evaluating professionalism: a core competency for graduate emergency medicine education. *Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1249-1256.
- Lateef F. (2018). Grace under pressure: Leadership in emergency medicine. *Journal of emergencies, trauma, and shock*, 11(2), 73.
- Lyons K, McLaughlin J E, Khanova J & Roth MT. (2017). Cognitive apprenticeship in health sciences education: a qualitative review. *Advances in Health Sciences Education*, 22(3), 723-739.
- Martin J, Lloyd M, & Singh S. (2002). Professional attitudes: can they be taught and assessed in medical education? *Clinical medicine*, 2(3), 217-223.
- Marx J, Walls R, & Hockberger, R. (2014). *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice* (8. Edisyon). Philadelphia: Elsevier.
- Mıdık Ö. Tutumun Ölçme ve Değerlendirmesi, Tıp Eğitiminde Ölçme ve Değerlendirme. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018
- Miller MD, Linn R, Gronlund NE, 2009, Part 2, Classroom tests and assessments, *Measurement and assessment in teaching, tenth edition*. Pearson.
- Monaco M and Martin M. The millennial student: A new generation of learners. *ATEJ*. 2007;2(2):42-46.
- Pearson D, Cooney R, Bond M. Recommendations from the Council of Residency Directors (CORD) social media committee on the role of social media in residency education and strategies on implementation. *West J Emerg Med*. 2015;16(4):510-515.
- Rafique M, Nuzhat A & Enani MA (2017). Professionalism in medical education-perspectives of medical students and faculty. *MedEdPublish*, 6.

- Rogers RL. Practical Teaching in Emergency Medicine, March 2009, DOI: 10.1002/9781444303636.
- Ross S, Hauer KE & van Melle E. (2018). Outcomes are what matter: Competency-based medical education gets us to our goal. *MedEdPublish*, 7.
- Sadosty AT, Goyal DG, Gene Hern H Jr, et al. Alternatives to the conference status quo: Summary recommendations from the 2008 CORD Academic Assembly conference alternatives workgroup. *Acad Emerg Med*. 2009;16:S25-S31
- Spector ND & Trimm RF. Teaching, Promoting and Assessing Professionalism Across the Continuum: A Medical Educator's Guide. <https://www.abp.org/sites/abp/files/pdf/professionalism.pdf>
- Swannick T, 2014, Part 2 Chapter 8 Supervision, mentoring and coaching, *Understanding medical education*. Willey Backwell
- Yeung M, Nuth J, Stiell IG. Mentoring in emergency medicine: the art and the evidence, *CJEM*. 2010, DOI:10.1017/s1481803500012173
- T.C. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK). (Çevrimiçi), Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı v.2.3 (2017) 11 Kasım 2019, erişim tarihi. <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,53246/acil-tip.html>
- The Accreditation Council for Graduate Medical Education & The American Board of Emergency Medicine. (2015). The Emergency Medicine Milestone Project. <https://www.abem.org/public/resources/emergency-medicine-milestones-ksas>
- The Accreditation Council for Graduate Medical Education & The American Board of Emergency Medicine. Program Requirements for Graduate Medical Education in Emergency Medicine, Chapter VI, 2019. https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/110_EmergencyMedicine_2019.pdf?ver=2019-06-25-082649-063
- The American Board of Emergency Medicine. (2016). ABEM Knowledge Skills Abilities & Standards. <https://www.abem.org/public/resources/emergency-medicine-milestones-ksas>
- The European Society for Emergency Medicine. (Online), European Core Curriculum For Emergency Medicine, Version 1.2. 11 November 2019, posting date. <https://eusem.org/wp-content/uploads/2017/04/European-Core-Curriculum-for-EM-Version-1.2-April-2017-final-version-1.pdf>
- The Royal College of Emergency Medicine. (2015). Curriculum and Assessment Systems For Training in Emergency Medicine. <https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/curricula/emergency-medicine-curriculum>
- The Royal College of Emergency Medicine (RCEM). (Online), A trainee's guide to Specialty Training in Emergency Medicine. 11 November 2019, posting date. <https://www.rcem.ac.uk/docs/Training/A%20trainee%27s%20guide%20to%20EM%20specialty%20training%20November%202017%20Final.pdf>
- The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2015). CanMEDS. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework>
- Wolff M, Wagner MJ, Poznanski S, et al. Not Another Boring Lecture: Engaging Learners with Active Learning Techniques. *J Emerg Med*. 2012;48(1):85-93.



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

KISIM 4

TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİ UZMANLIK EĞİTİMİ KARNESİ ÖNERİSİ

YAZAR

Dr. İbrahim TÜRKCÜER



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

..... Üniversitesi Tıp Fakültesi /Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 Acil Tıp Anabilim Dalı/ Acil Tıp Kliniği
 Uzmanlık Eğitimi Karnesi

KİMLİK BİLGİLERİ
 Uzmanlık Öğrencisinin

Adı Soyadı	
TC No	
e-posta	
Tel	
Önceki Eğitim Kurumları	
Uzmanlık Eğitim Programına Girdiği TUS dönemi /Puanı	
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi	
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi	
Eğitim Danışmanı	
Tezin Verildiği Tarih	
Tez Danışmanı	

BÖLÜM I.**Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Eğitimi Standardizasyon ve Kredilendirme Sistemi Yönergesi****Amaç****Tanımlar****A. Zorunlu Etkinlikler**

1. Kamu Görevleri
2. Rotasyonlar
3. Uzmanlık Tezi
4. Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Bilimsel Etkinlikleri
 - Ders/Seminer Saati
 - Toksikoloji Toplantıları
 - Olgu Toplantıları
 - Makale Saati
 - Olgu Senaryoları (ATLS/ACLS)
 - Tez ve Araştırma Toplantıları
 - Ara Değerlendirme Sınavları
 - Uygulama ve Kredilendirme Defteri
 - Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Geri Bildirimleri
 - Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Mezuniyet Sonrası Eğitim Toplantıları

B. Gönüllü Etkinlikler

1. Toplantılar
2. Yayınlar
3. Yabancı Dil Sınavı

C. Kredilendirme Sistemi

1. Zorunlu Etkinliklerin Kredilendirilmesi
 - Toplantıların Kredilendirilmesi
 - Uygulamaların Kredilendirilmesi
 - Sınavların Kredilendirilmesi
 - Rotasyonların Kredilendirilmesi
 - Hasta-Hekim ve Hekim-Hekim İlişkileri
2. Gönüllü Etkinliklerin Kredilendirilmesi
 - Toplantıların Kredilendirilmesi

- Yayınların Kredilendirilmesi
 - Yabancı Dil Sınavı Kredilendirilmesi
3. Değerlendirme Toplantısı
 4. Özendirme
 5. Organizasyon

BÖLÜM II.

Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Çalışma Düzeni

- A. Kıdemler
- B. Nöbetler
- C. İzinler
- D. Eğitim Etkinlikleri ve Tez Çalışmaları

BÖLÜM III.

Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Uygulama ve Etkinlikleri

- A. Temel Yetkinlikler
- B. Klinik Yetkinlikler
- C. Rotasyonlar
- D. Sınavlar
- E. Bilimsel Etkinlikler
- F. Uzmanlık Tezi Takip Formu
- G. Uzmanlık Eğitimi Karnesi Ara Değerlendirme Formları
- H. Kredilendirme Dökümü



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

BÖLÜM 1

TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİ EĞİTİMİ STANDARDİZASYON VE KREDİLENDİRME SİSTEMİ YÖNERGESİ

AMAÇ

Bu yönerge ile Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalında/Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde gerçekleştirilen Tıpta Uzmanlık Eğitimi'nin (TUE) standartlarını saptamak, bu standartları yükseltmek, tıpta uzmanlık öğrencilerinin (TUÖ) verilen/ alınan eğitime uyum ve başarılarını değerlendirmek, “kıdem” yükseltmelerini bu değerlendirmeye göre gerçekleştirmek, eğitim sistemindeki öznel ve nitel değerlendirmeleri nesnel ve nicel bir özelliğe kavuşturmak son olarak da TUÖ'nin eğitim sistemine aktif katılımını özendirmek ve geri bildirimlerini almak amaçlanmaktadır.

TANIMLAR

Kıdem Tanımlamaları ve Toplam Süre: Acil Tıp Anabilim Dalında/ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde uzmanlık öncesi; A1, A2 ve A3 kıdem olmak üzere 3 ayrı kıdem söz konusudur. Toplam süre 4 yıl olmakla birlikte uzmanlık tezi ve diğer gereksinimlerin yerine getirilemediği durumda Anabilim Dalı Akademik Kurulu önerisiyle bu süre uzatılabilir. Her yeni başlayan TUÖ, A3 kademindedir. 1 yılını dolduran TUÖ değerlendirme toplantısında görüşülür; ölçütleri karşıladığı durumda A2 kadmeye yükseltilir. A2 kademde 2 yıl kalınır. Bu süre sonunda değerlendirme toplantısında uygun ölçütleri tutturana TUÖ A1 kademine yükseltilir. A1 kademinde 1 yıl kalınır. Bu süre sonunda değerlendirme toplantısında uygun ölçütleri tutturana ve tezini tamamlamış TUÖ'nin uzmanlık sınavına girmesine izin verilir.

Kredilendirme: Uzmanlık eğitiminin nesnel ve nicel değerlendirilmesi amacıyla etkinliklere puan verilmesidir.

Kredilendirme Sekreteryası : TUÖ Uzmanlık Eğitimi Standardizasyon ve Kredilendirme Sistemi'nin kayıtlarını tutan, toplantılarını düzenleyen çalışma grubudur.

Eğitim Dosyası: Her TUÖ'si için düzenlenen tüm eğitim etkinlikleri belgelerinin (ders anlatımı, kongre katılım belgeleri, yayınlar, sınav sonuçları gibi) yer aldığı dosyadır.

Uzmanlık Eğitimi Karnesi: Her TUÖ'ne uzmanlık eğitimi başlangıcında verilen, katıldığı tüm bilimsel aktivitelerini ve gerçekleştirdiği tüm uygulamalarını kaydettiği ve topladığı kredi puanlarını işlediği defterdir. Bu defter 6 ayda bir kontrol edilerek TUÖ'ye geri bildirimde bulunulur.

TUÖ Geri Bildirimleri: Uzmanlık eğitimi hakkında TUÖ'nün görüş ve önerilerini öğrenmek üzere her dış rotasyonu sonrasında yazılı (Geri Bildirim Formları aracılığı ile) ve her değerlendirme toplantısında sözel olarak geri bildirim alınır.

Değerlendirme Toplantısı: 6 ayda bir yapılan, TUÖ'nin topladıkları kredi puanlarının, uygulamalarının, sınav sonuçlarının değerlendirildiği, kıdem yükseltmelerinin gerçekleştirildiği, geri bildirimlerinin alındığı toplantılardır.

A. ZORUNLU ETKİNLİKLER

1. **Kamu Görevleri:** Eğitim ortamını oluşturan hastane ve hastalar ile ilgili tüm işler (başvuran acil hastaların muayene, bakım ve izlemi, vizitlere katılmak, nöbet tutmak, tıbbi ve adli kayıtları tutmak, ders hazırlamak gibi) kamu görevi olarak algılanmaktadır.
2. **Rotasyonlar:** Tababet Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dış rotasyonları yapmak yasal zorunluluktur. 27-28.07.2016 Tarih ve 727 No'lu TUK (Tıpta Uzmanlık Kurulu) kararı ile kabul edilen rotasyonlar ve süreleri aşağıdaki gibidir;
 - Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları: 2 ay (1 ayı Çocuk Acil hizmetlerine yönelik olarak yaptırılması önerilir. Eğitim Kurumu'nda ayrı bir Çocuk Acil olması durumunda rotasyon burada yaptırılır)
 - İç Hastalıkları: 1 ay
 - Genel Cerrahi: 1 ay
 - Kardiyoloji: 1 ay
 - Ortopedi ve Travmatoloji/Radyoloji: 1 ay (Eğitim Kurumu'nun imkanlarına göre Akademik Kurul'un tercihi ile seçmeli olarak yaptırılır)
 - Kadın Hastalıkları ve Doğum: 1 ay
 - Anesteziyoloji ve Reanimasyon: 1 ay
 - Göğüs Hastalıkları/ Nöroloji: 1 ay (Eğitim Kurumu'nun imkanlarına göre Akademik Kurul'un tercihi ile seçmeli olarak yaptırılır)

3. **Uzmanlık Tezi:** Uzmanlık tezi hazırlamak yasal zorunluluktur. Her TUÖ'nün tıpta uzmanlık eğitiminin 2. yılında, tez konusu kendi görüş ve önerileri de değerlendirilerek saptanır. Anabilim Dalı tez komisyonu projeyi inceler, akademik kurula sunar. Burada belirlenen bir öğretim üyesi (ÖÜ) veya görevlisi (ÖG) tez danışmanı olur. Tez projesi hakkında 3 ayda bir yapılan Klinik ve Deneysel Çalışmalar Toplantısında bilgi aktarılır. Tez komisyonu Anabilim Dalı akademik kurulundaki tüm ÖG'den oluşur. Bu komisyon, TUÖ'nün, iki yıl içerisinde tez konularının belirlenmesinden de sorumludur.
4. **Acil Tıp Anabilim Dalı/Acil Tıp Eğitim Kliniği Bilimsel Etkinlikleri:** Anabilim Dalı'nda/Eğitim Kliniğinde teorik eğitim dönemi aralıksız devam eder. Aşağıda yer alan etkinlikler yapılır:
 - **Ders/Seminer Saati:** Her hafta XX günleri saat XX-XX arasında Anabilim Dalı/Acil Tıp Eğitim Kliniği dersliğinde tüm ÖÜ, ÖG, klinik uzmanları, TUÖ katılımı ile gerçekleştirilir. Seminer konuları, TUÖ'nün görüş ve önerileri alınarak öğretim üyeleri tarafından saptanır. TUÖ'nün her biri ve ÖG'ler belirli bir sıra ile seminer hazırlar. Seminer föy halinde katılımcılara dağıtılır. Bir örneği TUÖ'nün eğitim dosyasına konur. Seminer hazırlığı ve sunumu bir ÖÜ'nin danışmanlığında gerçekleştirilir.
 - **Toksikoloji toplantıları:** Her hafta XX günleri, saat XX-XX arasında Anabilim Dalı/Acil Tıp Eğitim Kliniği dersliğinde tüm ÖÜ, ÖG, klinik uzmanları, TUÖ katılımı ile gerçekleştirilir. Acil Servise başvuran olgulardan yola çıkılarak temel toksikolojik konularda tartışma olanağı sağlanır.
 - **Olgu Toplantıları:** Her hafta XX günleri, saat XX-XX arasında Anabilim Dalı/Acil Tıp Eğitim Kliniği dersliğinde tüm ÖÜ, ÖG, klinik uzmanları, TUÖ katılımı ile gerçekleştirilir. Eğitim sorumlusunun belirlediği olguların tartışıldığı eğitim saatidir.
 - **Makale Saati:** Her hafta XX günleri, saat XX-XX arasında Anabilim Dalı/Acil Tıp Eğitim Kliniği dersliğinde tüm ÖÜ, ÖG, klinik uzmanları, TUÖ katılımı ile gerçekleştirilir. Eğitim sorumlusunun belirlediği makale örneklerinin TUÖ tarafından sunulduğu ve katılımcılar tarafından tartışıldığı eğitim saatidir.
 - **Olgu Senaryoları (ATLS/ACLS):** Her hafta XX günleri, saat XX-XX arasında Anabilim Dalı/Acil Tıp Eğitim Kliniği dersliğinde tüm ÖÜ, ÖG, klinik uzmanları, TUÖ katılımı ile gerçekleştirilir. Eğitim sorumlusunun belirlediği gerçek veya sanal olgu senaryolarının tartışıldığı eğitim saatidir.
 - **Tez ve Araştırma Toplantıları:** Üç Ayda bir XX günü Anabilim Dalı/Acil Tıp Eğitim Kliniği dersliğinde tüm ÖÜ, ÖG, klinik uzmanları ve TUÖ'nin katılı-

myla topluca gerçekleştirilir. Tez ve araştırma çalışmaları görüşülür. Tezlerin zamanında yürütülüp yürütülmediği kontrol edilir. TUÖ'ler görev aldıkları projeler ve kendi tezleri hakkında bilgi aktarırlar. Devam eden ya da planlanan çalışmalar sunulur, yöntem tartışmaları yapılır, yeni olanlar için çalışma ekipleri kurulur.

- **Ara Değerlendirme Sınavları:** Yılda 2 kez yapılan, teorik bölümü 50-100 soruluk, çoktan seçmeli, Acil Tıp Çekirdek Eğitim Programındaki tüm konularını kapsayan sınavlardır. Acil Tıp Anabilim Dalı/ Acil Tıp Eğitim Kliniği teorik sınava ek olarak acil tıp uygulamalarını içeren yapılandırılmış sözlü sınav ya da nitelikli örgün klinik sınav tarzında uygulamalı bir bölüm ekleyebilir. Amaç, TUÖ'nün kendi eğitimi ile ilgili geri bildirimi alması ve ayrıca Ulusal Acil Tıp Yeterlik Sınavı'na hazırlamaktır. Sorular referans kitaplardan kaynak göstererek hazırlanacaktır. Genel değerlendirme sınavları önceden duyurulmak koşuluyla Anabilim Dalı/ Acil Tıp Eğitim Kliniği dersliğinde yapılır. Değerlendirme 100 üzerinden yapılır. Değerlendirmede şeffaflık esastır. Genel değerlendirme sınavı dışında belli konulara yönelik küçük sınavların da her ay düzenli bir şekilde yapılması önerilmektedir.
- **Uzmanlık Eğitimi Karnesi:** Her TUÖ'ye, eğitime başladığı yıl Anabilim Dalı Başkanı/ Klinik Eğitim Sorumlusu tarafından tıpta uzmanlık eğitimi boyunca katıldığı tüm girişim/uygulamaları ve aldığı kredileri kaydedeceği Uzmanlık Eğitimi Karnesi verilir. Her uygulama, karnenin ilgili bölümüne günlük olarak işlenir. O uygulama sırasında sorumlu olan ÖÜ/ÖG veya klinik uzmanına imzalatılır. Değerlendirme toplantısı'nda Anabilim Dalı Başkanı/ Eğitim Sorumlusu tarafından kredilendirme dökümü incelenir ve imzalanır. Kayıtları eksik tutan TUÖ kıdem yükseltme/değerlendirmeye tabi tutulmaz. Uzmanlık Eğitimi Karnesi'ne kredi puanlarının nasıl işleneceğine ileride değinilecektir (bkz. E. Kredilendirme Sistemi).
- **TUÖ Geri Bildirimleri:** Her TUÖ Anabilim Dalı/Acil Tıp Eğitim Kliniği dışındaki rotasyonunu ilgili bölümde tamamladığında çalışma düzeni ve eğitim ile ilgili geri bildirimde bulunur. **TUÖ Rotasyon Değerlendirme Formu**, Uzmanlık Eğitimi Karnesinde hazır bulunur (bkz Bölüm III, C. Rotasyonlar).
- **TUÖ Mezuniyet Sonrası Eğitim Toplantıları:** Her TUÖ Mezuniyet Sonrası Eğitim Komisyonu tarafından düzenlenen etkinliklere katılır ve eğitim ile ilgili geri bildirimde bulunur. **TUÖ Mezuniyet Sonrası Eğitim Değerlendirme Formu** Uzmanlık Eğitimi Karnesinde zorunlu etkinlikler sayfasını takip eden formlar halinde hazır bulunur.

B. GÖNÜLLÜ ETKİNLİKLER

TUÖ'lerin Acil Tıp Anabilim Dalında/Acil Tıp Eğitim Kliniğinde geçir-dikleri süre içinde katılmaya zorunlu olmadıkları, ancak eğitimin çeşitlendirilmesi, desteklenmesi ve sürekliliği açısından önemli olan diğer etkinlik alanlarını kapsar.

1. **Toplantılar:** Yurtiçi veya yurtdışı kurs/kongre/sempozyum/panel/konferans/ça-lıştay gibi etkinliklere katkılı (sözel sunum yapmak, poster hazırlamak gibi) veya katkısız katılımlar belgelendirilerek Anabilim Dalı/Acil Tıp Kliniği Eğitim So-rumlusuna sunulur. Bu belgenin bir örneği TUÖ'nün eğitim dosyasına konur.
2. **Yayınlar:** Yurtiçi ve yurtdışı dergilerde yapılan yayınlar, yazılan kitap ya da kitap bölümü belgeleriyle TUÖ'nün eğitim dosyasına konulmak üzere, Ana-bilim Dalı Başkanına/Klinik Eğitim Sorumlusuna sunulur.
3. **Yabancı Dil Sınavları:** Yabancı dil sınavlarından alınan belge Anabilim Dalına/Klinik Eğitim Sorumlusuna TUÖ'nin eğitim dosyasına konulmak üzere sunulur.

C. KREDİLENDİRME SİSTEMİ

1. Zorunlu Etkinliklerin Kredilendirilmesi:

TUÖ'ler zorunlu etkinliklerden yılda en az 70 KP almak zorundadırlar.

- **Toplantıların Kredilendirilmesi (Katkılı/Katkısız Katılım):** Her toplantı sonunda yapılan sunumlar tarih ve sunum adı ile birlikte TUÖ tarafından Uzmanlık Eğitimi Karnesine kaydedilir ve ilgili bölüm eğitim gününün so-rumlu ÖÜ'ne imzalatılır. Buna göre:
 - Olgu Toplantıları
 - Makale Saati
 - Olgu Senaryoları (ATLS/ACLS)
 - Ders/Seminer etkinliklerine katılımlar karneye kaydedilir ve her katkılı katılım kredi puanına dönüştürülür.

Zorunlu etkinlik kapsamındaki toplantılara seminer vererek/olgu sunumu ya-parak/senaryo yaparak (katkılı katılım) katılanlar o toplantı için 3 KP alırlar. Bu toplantılardan bir yılda minimum toplanması gereken kredi puanı (KP) 20 ve top-lanabilecek maksimum KP 30'dur. Makale özeti sunumu ise 0.25 puan alır. Makale sunumlarından bir yılda toplanması gereken minimum KP 2.5 ve toplanabilecek maksimum KP 5'tir.

- **Uygulamaların Kredilendirilmesi:** Her TUÖ yaptığı girişimlerden bir yılda minimum 20 KP almalıdır. Yapılan her minör girişim için 0.5 KP, her major girişim için 1 KP alınır. Bir yılda alınabilecek maksimum KP 30'dur.

- **Sınavların Kredilendirilmesi:** Her TUÖ 6 ayda bir Anabilim Dalı/Acil Tıp Eğitim Kliniği tarafından düzenlenen teorik ve/veya uygulamalı genel sınavı girer. Bu iki sınavın toplamının %10'u kadar kredi puanı almaya hak kazanır. Böylece sınav sonucuna göre bir yılda alabileceği maksimum kredi puanı 10'dur.
- **Rotasyonların Kredilendirilmesi:** Rotasyon başarı belgesi Anabilim Dalı başkanına/ Eğitim Sorumlusuna sunulur. Her bir rotasyon 1 KP olarak işlenir. Bir yılda alınabilecek maksimum kredi puanı 5'tir.
- **Hasta Hekim ve Hekim Hekim İlişkileri:** Acil Servis içinde çalışma şevki, hasta ve hasta yakınlarına davranışı ve diğer hekimlerle ilişkileri ÖÜ'ler tarafından 20 KP üzerinden değerlendirilir.

2. Gönüllü Etkinliklerin Kredilendirilmesi

- **Toplantıların Kredilendirilmesi:** Daha önce tanımı yapılan bu etkinliklerin toplantılar kısmındakileri Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından Sürekli Tıp Eğitimi (STE) kredisi ile kredilendirilmektedir. Bu bağlamda bu toplantılardan alınan TTB-STE kredisi aynen KP olarak alınır ve Uzmanlık Eğitimi Karnesine işlenir. Katkılı etkinliklere verilen kişisel TTB-STE KP'da aynen KP olarak alınır. İlgili belgeler Anabilim Dalı Başkanına/Klinik Eğitim Sorumlusuna, eğitim dosyasına konulmak üzere sunulur. Yurtdışı toplantılar ya da TTB tarafından kredilendirilmemiş etkinlikler; süresi/40 dakika=1 KP hesabıyla, katkıli katılım ayrıca 1 KP ile kredilendirilir.
- **Yayınların Kredilendirilmesi:** İsim sırasına, makale tipine, dergi cinsine bakılmaksızın; her yurtiçi yayın 5, her yurtdışı yayın 10 KP ile kredilendirilir. 1. isim olanlar için bu puanlar 2 ile çarpılır. Belgeler Anabilim Dalı Başkanına/Klinik Eğitim Sorumlusuna sunulur. Birer örnek TUÖ eğitim dosyasına konulur.
- **Yabancı Dil Sınavlarının Kredilendirilmesi:**
 - A 5 KP
 - B 3 KP
 - C 1 KP ile kredilendirilir.

3. Değerlendirme Toplantısı

Anabilim Dalı Başkanı/Klinik Eğitim Sorumlusu başkanlığında **kredilendirme sekreteryası** üyelerinin hazırladığı ve tüm ÖÜ'lerin hazır bulunduğu, yılda iki kez yapılan her TUÖ'nün değerlendirildiği ve geri bildirim alındığı toplantılardır.

- Her TUÖ'nin eğitim dosyası ve Uzmanlık Eğitimi Karnesi toplantıya katılanlara sunulur. Toplanan kredi puanı birlikte hesaplanır.
- Uygulamalara bakılır. Çeşitliliği ve sayısı kontrol edilir. Kıdemlere göre uygulama tablosundaki ölçütlere ulaşıp, ulaşılmadığı değerlendirilir.
- Tez çalışmaları değerlendirilir ve önerilerde bulunulur.
- Geri bildirim formları değerlendirilir.
- Sözel geri bildirim alınır ve kaydedilir.
- Yeterli kredi puanı toplayan ve yeterli süreyi dolduranlar bir üst kıdeme yükseltilir.
- Süresini tamamlayanlar, tez savunmasında başarılı olanlar ve yeterli kredi puanı toplamış olanların uzmanlık sınavına girmesine karar verilir.
- Yetersiz bulunanlara uzatma uygulanır.

4. Özendirme

Her yıl sonu değerlendirmesinde en yüksek KP alan TUÖ'ye bir hediye verilir.

5. Organizasyon

Kredilendirme Sekreteryası Anabilim Dalı Başkanına/Klinik Eğitim Sorumlusuna bağlı çalışır. Gönüllü ÖÜ ve ÖG'lerden oluşur.

Sekreteryaya;

- Her TUÖ için 1 adet eğitim dosyası hazırlar.
- Uzmanlık Eğitimi Karnesini hazırlar.
- Eğitim (TUÖ Dersi, Seminer ve Makale saati vb.) programını hazırlar.
- Dış rotasyon programını hazırlar.
- Değerlendirme toplantıları programını hazırlar.
- Tüm bilimsel etkinlikleri duyurur.



ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

BÖLÜM 2

TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİ ÇALIŞMA DÜZENİ

A. KIDEMLER: Acil Tıp Anabilim Dalı'nda/Acil Tıp Eğitim Kliniğinde, TUÖ'ler İLERİ (Üst kıdem, A1), ORTA (Ara kıdem, A2) ve ERKEN (kıdemsiz, A3) olmak üzere üç ayrı kıdemde çalışırlar.

Görev Dağılımı

A1:

- Nöbette Acil Servise başvuran hastalardan birincil sorumludur. Nöbetçi uzman denetiminde çalışır. Gerekli görülen durumda nöbetçi uzmana danışır, bilgi verir ve önerilerini alır.
- A2'lerin çalışmalarını yönlendirir ve denetler.
- Order'ları kontrol eder.
- Diğer klinik konsültasyonlarının istenmesini denetler ve çıkabilecek sorunlara müdahale eder. Gerekli görülen durumda nöbetçi uzmana bilgi verir.
- Sabah ve akşam viziti sonunda hastaların ve yapılacak işlerin izleyen nöbetçi ekibe devredilmesini sorumlu uzman ile birlikte denetler.
- Nöbet süresince Acil Servisin TUÖ'ler, İntern Dr., personel ve hemşiresiyle uyumlu ve verimli şekilde işlemlerini sağlamaya çalışır, bunun için nöbetçi uzmanın önerilerini yerine getirir.

A2:

- 2. yıl içindeki TUÖ olup, gereksinimler ve koşullar göz önüne alınarak İLERİ veya ERKEN kıdeminde yer alabilir.

A3:

- Nöbette Acil Servise başvuran ve triaj tarafından kendisine verilen hastaların bakımı, izlemi, tedavisinin kesintisiz olarak yürütülmesinden sorumludur.
- Vizitlere katılır. Kendi hastalarını sunar.

- Hastaların anamnezlerini alır. Fizik muayenelerini yapar. Order'ları verir. Devir alma/izlem notu yazar. Gereken tetkikleri gönderir, takip eder. Kayıtları tutar. Konsültasyonları gerektiği şekilde ve İLERİ'nin önerisiyle ister. Bütün bu işlemlerde İLERİ'nin kılavuzluğundan yararlanır.
 - Hastasının girişimlerini İLERİ gözetiminde yapar.
 - Hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirir.
 - İLERİ'nin sorumluluğu/yönlendiriciliği altında çalışır.
- B. NÖBETLER:** Nöbetler, bir uzman sorumluluğunda, bir A1, gereken sayıda ara kıdem ve A3 olmak üzere önceden ilan edilen listeye göre tutulur. Nöbetler Anabilim Dalı/Eğitim Kliniğinin belirlediği vardiyalar halinde tutulur. Nöbet gidiş ve gelişlerinde dakik olmak esastır. Resmi mazerete dayanmayan gecikmelerde yaptırım uygulanır.
- C. İZİNLER:** TUÖ'lerin yıllık izinleri ilk 10 yıllık memuriyet için 20 gündür. İzinler, Mayıs-Eylül ve Ekim-Nisan tarihleri arasında her kıdemde eşit sayıda kişi izne çıkacak şekilde iki dönemden her birinde 10'ar günlük iki bölümde kullanılır.
- D. EĞİTİM ETKİNLİKLERİ VE TEZ ÇALIŞMALARI:** Bu konudaki düzenlemeler Acil Tıp Anabilim Dalı/Acil Tıp Eğitim Kliniği Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Eğitim Standardizasyon ve Kredilendirme Yönergesi (bkz Bölüm I) uyarınca yapılır.

BÖLÜM 3

TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİSİ UYGULAMA VE ETKİNLİKLERİ

A. TEMEL YETKİNLİKLER

İletişim	
Alt Yetkinlikler	Eğitici Onayı
Etkin dinleme	
Empati yeteneği	
Geri bildirim alma ve verme	
Çatışma ve şikayet yönetimi	
Beden dili kullanımı	
Yazılı iletişim yetenekleri	
Kötü haber verme	
Sözel iletişim ve sunum yetenekleri	

Takım Çalışması	
Alt Yetkinlikler	Eğitici Onayı
Takım içinde çalışabilme	
Takım çıkarlarını üstte tutabilme	
Takım kurulması ve yönetimi	
Hedef belirleme ve ilan etme	
Bilgi verme ve bilgi alma	
Motivasyon sağlama	

Değerler ve Sorumluluk

Alt Yetkinlikler	Eğitici Onayı
İnsani değerler	
Adalet duygusu	
Sorumluluk duygusu	
Yasal ve etik bağlayıcılık çerçevesinde hasta mahremiyetine saygı	
Diğerkamlık özelliği	

Yöneticilik ve Liderlik

Alt Yetkinlikler	Eğitici Onayı
Ekibe liderlik yapma	
Kriz yönetimi	
Yönetim tekniklerini uygulama	

Hayat Boyu Öğrenme

Alt Yetkinlikler	Eğitici Onayı
Analitik ve yaratıcı düşünce	
Sürekli mesleki gelişime açık	
Öğretmeye gayretli	

Koruyucu Yaklaşımlar

Alt Yetkinlikler	Eğitici Onayı
Kişisel bakım becerileri	
Sağlıklı yaşam tarzı için örnek olmak	
Bağımlılıkla mücadele	
Çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak	

B. KLİNİK YETKİNLİKLER

Semptom Odaklı

Semptomlar	Eğitici Onayı
Ateş	
Akut karın ağrısı ve distansiyonu	
Bacak ağrısı	
Baş ağrısı	
Baş dönmesi	
Bel ağrısı	
Bilinç değişiklikleri	
Boğaz ağrısı	
Cilt yakınmaları	
Çarpıntı	
Davranış bozuklukları ve ajitasyon	
Diare	
Dispne	
Göğüs ağrısı	
Hematokezya	
Hematemez	
Hematüri	
Kardiyak arrest	
Kol ağrısı	
Kulak ağrısı	
Kusma	
Nöbet	
Sarılık	
Senkop	
Şok	
Üriner semptomlar	

Sistem Odaklı

B: Hastalığa ön tanı koyma ve gerekli durumda hastaya zarar vermeyecek şekilde ve doğru zamanda, doğru yere sevk edebilecek bilgiye sahip olma düzeyini ifade eder.

T: Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme düzeyini ifade eder.

TT: Ekip çalışmasının gerektirdiği durumlar dışında herhangi bir desteğe gereksinim duymadan hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme düzeyini ifade eder.

ETT: Ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme düzeyini ifade eder.

A: Hastanın acil durum tanısını koymak ve hastalığa özel acil tedavi girişimini uygulayabilme düzeyini ifade eder.

K: Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme düzeyini ifade eder.

Adli Durumlar

Yetkinlik	Düzyey	Eğitici Onayı
İstismar ve ihmal	B, A, K	
Güncel mevzuat	B	

Çevresel Aciller

Yetkinlik	Düzyey	Eğitici Onayı
Suda boğulma	B, A, K	
Disbarizm ve dekompresyon sendromu	B, A, K	
Elektrik ve yıldırım yaralanmaları	B, A, K	
Hayvan ısırıkları, sokmaları ve ilgili zehirlenmeler	B, A, K	
Radyasyon acilleri	B, A, K	
Sıcak ve soğuk maruziyeti ile ilişkili hastalıklar	B, A, K	
Submersiyon hastalıkları	B, A, K	
Yanıklar	B, A, K	
Yüksek irtifa hastalıkları	B, A, K	

Dermatolojik Aciller

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Dermatozlar	B, A	
İnfeksiyöz hastalıklar	T, A	
İnflamatuvar hastalıklar	T, A	
Döküntülü hastalıklar	T, A	

Endokrin ve Metabolik Aciller

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Adrenal hastalıklar	T, A	
Hipoglisemik aciller	T, A	
Hiperglisemik aciller	T, A	
Tiroid hastalıkları acilleri	T, A	

Enfeksiyöz Aciller

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Sepsis ve septik şok	T, A	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	ETT, A, K	
HIv enfeksiyonu ve AIDS	B, A, K	
Kuduz	B, A, K	
Su ve gıda kaynaklı enfeksiyon hastalıkları	ETT, A, K	
Yaygın viral ve bakteriyel enfeksiyonlar	ETT, A, K	
Tetanoz	ETT, A, K	

Gastrointestinal Aciller

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Konjenital hastalıklar	A	
Vasküler hastalıklar	T, A	
İnflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklar	T, A	
Mekanik bozukluklar	T, A	
Gastrointestinal sistem tümörleri	B, A	

Göz Acilleri

Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
İnflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklar	B, A, K	
Ani görme kaybı	T, A	
Akut glokom	ETT, A, K	
Retina dekolmanı	T	

Hematolojik ve Onkolojik Aciller

Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Anemiler	T, A	
Onkolojik ve hematolojik aciller	T, A, K	
Kanama diyatezleri	T, A	
Transfüzyon reaksiyonları	TT, A, K	

İmmünolojik Aciller

Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Allerjik ve anafaktik reaksiyonlar	TT, A, K	
İnflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklar	B, A, K	

Jinekolojik ve Obstetrik Aciller

Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
İnflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklar	T, A	
Obstetrik acil hastalıklar ve komplikasyonları	T, A, K	
Over torsiyonu	T, A	
Vasküler bozukluklar	T, A	
Tümörler	B, A	

Hastane Öncesi Acil Bakım

Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Hastane öncesi acil tıp sistemleri	B	

Kritik Hasta

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Koma	T, A	
Arrest	T, A, K	

Kardiyovasküler Aciller

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Senkop	ETT, A	
Şok	ETT, A	
İnflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklar	T, A	
Konjenital kalp hastalıkları	B, A	
Aritmiler	T, A	
Derin ven trombozu	ETT, A, K	
Pulmoner tromboemboli	ETT, A, K	
Aort anevrizması/diseksiyonu	ETT, A, K	
Hipertansif aciller	ETT, A, K	
Akut pulmoner ödem	ETT, A, K	
Kalp yetmezliği	ETT, A, K	
Akut koroner sendromlar	ETT, A, K	
Oklüzif arteriyel bozukluklar	ETT, A, K	

Kas-İskelet Sistemi Acilleri

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
İnflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklar	ETT, A, K	
Dejenratif bozukluklar	T, A, K	
Tümörler	B, A	

Kulak, Burun, Boğaz, Ağız ve Boyun Acilleri

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Epistaksis	T, A, K	
Yabancı cisim	T, A, K	
İnflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklar	T, A, K	

Nörolojik Aciller

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Vasküler bozukluklar	ETT, A, K	
İnfeksiyöz bozukluklar	ETT, A, K	
Tümörler	B, A	
Nöbet	T, A, K	
İnflamatuvar bozukluklar	B, A, K	

Pulmoner Aciller

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Konjenital bozukluklar	B, A	
Obstrüktif ve restriktif hastalıklar	T, A, K	
İnfeksiyöz hastalıklar	T, A, K	
Tümörler	B, A, K	
Hemoptiizi	ETT, A	
Pnömotoraks	ETT, A, K	

Renal ve Ürolojik Aciller

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
İnflamatuvar bozukluklar	B, A	
İnfeksiyöz hastalıklar	T, A	
Metabolik hastalıklar	B, A	
Tümörler	B, A	
Vasküler bozukluklar	B, A	
Taş hastalığı	T, A	
Rabdomiyoliz	T, A, K	

Sıvı Elektrolit Bozuklukları

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Asid baz dengesi bozuklukları	T, A, K	
Elektrolit bozuklukları	T, A, K	
Volüm durumu ve sıvı dengesi bozuklukları	T, A, K	

Psikiyatrik Aciller

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Duygu durum değişiklikleri	B, A, K	
Özkıyım girişimleri	B, A, K	
Madde kullanımı	B, A, K	

Toksikoloji

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Toksik sendromlar	T, A, K	
Spesifik zehirlenmeler	T, A, K	

Travma

Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Yanıklar	T, A, K	
Kafa travması	T, A, K	
Maksillofasyal travma	T, A, K	
Boyun travması	T, A, K	
Göğüs travması	T, A, K	
Karın travması	T, A, K	
Pelvis travması	T, A, K	
Vertebra travması	T, A, K	
Ekstremiteler travması	T, A, K	
Genitoüriner travma	T, A, K	
Çoklu travma	T, A, K	
Gebelikte travma	T, A, K	
Geriatrik travma	T, A, K	
Pediyatrik travma	T, A, K	
Kulak, burun, boğaz travması	T, A, K	
Göz travmaları	T, A, K	
Yumuşak doku yaralanmaları	T, A, K	
Crush yaralanmaları	T, A, K	
Kompartman sendromu	T, A, K	

3. Girişimsel İşlemler

Yapılan işlemleri uygulama çizelgenize kaydedip sorumlu uzman hekimin imzasını alınız.

Girişimsel yetkinlik düzeyleri:

- 1: Girişimin nasıl yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma ve bu konuda gerektiğinde açıklama yapabilme düzeyini ifade eder.
- 2: Acil bir durumda, kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında bu girişimi yapabilme düzeyini ifade eder.
- 3: Karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişimi uygulayabilme düzeyini ifade eder.
- 4: Karmaşık olsun veya olmasın her tür olguda girişimi uygulayabilme düzeyini ifade eder.

İŞLEM	Tarih	Prot.No	Yaş	Düzy	Girişim türü (Minör/ Major) Puan	Onay
A-HAVAYOLU						
Orofaringeal ve nazofaringeal airway yerleştirilmesi						
Hastanın balon maske ile solutulması						
Laringoskopi						
Supraglottik hava yolu araçlarının kullanımı						
Crush entübasyon ve hızlı ardışık entübasyon						
Cerrahi havayolu açılması						

İnvaziv ve noninvaziv mekanik ventilasyon uygulamaları						
Ventilasyon monitörizasyonu ve kapnografi						
Weaning						
B-RESÜSİTASYON						
Temel yaşam desteği						
Yetişkin ileri kardiyak yaşam desteği						
Pediyatrik ileri yaşam desteği						
C- VASKÜLER YOL GİRİŞİMLERİ						
Venöz kateterizasyon						
Santral venöz kateterizasyon						
Arteriyel kanülasyon						
Arter kan gazı alınması						
İntraosseoz kateterizasyon						
D-ANESTEZİ VE AKUT AĞRI YÖNETİMİ						
Analjezi						
Lokal anestezi						
Bölgesel sinir blokları						
Girişimsel sedasyon						
E-ABDOMİNAL VE GASTROİNTESTİNAL GİRİŞİM VE BECERİLER						
Dijital rektal muayene ve anoskopi						

Fekalit boşaltılması ve lavman uygulanması						
Tromboze hemoroidlerin eksizyonu						
Nazogastik ve orogastrik tüp yerleştirilmesi						
Özefagusa balon tamponad uygulanması						
Gastrik lavaj						
Gastrostomi tüpü replasmanı						
Parasentez						
Herni redüksiyonu						
F- KARDİYOVASKÜLER- TORASİK GİRİŞİM VE BECERİLER						
Kardiyak monitorizasyon uygulanması						
EKG çekilmesi ve değerlendirilmesi						
Karotis masajı uygulanması						
Kardiyoversiyon ve defibrilasyon						
Kardiyak pacing						
Perikardiyosentez						
Torasentez						
Torakostomi						
G-KUTANÖZ GİRİŞİMLER VE BECERİLER						
Yara bakımı						
Yara kapatma teknikleri						

Abse/hematom insizyon ve drenajı						
Eskarotomi						
Subungual hematoma boşaltılması ve tırnak trefinasyonu						
H-BAŞ BÖLGESİNİ İLGİLENDİRİLEN GİRİŞİM VE BECERİLER						
Epistaksis kontrolü						
Peritonsiller abse drenajı						
Lateral kantotomi						
Göz içi basınç ölçümü ve tonometri						
Göz irrigasyonu						
Slit lamba muayenesi ve korneadan yabancı cisim çıkarılması						
Diş stabilizasyonu						
Otoskopik muayene ve kulaktan yabancı cisim çıkarılması						
Anterior rinoskopi ve burundan yabancı cisim çıkarılması						
I-MUSKULOSKELETAL GİRİŞİM VE BECERİLER						
Artrosentez						
Kompartman basıncı ölçümü						
Fraktür/dislokasyon immobilizasyon yöntemleri						

Fraktür/dislokasyon redüksiyon yöntemleri						
Spinal immobilizasyon yöntemleri						
Fasyotomi						
Ampute parçanın bakımı ve korunması						
J-NÖROLOJİK GİRİŞİMLER						
Lomber ponksiyon						
BOS basıncı ölçümü						
K-OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK GİRİŞİM VE BECERİLER						
Spekulum ile vajinal muayene						
Doğum						
Yenidoğan bakımı						
Perimortem sezaryen						
Cinsel saldırı muayenesi						
L-RENAL VE ÜROGENİTAL						
Üretral kateter takılması						
Mesane irrigasyonu						
Suprapubik kateter takılması						
Testiküler detorsiyon						
Sistoüretrografi						
M-TANISAL YATAKBAŞI ULTRASONOGRAFİ						
Travma USG						

Abdominal aort USG						
Odaklanmış kardiyak USG ve inferior vena cava değerlendirilmesi						
Üriner USG						
Biliyer USG						
Derin ven trombozu USG						
Barsak USG						
1. Trimester gebelik USG						
Resüsitasyon ve şok hastasında USG						
Testiküler USG						
Oküler USG						
Yumuşak doku – muskuloskeletal USG						
Akciğer USG						
N- GİRİŞİMSSEL ULTRASONOGRAFI						
Ultrason eşliğinde resüsitasyon takibi ve sonlandırılması						
Ultrason ile entübasyon tüpünün yerinin doğrulanması						
Ultrason eşliğinde periferik damar yolu açılması						
Ultrason eşliğinde santral kateter takılması						
Ultrason eşliğinde parasentez						

Ultrason eşliğinde torasentez						
Ultrason eşliğinde perikardiyosentez						
Ultrason eşliğinde lomber ponksiyon						
Ultrason eşliğinde mesane aspirasyonu						
Ultrason eşliğinde intraartiküler girişimler						
Ultrason eşliğinde subkutan yabancı cisim çıkarılması						
Ultrason eşliğinde bölgesel sinir blokları						
Ultrason eşliğinde kalp pili yerleştirilmesi						
O-DİĞERLERİ						
Oral, havayolundan, korneal, dış kulak yolundan, burundan, vajinal, rektal ve subkutan yabancı cisim çıkarılması						
Kanama kontrolü						
Afet yönetimi (tatbikat vb)						

C. ROTASYONLAR

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Rotasyonu (1 Ay)

Girişimsel Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Rejyonel anestezi ve periferik sinir blokları	1	
Uygun balon-valf-maske kullanımı	2	
Endotrakeal ve nazotrakeal entübasyon	2	
Zor hava yolu yönetimi	1	
Ameliyathane dışı anestezi ve bilincli sedasyon uygulamaları	2	
Supraglottik havayolu açma	2	
Cerrahi hava yolu açma	1	
Santral damar yolu açma ve kateterizasyon	2	
İntraarteriyel yol açma	1	

Başlangıç Tarihi :/...../.....

Bitiş Tarihi :/...../.....

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay:

Genel Cerrahi Rotasyonu (1 Ay)

Klinik Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Karın ağrılı hastanın yönetimi	T, A	
Memenin sık karşılaşılan hastalıkları	T, A	
Anus ve rektumun sık karşılaşılan hastalıkları	T, A	
Girişimsel Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Abse drenajı	2	
Tromboze hemoroid tedavisi	1	
Uygun yara kapatma yöntemleri	2	
Yara bakımı	2	
Cerrahi hastalarında sıvı resusitasyonu	2	

Başlangıç Tarihi ://

Bitiş Tarihi ://

Cerrahi Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay:

İç Hastalıkları (1 Ay)

Girişimsel Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Uygun sıvı elektrolit tedavisi	2	
Yoğun bakıma yatış endikasyonu koyma	2	
Diyabetik ketoasidoz yönetimi	2	
ABY yönetimi	2	
GİS kanamalı hasta yönetimi	1	
Hepatik yetmezlik yönetimi	1	

Başlangıç Tarihi ://

Bitiş Tarihi ://

Dahiliye Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay:

Kardiyoloji (1 Ay)

Girişimsel Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onay
İleri monitorizasyon tekniklerinin uygulanması	1	
Disritmi yönetimi	2	
İskemik kalp hastalığı olan hastaların yönetimi	2	
Kalp yetmezliği olan hastaların yönetimi	2	
Geçici transvenöz pacemaker uygulaması	1	
Acil transtorasik ekokardiyografik değerlendirme	2	

Başlangıç Tarihi ://

Bitiş Tarihi ://

Kardiyoloji Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay:



Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (1. Ay)

Klinik Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Pediyatrik döküntülü hastalıklar	A, T	
Girişimsel Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Pediyatrik damar yolu açma	2	
Suprapubik mesane aspirasyonu	1	
Pediyatrik lomber ponksiyon	1	
Pediyatrik EKG yorumlaması	2	
Pediyatrik grafilerin yorumlanması	2	
Yenidoğan ve/veya çocuk resusitasyonu	2	
Çocuk hastalarda ateş ayırıcı tanısını yapabilme	2	
Çocuklarda sıvı ve elektrolit tedavisi	2	
Sarılgı olan çocuklarda ayırıcı tanı ve yaklaşım	1	

**Ayrı bir Çocuk Acil Servis olması halinde rotasyon burada yapılır.*

Başlangıç Tarihi ://

Bitiş Tarihi ://

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay:

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (2. Ay)

Klinik Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Pediyatrik döküntülü hastalıklar	A, T	
Girişimsel Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Pediyatrik damar yolu açma	2	
Suprapubik mesane aspirasyonu	1	
Pediyatrik lomber ponksiyon	1	
Pediyatrik EKG yorumlaması	2	
Pediyatrik graflerin yorumlanması	2	
Yenidoğan ve/veya çocuk resusitasyonu	2	
Çocuk hastalarda ateş ayırıcı tanısını yapabilme	2	
Çocuklarda sıvı ve elektrolit tedavisi	2	
Sarılığı olan çocuklarda ayırıcı tanı ve yaklaşım	1	

*Ayrı bir Çocuk Acil Servis olması halinde rotasyon burada yapılır.

Başlangıç Tarihi ://

Bitiş Tarihi ://

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay:

Kadın Hastalıkları ve Doğum (1 Ay)

Girişimsel Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
Düşük riskli gebelik ve doğum eyleminin yönetimi	2	
Komplike gebelik ve doğum eylemini yönetimi	1	
Genital sistem travması geçiren gebe ve gebe olmayan hastaları değerlendirme	1	
Genital ve pelvik enfeksiyöz hastalıklarının yönetimi	2	
Cinsel tacize uğramış hastaları değerlendirme	1	
Vajinal kanaması olan gebe hastaların yönetimi	2	
Vajinal kanaması olan gebe olmayan hastaların yönetimi	2	

Başlangıç Tarihi ://

Bitiş Tarihi ://

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay:

Ortopedi ve Travmatoloji (1 Ay, Seçmeli)

Klinik Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Kas iskelet sisteminin enfeksiyöz ve enflamatuvar hastalıkları	T, A	
Girişimsel Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Ortopedik radyolojik değerlendirme	2	
Ekstremitte stabilizasyon yöntemleri (atel, alçı dahil)	2	
Ekstansör tendon onarımı	1	
Kapalı kırık reduksiyonu	1	

Başlangıç Tarihi :/...../.....

Bitiş Tarihi :/...../.....

Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay:

Nöroloji (1 Ay, Seçmeli)

Girişimsel Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzey	Eğitici Onayı
İnme hastalarının yönetimi	2	
Santral sinir sistemi enfeksiyonu olan hastaların yönetimi	1	
Epileptik hastanın yönetimi	2	
Beyin tomografisinin değerlendirilmesi	2	
Beyin MRI görüntülemenin değerlendirilmesi	2	
Lomber ponksiyon	1	

Başlangıç Tarihi ://

Bitiş Tarihi ://

Nöroloji Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay:

Göğüs Hastalıkları (1 Ay, Seçmeli)

Girişimsel Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Pulmoner emboli yönetimi	2	
Pnomoni hastalarının yönetimi	2	
Tüberkuloz hastalarının yönetimi	1	
KOAH ve Astım hastalarının yönetimi	2	
SFT değerlendirmesi	1	

Başlangıç Tarihi ://

Bitiş Tarihi ://

Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay:

Radyoloji (1 Ay, Seçmeli)

Girişimsel Yetkinlik Hedefleri		
Yetkinlik	Düzy	Eğitici Onayı
Direk grafi değerlendirme	2	
Bilgisayarlı tomografi değerlendirme	2	
MRI değerlendirme	1	
USG değerlendirme	1	

Başlangıç Tarihi ://

Bitiş Tarihi ://

Radyoloji Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay:

ROTASYON DEĞERLENDİRME FORMU

1. Rotasyon yapılan Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği:
Başlangıç tarihi://
Bitiş tarihi://
Değerlendirme*:
<i>* Lütfen rotasyon yaptığınız Anabilim dalı/Eğitim Kliniğindeki size yönelik, çalışma düzeni ve eğitim etkinlikleri ile ilgili görüş, eleştiri ve önerileri değerlendirme bölümüne yazınız.</i>

2. Rotasyon yapılan Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği:
Başlangıç tarihi://
Bitiş tarihi://
Değerlendirme*:
<i>* Lütfen rotasyon yaptığınız Anabilim dalı/Eğitim Kliniğindeki size yönelik, çalışma düzeni ve eğitim etkinlikleri ile ilgili görüş, eleştiri ve önerileri değerlendirme bölümüne yazınız.</i>

3. Rotasyon yapılan Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği:**Başlangıç tarihi:**//**Bitiş tarihi:**//**Değerlendirme*:**

* Lütfen rotasyon yaptığınız Anabilim dalı/Eğitim Kliniğindeki size yönelik, çalışma düzeni ve eğitim etkinlikleri ile ilgili görüş, eleştiri ve önerileri değerlendirme bölümüne yazınız.

4. Rotasyon yapılan Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği:**Başlangıç tarihi:**//**Bitiş tarihi:**//**Değerlendirme*:**

* Lütfen rotasyon yaptığınız Anabilim dalı/Eğitim Kliniğindeki size yönelik, çalışma düzeni ve eğitim etkinlikleri ile ilgili görüş, eleştiri ve önerileri değerlendirme bölümüne yazınız.

5. Rotasyon yapılan Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği:

Başlangıç tarihi://

Bitiş tarihi://

Değerlendirme^{*}:

* Lütfen rotasyon yaptığınız Anabilim dalı/Eğitim Kliniğindeki size yönelik, çalışma düzeni ve eğitim etkinlikleri ile ilgili görüş, eleştiri ve önerileri değerlendirme bölümüne yazınız.

6. Rotasyon yapılan Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği:

Başlangıç tarihi://

Bitiş tarihi://

Değerlendirme*:

* Lütfen rotasyon yaptığınız Anabilim dalı/Eğitim Kliniğindeki size yönelik, çalışma düzeni ve eğitim etkinlikleri ile ilgili görüş, eleştiri ve önerileri değerlendirme bölümüne yazınız.

7. Rotasyon yapılan Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği:**Başlangıç tarihi:**//**Bitiş tarihi:**//**Değerlendirme*:**

* Lütfen rotasyon yaptığınız Anabilim dalı/Eğitim Kliniğindeki size yönelik, çalışma düzeni ve eğitim etkinlikleri ile ilgili görüş, eleştiri ve önerileri değerlendirme bölümüne yazınız.

8. Rotasyon yapılan Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği:**Başlangıç tarihi:**//**Bitiş tarihi:**//**Değerlendirme*:**

* Lütfen rotasyon yaptığınız Anabilim dalı/Eğitim Kliniğindeki size yönelik, çalışma düzeni ve eğitim etkinlikleri ile ilgili görüş, eleştiri ve önerileri değerlendirme bölümüne yazınız.

D. SINAVLAR

1. YIL GENEL DEĞERLENDİRME SINAVI

Tarih :
Sınav sonucu :
Kredi puanı :
Düşünceler :
Anabilim Dalı/Eğitm Kliniği Onay:

2. YIL GENEL DEĞERLENDİRME SINAVI

Tarih :
Sınav sonucu :
Kredi puanı :
Düşünceler :
Anabilim Dalı/Eğitm Kliniği Onay:

3. YIL GENEL DEĞERLENDİRME SINAVI

Tarih :
Sınav sonucu :
Kredi puanı :
Düşünceler :
Anabilim Dalı/Eğitm Kliniği Onay:

4. YIL GENEL DEĞERLENDİRME SINAVI

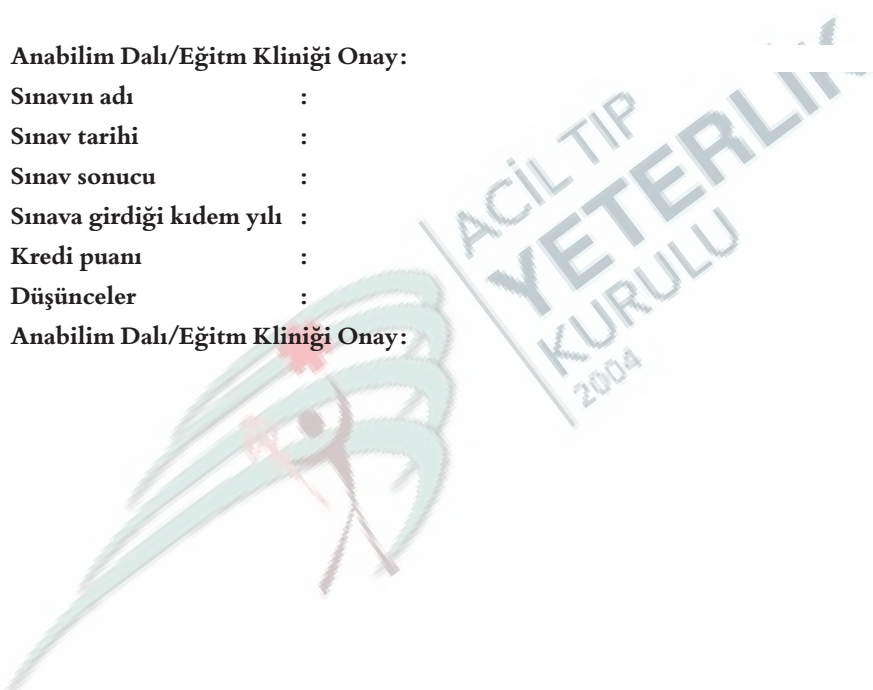
Tarih :
Sınav sonucu :
Kredi puanı :
Düşünceler :
Anabilim Dalı/Eğitm Kliniği Onay:

DiĞER SINAVLAR (Yabancı dil, Yeterlik, vb)

Sınavın adı :
Sınav tarihi :
Sınav sonucu :
Sınava girdiği kıdem yılı :
Kredi puanı :
Düşünceler :

Anabilim Dalı/EĞitim Kliniği Onay:

Sınavın adı :
Sınav tarihi :
Sınav sonucu :
Sınava girdiği kıdem yılı :
Kredi puanı :
Düşünceler :

Anabilim Dalı/EĞitim Kliniği Onay:

[illegible]

Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursları**Kursun Adı :****Kursun Tarihi :****Değerlendirme :****Kursun Adı :****Kursun Tarihi :****Değerlendirme :****Kursun Adı :****Kursun Tarihi :****Değerlendirme :****Kursun Adı :****Kursun Tarihi :****Değerlendirme :**

Gönüllü Etkinlikler

[illegible]

F. UZMANLIK TEZİ TAKİP FORMU

3 aylık periyodlarla doldurulmalıdır.

Tez danışmanı :
 Tez konusu :
 Tezin belirlenme tarihi :
 Anabilim Dalı/Eğitim Kliniği Onay :

Tez değerlendirme toplantısı

Tarih	3 aylık değerlendirme	Tez Danışmanı Onay

G. UZMANLIK EĞİTİMİ KARNESİ ARA DEĞERLENDİRME FORMLARI

(6 ayda bir doldurulur)

1. Ara Değerlendirme Formu

Tarih aralığı :
 Klinik yetkinlikler :
 Dış rotasyonlar geri bildirim formları :
 Sınavlar :
 Zorunlu etkinlikler :
 Gönüllü etkinlikler :
 Yayınlar :
 Toplam kredi puanı :

Onay (Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı/Eğitim Sorumlusu)

*Değerlendirme toplantısından önce kredilendirme sekreteryası tarafından doldurulacaktır.

2. Ara Değerlendirme Formu

Tarih aralığı	:
Klinik yetkinlikler	:
Dış rotasyonlar geri bildirim formları	:
Sınavlar	:
Zorunlu etkinlikler	:
Gönüllü etkinlikler	:
Yayınlar	:
Toplam kredi puanı	:

Onay (Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı/Eğitim Sorumlusu)

**Değerlendirme toplantısından önce kredilendirme sekreteryası tarafından doldurulacaktır.*



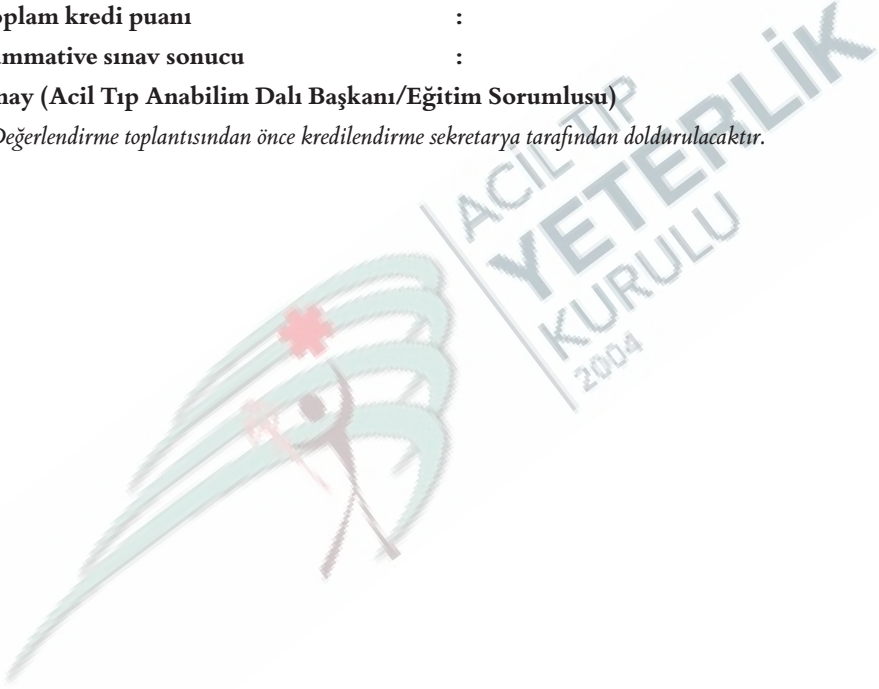
ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

H. KREDİLENDİRME DÖKÜMÜ

Tarih aralığı	:
Klinik yetkinlikler	:
Dış rotasyonlar geri bildirim formları	:
Sınavlar	:
Zorunlu etkinlikler	:
Gönüllü etkinlikler	:
Yayınlar	:
Toplam kredi puanı	:
Summative sınav sonucu	:

Onay (Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı/Eğitim Sorumlusu)

**Değerlendirme toplantısından önce kredilendirme sekreteryaya tarafından doldurulacaktır.*

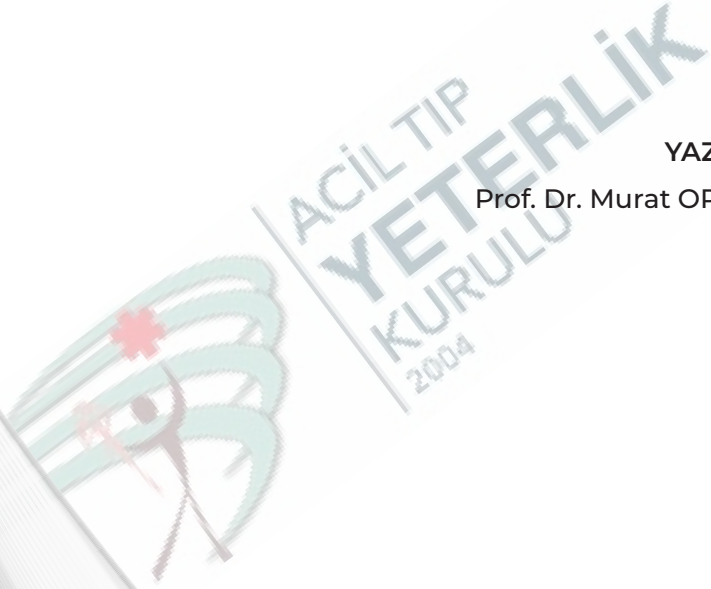


KISIM 5

ACİL TIP İLE İLGİLİ MEVZUAT

YAZAR

Prof. Dr. Murat ORAK





ACIL TIP
YETERLİK
KURULU
2004

- 20 Şubat 2018 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğ (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/02/20180220.htm>)
- Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünün 97014916/319 sayılı Acil Servis Hizmetleri konulu yazısı (<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklen-ti/28745,ek-8-5-ilgi-e-acil-servis-hizmetleri-1-sayfapdf.pdf?0>)
- Sağlık Bakanlığının 2018/2 numaralı Acil Servis Hizmetlerine Yönelik Düzenleme Konulu yazısı (<https://shgm.saglik.gov.tr/TR,32181/2018-2-acil-saglik-hizmetlerine-yonelik-duzenleme-hakkinda-genelge.html>)
- 5 Aralık 2018 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan sağlıkla ilgili bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılmasına dair kanun (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181205-8.htm>)
- 30 Haziran 2012 tarihli tarihli Resmi Gazetede yayımlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>)
- 23 Temmuz 1965 tarihli resmi gazetede yayımlanan 657 numaralı Devlet Memurları Kanunu (<https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/12056.pdf>)
- 6 Kasım 1981 tarihli resmi gazetede yayımlanan 2547 numaralı Yükseköğretim Kanunu (<https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17506.pdf>)