

Bir Endoskopi bölümündeki hijyenik koşulların saptanması

Hem. Carena HOFFMEIER,

PENTAX

Aşağıdaki soruları cevaplayınız:

Hijyenik konularla ilgili yetkili kimdir?

- Sağlık Müdürü
- Asistan
- Hijyenik uzmanı

Muayene odalarını gastroskopi ve kolonoskopi için olmak üzere ayırır mısınız?

Bölümünüzde yeterli miktarda genel koruma malzemeleri ve eldiven bulundurur musunuz?

Endoskopiniz ile ilgili herhangi bir hijyenik plan var mıdır?

Eller, cilt, endoskoplara, aletler ve yüzeyler için virütik dezenfeksiyon uygular mısınız? Dezenfeksiyona ait çözelti konsantrasyonu ve etki süresi değerlerini hijyenik planınızda belirtir misiniz?

Yalnızca su geçirmez türden endoskop ve aksesuar mı kullanırsınız?

Endoskop ve aksesuarlarının temizliği ve dezenfeksiyonu için ayrı bir odanız var mıdır?

Endoskop ve aksesuarlarının temizliği ve dezenfeksiyonu için ayrı bir odanız var mıdır?

Gastroskoplara ve kolonoskoplara temizlik ve dezenfeksiyonlarını ayrı ayrı mı gerçekleştirirsiniz? Temizleme odasını temiz ve temiz olmayan olmak üzere iki bölüme ayırır mısınız?

Endoskoplara temizlenmesi ve dezenfeksiyonu üzerine eğitim alırsınız mı?

Endoskop yıkama makinası var ise her gün, makinanın suyla temasta bulunan parçalarının temizlenip dezenfekte olması için, makinanın içine endoskop yerleştirmeden makinaları çalıştırınız.

Pompa bir makina kullandığınız takdirde günlük olarak pompa kuvvetini kontrol etmeniz gerekecektir.

Elle dezenfeksiyon uygulamakta iseniz, dezenfeksiyon kuvveti üzerine; çözelti konsantrasyonu, etki süresi ve değiştirme tarihini yazmanız gerekir. Doğru konsantrasyon değerlerini bulmak için dozimetrelere kullanınız.

Dezenfeksiyon işleminden sonra ne tür su kullanırsınız?

Musluk suyu:

Damıtılmış su:

Steril, süzölmüş su:

Yıkama makinasında hazırlanmış su:

Her bir dezenfeksiyon işleminin ardından veya her günün sonunda endoskoplara kurular mısınız?

Esnek endoskoplara nasıl muhafaza edersiniz?

- Çekmece
- Duvarda, açık halde

•Gastroskop ve kolonoskoplar için ayrı yerleri bulunan bir endoskop dolabında

Aksesuarları nasıl hazırlarsınız?

- Dezenfeksiyon banyosunda
- Ultrasonik temizleyicide
- Sterilizörde otoklavlayarak

Aksesuarları kendi bölümünüzde mi hazırlarsınız, yoksa merkezî sterilizasyona mı gönderirsiniz?

Aksesuarları nasıl muhafaza edersiniz?

- Açık olarak
- Steril halde kapalı olarak

Temizlik göreviniz, bölümünüzün temizliği ve dezenfeksiyonu konusunda özel bir eğitim görmüş müdür?

Endoskopları ve kullanılan suyu periyodik olarak hijyenik testten geçirir misiniz?

Tüm bu soruları yanıtladığınız takdirde, endoskopi muayene laboratuvarınızın hijyenik koşulları hakkında fikir sahibi olabilirsiniz. Bazı hataların var olduğunu fark ederseniz, hijyenik yönden eşdeğer önlemler alınız.

ENDOSKOPİ ÜNİTESİNDEKİ HEMŞİRELİK DOKÜMANTASYONU

Bu konunun endoskopi ünitesindeki yeri gün geçtikçe daha çok önem kazanmaktadır.

Benim kanımca, görev yelpazemizin kalıcı bir özelliği olarak dökümantasyon ihtiyacı aşıkardır ve bu ihtiyacın varlığı üzerinde daha fazla tartışmak söz konusu değildir.

Almanya'da, kayıt tutma işlemleri 1990 yılında gerçekleştirilen hastane tedavi sözleşmesi ve 1005 sayılı hemşirelik mevzuatı ile zorunlu hale getirilmiştir.

Endoskopi hemşiresinin, gerçekleştirdiği aktivitelerin yapısını ve genel durumunu kaydetmek için kullanabileceği tek araç dökümantasyondur.

Bu aktivitelerin kalitesi de ancak bu şekilde verimli ve kontrol altında tutulabilir nitelikte olabilir.

Bu tür dökümantasyondan; ekonomik durumu ve personel ihtiyacının saptanmasında temel olarak yararlanılabileceği gibi, bu dökü-

mantasyon daha sonra hastanın bakımını üstlenecek olan hemşireler için önemli bir bilgi olarak da kullanılabilir.

Gerçekleştirilen endoskopi sayısı tek başına; endoskopi bölümlerinde gerçekleştirilen işin, bu işler için gerekli zamanın ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine yeterli olmayacaktır.

Tüm bunlar; gerçekleştirdiğimiz aktiviteleri, bahsetmiş olduğumuz özellikleri yansıtacak şekilde ifade edecek yollar ve araçlar bulmamız gerektiği anlamına gelmektedir.

Ancak bu işlemi net ve pratik bir şekilde gerçekleştirmemiz gerekmektedir.

Birkaç örnekten yola çıkarak; dökümantasyonun sunabileceği olasılıkların yanısıra, beraberinde getirebileceği sorunlardan da bahsedeceğim.

1. Tıbbî dökümantasyon-hemşirelik aktiviteleri belirtilmemiştir.

2. Tıbbî dökümantasyon ve kalite kontrol-burada, hemşirelik personelinin desteğinden de söz edilmektedir.-teferruatlı kayıt kağıdı.

3. Endoskopik protokol-Harlaching Hastanesi'nden-bulguların özeti ve protokol, ardından da teferruatlı bir rapor.

4. Hasta devir protokolü-Münih çalışma grubu-1995 yılında Berlin'de takdim edilmiş-daha sonra bakımının gerçekleştirilmesi için hastanın devredileceği hemşirelik personeli için bilgi sağlanması amaçlı.

5. Endoskopi dökümantasyonu-Münih çalışma grubu. Burada risk faktörleri, aletler ve terapötik ölçümlerin yanısıra tedavi teçizatı, histoloji ve komplikasyonlar ile ilgili bilgilerin tamamı kaydedilir. Bu dökümantasyon kağıdı, arşivde muhafaza edilmek üzere bulgulara eklenir.

Kullanılan bu dökümanlar el yazısı ile doldurulabilir ancak çok pratiktir ve sayfa yapıları çok net ve kullanışlıdır.

Bu şekildeki dökümantasyon ile ilgili problemler arasında; gereken süre, dosyalama, ve sunulan sağlık hizmetlerinin ölçümü bulunmaktadır.

Endoskopi ünitemizde iken, fazladan yapılması gereken işler bulunduğundan dolayı hemşire meslektaşlarının kaydadeğer direnci ile

karşılaştım. Aksine, servislerdeki personel, hasta devir protokolüne çok sıcak baktı.

Hasta devir protokolü hastaya refakat ederken, endoskopik işlem sırasında yapılacaklara dair dökümantasyon bulgulara eklenir, bu da tamamlanması yalnızca kısa bir süre ve az bir çaba gerektirecek olan, arşive bir tek sayfa daha eklenmesi demektir.

Bunun aksine, dökümantasyonun değerlendirilmesi çok daha fazla zaman alacak bir işlemdir.

Örneğin toplam muayene sürelerinin, enfekte hastaların sayısının veya mesai saatleri dışında gerçekleştirilen acil endoskopilerin sayısının saptanması istenebilir. Bunun gerçekleştirilmesi için her bir kayıt gözden geçirilmeli ve gerekli veriler kopyalanmalıdır.

Yukarıda bahsedilen işlemleri yapmak zorunda kalmış herkes neden bahsettiğimi gayet iyi anlayacaktır; gereken süre çok uzundur, ve bir hata yapıldığı takdirde bunun düzeltilmesi çok fazla bir çaba gerektirecektir.

6. Sunulan sağlık hizmetlerinin kaydı-Harlaching hastanesi-Hastaların gönderilecekleri servislere yerleştirilmesi.

Bu işlemin tek alternatifi, benim kanımca, elektronik bilgi işlem olabilir.

7. Hasta devir protokolü

Pek çok departman tıbbî dökümantasyon için bilgisayar kullanımına geçmiştir, ancak hemşirelik dökümantasyonu elle sürdürülmektedir. Endoskopi ünitesindeki hemşirelik personeli de bilgisayar kullanıyor olmalıdır.

Bilgi işlem pazarı çok büyük bir pazardır, ve endoskopi ünitesi için programlar öneren çeşitli firmalar mevcuttur.

Bu şekildeki sistemlerin, özel becerilere veya bilgi işlem hakkında bilgiye ihtiyaç duyulmadan kolaylıkla kullanılacak şekilde düzenlendiklerine dikkat çekilmelidir. Böylece cihazın kullanımı ile ilgili olarak; herhangi bir programa girip de bir türlü programdan çıkamama veya bilgisayarın çökmesine ve tüm verilerin kaybolmasına sebebiyet verme korkusu gibi tedirginliklerin üstesinden gelmek de kolaylaşacaktır.

8. Söz konusu protokol, bahsi geçen önemli maddelerin yalnızca bir mouse tuşuna basılarak

düzenlenmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

9. Değişken maddeler söz konusu olduğunda, bunların değerleri sonradan girilebilmelidir.

10. Hasta Devir protokolü yazılı çıktısı alınır ve otomatik olarak kaydedilir.

11. Herbir muayenenin ardından, sunulan sağlık hizmetlerinin kaydı tutulur, bu arada kullanılan malzeme miktarı da yazılabilir; bu ise en iyi şekilde, standartlaştırılmış maddeler yardımı ile gerçekleştirilebilir.

Verilerin bu şekilde değerlendirilmesi, el yazısı sistemine göre çok daha kullanışıdır.

12. Personel ihtiyacının saptanması

Son olarak, endoskopiden geçen hastaların bakım kategorilerine ayrılmaları olasılığına dikkatlerinizi çekmek isterim.

Şu ana dek bu tür bir sınıflandırmayı yalnızca günlük hastalarımız üzerinde uyguladık, örneğin ösefagus çeperinin skleroterapisi veya polipektomi, buji kullanımı gibi.

13. Personel ihtiyacı. Hastaların bakım kategorilerine göre sınıflandırılmaları, yalnızca endoskopiden ibaret olan muayenenin ötesindeki ek bakım hizmetlerinin belirlenmesine fırsat tanımaktadır; bu da, kanımca, önem taşıyan bir husustur.

Sık sık, endoskopi müdahalesinden önce yoğun bir hazırlık gerektiren çok ağır hastalarla, veya enfekte olmuş ve bir ön lavmanın gerekeceği hastalarla ilgilenmekteyiz. Bütün bunlar, şimdiye dek döküman haline getirilmemiş veya değerlendirilmemiş maddelerdir.

Özellikle, personel ihtiyaçlarının saptanması konusunda bu tür maddeler çok büyük önem taşımaktadır.

Kendimize ait bir servisimiz bulunmadığından dolayı, kendi bölümümüze kabul ettiğimiz hastalar 3A servisine yerleştirilmektedir. Geçen yıl, ortalama 4 ilâ 8 günlük hastamız olmuştuk, bunun sonucunda da toplam 2.5 ek mesai düzenlenmesi söz konusu olmuştur.

14. Slayt-Sözlerimi bitirmeden evvel hemşirelik dökümantasyonunun endoskopi ünitesi için ne kadar önemli olduğunu vurgulamak isterim.

Eğer resmî itibar kazanmak konusunda ciddi isek, aktivitelerimizi şeffaflaştırmaya gerçekten

başlamamız gerekmektedir; pek çok kademesi olan sofistike çalışma alanımıza hakim olabileceğimizi kayıtlara dökmek durumundayız.

ÜST GASTROİNTESTİNAL KANAMADA ASİSTANIN ROLÜ

Sevgili meslektaşlarım, bayanlar, baylar,

Üst gastrointestinal kanamada uzman bir asistanlık sunmak için geniş çaplı bilgi birikimi ve becerilerin yanısıra çok geniş bir terapötik işlemler yelpazesine hakim olunması gerekmektedir.

İlgili tüm gastrointestinal kanamaların % 90 ilâ % 96'sı üst sindirim kanalında, % 1'den azı jejunum ve ileumda, ve geri kalanı da kolorektumda meydana gelmektedir. Özellikle, endoskopik müdahalenin dramatik bir olay ve hatta kaos haline dönüşmesinden ziyade arzulanan şekilde tamamlanmasının garantilenmesi konusunda, asistanın rolünü vurgulamak isterim.

1. İlk önemli basamak odanın ve aletlerin hazırlanmasıdır, ve bu basamak da gerek rutin müdahaleler gerekse acil muayeneler için geçerlidir.

Endoskopun aşağıda belirtilen işlevleri kontrol edilmelidir:

Hava üfleme, yıkama, emme, görüntü netliği, ışık yoğunluğu, ve uç nokta sapması.

Gastrointestinal bir kanamadan şüphe edilmesi durumunda, özellikle geniş bir emme kanalına sahip bir gastroskop seçilmelidir, zira genellikle; pıhtılaşan kanın, kanamanın kaynağının ortaya çıkarılması amacıyla temizlenmesi gerekecektir. Bu gibi durumlarda benim kanımca öncelik daha seçici bir destek sağladığına inandığım video endoskopuna verilmelidir.

Emme ünitesi ya boşaltılmalı ya da yeni bir toplama torbası kullanılmalıdır. Muayene sırasında emme ünitesinin dolması, ünitenin boşaltılması için zaman harcanması gerekeceğinden dolayı, büyük bir baş belasıdır. Oksijen bağlantıları, izleme aygıtının işlevi ve ayrıca da kullanılacak aletler kontrol edilmelidir.

Sertleştirici zerki için kullanılan iğnelerin ve fibrin yapıştırıcısının açık ve geçişe müsait olduğundan emin olunmalıdır ve koruyucu

örtülerinin altından rahatlıkla çıkarılabilmektedir. En az iki iğne seti hazırda bulunmalıdır.

Yukarıdaki işlemler, varislerin ligasyon yoluyla tedavisinde de geçerlidir.

Lazer tedavisinin de kullanıldığı bölümlerde ise aşağıdaki hususlar kontrol edilmelidir:

İlk olarak, ışın kılavuzunun soğutulması için yeterli miktarda CO₂ gazının bulunduğu; ardından ışın kılavuzunun kalibrasyonu, su jeti uygulamaları için gerekecek olan su pompasının test edilmesi, ve ayrıca lazer iletiminin gerçekleştiği probun çalışıp çalışmadığı. Bu son husus ile ilgili olarak: Prob işlevini yerine getiremiyorsa değiştirilebilecek bir yedeği mutlaka bulunmalıdır.

Gastrointestinal kanamaların argon ışınlayıcısı ile tedavisi söz konusu olduğu takdirde, öncelikle bu aygıt ve onun yanısıra elektrotom ve aksesuarları kontrol edilmelidir.

Endoskopi, bölüm dışında bir yerde gerçekleştiriliyor ise endoskopi arabası kontrol edilmeli ve hazır hale getirilmelidir. Bu amaçla, bir kontrol listesi kullanılması önerilmektedir ve özellikle ekibe yeni katılan personel için oldukça yararlı olacaktır. Hastane içinde yürüme mesafeleri oldukça uzun olduğundan dolayı, önemli bir aksesuar unutulmuş ise bu durum gereksiz yere stres oluşturacaktır.

Yeterli çeşitlilikte ilaç bulunmalıdır, özellikle yalnızca tek bir asistan bulunduğu takdirde bu ilaçların yeterli miktarlarda hazırlanmaları önerilmektedir.

Destek parçası ile birlikte dişlik, steril sulandırma çözeltileri ve büyük boy tek kullanımlık şırınganın yanısıra fazladan bir sulama kateteri hazırda bulundurulmalıdır ve var ise bir endowasher hazırlanmalıdır. Hastanın arkasına köpük kauçuktan mamul kama şekilli büyük boy bir destek veya büyük boy rulo yerleştirilerek hastanın sabit bir dikey konumda kalması sağlanabilir. Aşağıda sıralanmış olan koruyucu elbiseler v.s., gerek muayeneyi yapacak olan endoskopi uzmanı, gerekse asistan hemşire için hazırlanmış olacaktır: uzun kollu giysi, su geçirmez önlükler, tek kullanımlık su geçirmez eldivenler, yüz maskeleri, koruyucu gözlükler (hasta için de olmak üzere), ve lazer kullanıldığı takdirde özel koruyucu gözlükler.

Acil durum kutusu kontrol edilmeli ve el

altında bulundurulmalıdır.

Muayenenin gerçekleştirileceği alan ne kadar detaylı olarak hazırlanırsa, muayene sırasında istenmeyen kazalardan da o kadar uzak kalacaktır. Yeniden muayene edilmek üzere gelen hastalar hariç çoğunlukla, bir üst GI kanama söz konusu olduğunda kanamanın kaynağı bilinmez. Bu yüzden, beklenmedik herhangi bir duruma karşı her zaman hazırlıklı olmalıyız.

2. Hastanın muayeneye hazırlanması

Üst gastrointestinal kanama durumunun gözleendiği hastalar çok geniş bir yelpazede yer almaktadır. Bu aralık, diğer yönlerden sağlıklı genç hastalardan başlayarak ölmek üzere olan yaşlı hastalara kadar gitmektedir. Rahat ve olumlu cevap veren bir hasta ile veya rahatsız ve tepki göstermeyen bir hastayla karşılaşabiliriz. Hastanın tıbbî kayıtları rutin laboratuvar deneyleri yönünden, kan sayımı ve koagülasyon durumları da dahil olmak üzere; ayrıca olası kardiyovasküler veya pulmoner hastalıklar veya gizli kalmış herhangi bir hastalık yönünden mutlaka kontrol edilmelidir. Hikayesi alınmamış olan acil bir hasta söz konusu ise, hastanın dikkatli olarak gözlenmesi yoluyla hayati fonksiyonlarının ne durumda olduğunun saptanması, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi sağlayabilir.

Konu ile ilgili hikayesi tamamlanmamış olan bir hasta her zaman enfekte kabul edilmelidir. Hasta rahat ise ve olumlu cevap vermedikçe, yapılacak işlemler hakkında bilgi vermek için mutlaka zaman ayırılmalıdır. Bu hastaların pekçoğu, hayatlarında ilk kez kan kustuklarında veya dışkılarının katran gibi olduğunu gördüklerinde büyük şok yaşamaktadır. Halbuki birkaç endoskopik muayeneden geçmiş hastalar bile çok gergin bir hal almaktadır. Zaman müsaitse, tedavi seçenekleri hastaya anlatılmalıdır. Gergin ve şaşırılmış haldeki pek çok hasta izin formunu, gerçekten içeriğini incelemeyen imzalamaktadır.

Üst gastrointestinal kanamalı bazı hastaların durumları o kadar ağır olabilir ki asistan hemşire dikkatini yalnızca asıl önemli noktalara çevirmelidir.

Hasta, bir muayene masasının üzerine yerleştirilmeli veya kendi yatağında bırakılmalıdır. Kişisel olarak ikinci seçeneği tercih etmekteyiz, zira pek çok durumda hasta muayene

sonrasında bulunduğu servise geri gönderilecektir. Ayrıca, bu durumdaki hastaların üşümeleri olası olduğundan hastanın yatağında kalması masaya yatırılmasından daha sıcak bir ortam sağlayacaktır. Daha önceden premedikasyonuna başlanmış olan, genellikle enfüzyon veya transfüzyon verilen ya da vücutlarına dren veya kateter yerleştirilmiş olan hastaların yataktan muayene masasına taşınması da bu işi gerçekleştiren tüm personel için problem teşkil etmektedir, ayrıca zaman kaybına da yol açacaktır. Özellikle de bir hemşire söz konusu olduğunda bu durumu şahsen tavsiye etmem.

Müdahale öncesinde varsa takma dişlerin ve gözlüklerin çıkarılması gerekmektedir. Hasta hareketsiz şekilde sol tarafı üzerine yatırılır. Başının altına ise absorban bir kumaş serilir. Mutlaka bir venöz hat yerleştirilir, gerektiği takdirde bir ikincisi de yerleştirilir. İhtiyaca uygun şekilde, plazma genleştiriciler veya elektrolit çözeltileri kullanılarak hastanın dolaşım sistemi düzenlenir. Pulsoksometre uygulanır ve bir oksijen tüpü hazır bulundurulur. Tek asistan hemşire ise, hastanın pozisyonunun uygun araçlarla desteklenmesi önerilir. Premedikasyon, endoskopi uzmanının talimatı doğrultusunda uygulanır. Hastaların pekçoğu müdahale öncesinde gergin olurlar ve korku duygusuna kapılırlar, bu yüzden genellikle premedikasyon uygulanmasını isteyeceklerdir; hastanın durumu elverdiği takdirde premedikasyon sağlanmalıdır.

3. Muayenenin gerçekleştirilmesi

Premedikasyon yapılmamış hasta söz konusu olduğunda ısırık bloku yerine yerleştirilir ve sabitlenir. Ancak o zaman İ/V enjeksiyon verilecektir. Pek çok hasta premedikasyona tepkilerini çenelerini sıkı kapatarak göstereceklerinden dolayı premedikasyon verilmeden önce ısırık blokunu yerleştirmek önem taşımaktadır.

İlk olarak, kanamanın kaynağını saptamak amacıyla komple bir gastroskopi yapılmaya çalışılır. Pıhtılaşan kan sık sık görüntüyü engelleyeceğinden bu gibi durumlarda pıhtılaşan kanı sulandırmak ve içerdeki sıvının tamamının dışarı çekilmesi için bir Endowasher yardımıyla ya da mekanik olarak veyahut sulama tüpü kullanılarak elle ek sulama yapılması önerilir. Kan ve diğer maddeler endoskopun hava/su jetini ve hatta emme kanalını tıkaya-

bilir. Bu gibi tıkanıklıklar, el ile çalışan bir kauçuk pompa kullanılarak hava üflenmesi yoluyla giderilebilir. Asistan hemşire, müdahale sırasında hastanın kusarak gastrointestinal kanaldaki tüm kanı çıkarabileceğini unutmamalıdır. Bu sebeple, hasta sabit bir konumda tutulmalı ve absorban kumaş gerektiği sıklıkta değiştirilmelidir; ihtiyaç duyulduğunda hastanın boğazı da sıvının emdirilmesi yoluyla temizlenmelidir.

Uygulanan hemostaz moduna göre, talimatları doğrultusunda gerekli aletler endoskopi uzmanına verilmeli veya kullanılmalıdır. İşlemin tamamı boyunca hastanın hayatî fonksiyonları sürekli izlenmelidir. Tehdit edici herhangi bir durumun gelişmesine dair işaretler söz konusu olduğunda endoskopi uzmanına derhal haber verilmelidir ve gerekirse müdahale sonlanmalıdır.

Müdahale tamamlandıktan sonra endoskop devredilir. Eğer iki adet asistan hemşire varsa bunlardan biri endoskopi ve kullanılan aletleri alabilir, bu sırada diğeri de hastanın hayatî fonksiyonlarını ve pozisyonunu izleyebilir. Hemşire tek başına ise-ki nöbet sırasında bu durum söz konusudur-önce hastayla ilgilenilmeli ve aletler daha sonra toplanmalıdır. Hemşire hastanın ayılmış ve hayatî fonksiyonlarının düzenli ve normal olduğundan emin olmalıdır. Ancak o zaman hasta diğer bir hemşireye devredilebilir.

Müdahalenin yapısı ve içeriği, uygulanan ilaçlar ve hastanın hayatî fonksiyonları hakkında bilgi sağlayan bir endoskopi protokolüne muayenenin genel akışı kaydedilmelidir. Protokolde ayrıca söz konusu gözlemler veya uygulanan tedaviler hakkında da daha detaylı bilgi bulunmalıdır.

Terapötik müdahalenin bulunduğu endoskopik işlem için teorik olarak iki adet hemşire – biri hasta ile, pozisyonu ve hayatî fonksiyonları ve genel durumu ile ilgilenmek ve diğeri de uzmana yardımcı olmak ve aletleri kullanmak/tedarik etmek üzere – mutlaka bulunmalıdır. Nöbette iken endoskopi uzmanının yardımcısı yalnızca bir hemşire olacağından, müdahale koşulları ideal koşullar olmayacaktır. Bu yüzden de tüm hazırlıklar gerek zaman kaybetmemek gerekse hemşirenin muayene mekanından ayrılmak zorunda kalmasını önlemek amacıyla daha da dikkatli biçimde gerçek-

leştirilmelidir. Bunlardan başka çok önemli bir nokta daha vardır: hemşire ile endoskopi uzmanının koordinasyonu ve işbirliği. Hastaya optimal yardım gerçekleştirilmesi yalnızca pürüzsüz şekilde çalışan bir ekiple mümkündür.

EĞİTİM STANDARTLARI – İHTİYACIMIZ VAR MI?

Endoskopi ile ilgili ek eğitime ihtiyacımız var mıdır?

Endoskopi için gerçekten kalifiye personel mi gereklidir?

Bu sorular gün geçtikçe daha sık olarak sorulmaktadır. Münih'te gerçekleştirilen bir endoskopi kongresinde genç bir bay, safraya transpapiler dren yerleştirilmesi konulu bir makalesini sundu.

Gösterdiği slaytlardan anlaşıldığı kadarıyla genç adam endoskopi uzmanına asistanlık yapmaktaydı. Sunumunu ise şu kelimelerle bitirdi: " Askerlik hizmetinden ziyade sosyal hizmette bulunan bir insan olarak, endoskopi bölümüne atanmışım. Zaman geçtikçe gerçekleştirilen işlere o kadar alışmışım ki, iki endoskopi hemşiresi bölümden ayrıldığında her ikisinin bıraktığı boşluğu doldurabiliyordum."

Ardından gelen ve ara sıra uğultuların da duyulduğu tartışmalar, endoskopi personeli içinde bir kriz ortamı bulunduğu gerçeğini ortaya koydu.

Bu şekildeki bir kriz ortamına sebebiyet veren nedir?

Pekçoğunuz endoskopinin on yıl önceki halini hatırlayacaktır.

O zamanlarda, endoskopi bölümüne yerleştirilen personel sayısı o kadar düşüktü ki personel eksikliği gündeme gelmekteydi. Ancak personel yalnızca kalifiye hemşirelerden ibaretti. Boşluklar derhal dolduruluyordu, zira genellikle uzun bir yedek listesi bulunmaktaydı. O zamanlarda endoskopi personeli, servislerde görev alan hemşirelerden daha fazla ücret almaktaydı. 1991 yılında düzenlenen kollektif ücretlerin reformu ile ilgili anlaşmanın beraberinde getirdiği ücret alma yapısı ise servis personelinin lehine oldu; vardiya çalışması ve normal mesai saatleri dışındaki çalışmalara ek ücret ödenmesi söz konusuydu. Bunun sonucunda da endoskopi bölümünde çalışmak üzere başvuruda bulunan hemşire sayısı gittikçe azalarak

sıfıra yaklaştı; zira servislerdeki ücretlerle karşılaştırıldığında 300 ilâ 500 Alman Markı civarında kayıplar söz konusuydu.

Bir yandan, endoskopik muayene konusundaki hızlı gelişmeler ve daha ileri tedavi yöntemlerinin ortaya çıkması ile ikiye katlanan kronikleşmiş personel eksikliği söz konusu iken diğer yandan bu eksikliğin kriz ortamına yol açan asıl etken olduğu göz önüne alınmalıdır.

Halen pek çok bölüm, personel boşluklarını kalifiye olmayan, ancak sorumluluk sınırlarının çok daha ötesinde olan görevlere uyum sağlamaları beklenen yardımcı personelin işe alınması yoluyla kapatmaya çalışmaktadır.

Bu gelişme gerginliğe yol açıyor olmalıdır, çünkü Kalifiye olmayan personelin, bir endoskopi bölümünü organize etmek ve endoskopi uzmanına yardımcı olmak konusunda kalifiye elemanlar kadar yeterli olduğu gibi yanlış bir kanının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

Bu seçenek, en azından daha ucuzdur !!

Bu ikilemden kurtulmanın yolu nedir?

Endoskopi bölümüne yerleştirilen hemşirelik personelinin gerçekleştireceği aktivitelerin bulunduğu kitapçığa bakıldığında her gün, sahip olduğumuz beceri ve bilgiden daha fazlası talep edilmektedir. Sahip olduğumuz kalifikasyonlar geniş bir kapsamdadır. Hastayla ilgilenebilmemiz ve onu izleyebilmemiz için hemşirelik becerilerine ihtiyacımız vardır – ışık kaynakları, yüksek frekanslı aygıtlar, lazerler, röntgen cihazları, v.b. gibi cihazları kullanmak için teknik bilgiye ihtiyacımız vardır –. Endoskoplar ve aksesuarlarının işlenmesi için hijyen konusunda, böyle bir bölümde sürekli dezenfeksiyon sağlanmasının yanısıra steril aletlerin temini konusunda bilgi sahibi olmamız gerekmektedir ve bunlar aktivitelerimizin tamamının yalnızca bir kısmını oluşturmaktadır.

Kural olarak, personele yeni katılanların görevlerine uyum sağlamalarının 6 ay sürdüğü kabul edilmektedir ancak benim kanımca bu süre uygun bir beceri seviyesine ulaşmak için yeterli değildir. Ancak 2 ilâ 3 yıllık bir süre boyunca bölümde çalışma sonucunda endoskopi personeli için gereken aktivitelerin tamamı hakkında yeterlilik kazanılabilir.

Bütün OP personelini sınırlendirecek olsam bile endoskopi bölümündeki asistan personel talepleri, kısmen, OP personeli tarafından karşılanandan daha yüksektir.

Bu iddiayı kanıtlamak için diyagnostik ve terapötik ERCP'yi örnek verebilirim.

Endoskopi uzmanının bir müdahalede bulunması halinde asistanlık yapacak yalnızca bir tek hemşire olması ne kadar sıklıkla karşılaşılan bir durumdur?

Bu durum, özellikle nöbet görevi sırasında söz konusudur. O zaman da aşağıdaki aktiviteler tek kişi tarafından gerçekleştirilecektir:

Endoskopi odasının ve aletlerin hazırlanması, hastanın hazırlanması, müdahale sırasında endoskopi uzmanına asistanlık yapılması, röntgen cihazının kullanılması ve genellikle premedikasyon verilmiş olan hastanın sürekli olarak izlenmesi. Zor bir diyagnostik muayenenin ardından terapötik işlem gelmesi durumunda ise tek bir kişi birkaç saat boyunca yukarıda bahsedilen aktivitelerin tamamını aynı anda gerçekleştirmek durumunda kalabilir.

Sonuç ise bu kişiye çok yüksek taleplerde bulunulduğudur – Üzerinde durulması gereken bir gerçek !

Aksine, ameliyat odasındaki aktiviteler aşağıdaki şekilde gruplara ayrılmıştır: OP personeli aletlerden sorumlu iken anestezi personeli de hastadan sorumludur. Gerek cerrahi hemşireler, gerekse anestezi hemşirelik personeli ek eğitimlerden geçmiştir, uzman becerileri ve bilgileri kabul edilmiştir ve daha yüksek seviyede ücretlendirilirler.

Endoskopi personeline açık olan olasılıklar nelerdir?

Var olan eğitim merkezleri; örneğin Neuwied, Hamburg veya Münih gibi; çalışan hemşirelere uzmanlık eğitimi olanağı sunmaktadır ancak üzümlere belirtmek isterim ki bu eğitimler resmî olarak tanınmış değildir.

Bu şekildeki ileri eğitimin amacı yalnızca uzmanlaşma ve iş tanımımızın daha da geliştirilmesi olmamalıdır, uzman hemşirelik aktiviteleri için toplu olarak kabul edilmiş ücret seviyeleri bağlamında da resmî kabul ile sonuçlanmalıdır.

Bu amaç cesaret veriyor olsa da şu soruyu gün-

deme getiriyor: Bu alanda on yıldan uzun süredir çalışan hemşireler için durum ne olacaktır? Kalifikasyonlarının resmî olarak kabul edilmesinden önce, öngörölmüş kriterleri sağlamak amacıyla aynı eğitimden geçmeli midirler?

Tartışmaya değer bir öneri de bir sertifika şeklinde, çalışılmış olan süreyi gösteren bir aktivite ispat belgesinin sağlanması olacaktır. Bazı durumlarda ise (10 yıldan daha kısa tecrübeleri olanlar) bu süre, planlanmış olan uzmanlık eğitim kurslarında sağlanan muayenelerle ikiye katlanacaktır.

Mart 1996'ya kadar, endoskopi konusunda uzmanlık eğitiminin, cerrahi asistanlık personelinin eğitim kursları ile birarada yürütüleceğine inanmamız için her türlü sebep vardı. Ancak bu düşünceden tekrar vazgeçildi.

Alman Endoskopi Asistanlık Personeli Topluluğu (DEGEA), böyle bir teklifi hiçbir koşulda kabul etmeyecektir. Endoskopide gözlenen patlama niteliğindeki gelişme tıbbın hiçbir dalında gerçekleşmemiştir, bu da büyük oranda endoskopi personelinin özverisi sonucunda olmuştur.

1996 yılı baharında, Klinikum Recht der Isar in Munich hastanesinde düzenlenen bir ileri eğitim sırasında Bavyera Hastaneler Birliği ile halka açık olarak yürütölen tartışmada bu alandaki sorunlar gündeme getirilmişti. Bu alanda çalışan tıpcılar da olayların olduğu gibi devam edemeyeceği kanısına vardılar. Kısa bir süre sonra Erlangen'deki üniversite hastanesinde de benzer bir fikir alışverişinde bulunuldu.

Bundan kısa süre sonra Alman Hastaneler Birliği ile ilk temaslara geçildi. Bu adımın sonuçları oldukça olumluydu ve DEGEA genel müdürüne ortak olarak kabul edilmiş bir eğitim kavramına ulaşılması konusunda cesaret verdi.

Bayanlar ve baylar, endoskopi personelinin özel hemşirelik becerileri ve uzmanlığa olan ihtiyacı aşıkardır. Bu, kalifiye olmayan personel alımına karşı olduğumuz anlamına gelmemektedir; ancak yardımcı ek personelin, gerekli görevleri yerine getirebilecek yeterlilikte olduğu kanısı reddedilmelidir. Çeşitli mevzuat ve kanunlar da bu bakış açısını desteklemektedir. Kalifiye olmayan personelin endoskopi bölümündeki çeşitli görevlerde sorumluluk almaları mümkündür – örneğin aletlerin, endoskopların

ve aksesuarların hazırlanması, idari görevler, ve ultrason muayenelerinin koordinasyon ve organizasyonu gibi.

Bunlar, olası aktivitelerin geniş yelpazesinden yalnızca birkaç örnektir.

Kendi bölümümde, bir yıllık tecrübesi bulunan bir adet asistan hemşire çalışmaktadır. Gözlem gerektirmeden pekçok görevi yerine getirebilmektedir. Ancak, yanlış anlamaları engellemek amacıyla, biraraya gelerek, sorumluluğunu üzerine alabileceği aktivitelerin bir listesini çıkardık.

Belli aktivitelerin yalnızca kalifiye personel tarafından gerçekleştirilmesinin sebeplerini de tabii ki tartıştık. Hastayla doğrudan temas halinde çalışmanın kişisel bir sorumluluk getirdiğine ve kalifiye olmayan personelin böylesi kanunî bir sorumluluğu üzerine alamayacağına her zaman dikkat çekmişizdir.

Hasta izleme aygıtlarının da aynı şekilde spesifik olan ve personel tarafından gerçekleştirilen hasta izleme işlemlerinin yerini alması da endoskopi bölümü için söz konusu olmamalıdır.

Bir doktorun, endoskopik müdahalelerin gerçekleştirildiği muayenehanesinde durum biraz değişiktir:

Daha düşük miktarda premedikasyon uygulanır, ortalama hasta yaşı daha düşüktür ve bir kural olarak risk seviyesi yüksek hastalar tedavi edilmez. Ancak, burada da ek eğitimin sağlanması söz konusu olmalıdır.

Sunumumu bitirmeden önce, başlangıçta sormuş olduğum soruya dönmek isterim:

Endoskopi ile ilgili ek eğitime ihtiyacımız var mıdır?

Benim kanımca kesinlikle ihtiyacımız var. Yalnızca bu şekilde gelişme sağlanabilir.

Yalnızca bu şekilde, sırf personel eksikliği bahanesine veya maliyet kısma gerekçelerine dayanarak gerçekleştirilen kalifiye olmayan personel yığılmasından kaçınılabilir.

Aktivitelerimizi dökümanlara kaydetmek ise büyük önem taşımaktadır, ancak bu şekilde kalifiye hemşirelik becerilerine olan ihtiyaca kanıt gösterebiliriz.

Kalite kontrol çerçevesi dahilinde her bir

endoskopi ünitesi veya bölümüne ait standartlar oluşturulmalıdır ve ileri yönde sürekli eğitim olanağı sağlanarak bu standartlar korunmalıdır. Ayrıca endoskopi uzmanlık dalında katılmış olunan seminerler, devam edilen ve ileri dereceli eğitim ile ilgili kayıtlar da tutulmalıdır.

Her gün, bizden talep edilen yüksek talepleri karşılamamız beklenmektedir ve şimdi de endoskopi ünitesinde sunduğumuz geniş uzmanlık ve beceri yelpazesinin resmî kabulünün ve tanınmasının kazanılması zamanıdır.

1997'de, Alman Endoskopi Asistanlık Personeli Topluluğu, cerrahi dal ile işbirliği yaparak endoskopi ve OP personeli ile ilgili resmî kabul ve tanınma, sürekli ve ileri eğitimi hedefli bir kavram oluşturma başarısını gösterdi.

1 Ekim 1997 tarihinden itibaren aşağıdaki mevzuat yürürlüğe girecektir:

Gastrointestinal ve pulmonolojik endoskopi konusunda belgelenmiş 10 yıllık tecrübe sahibi

olan kalifiye hemşirelik personeli bu alana dair resmen kabul edilmiş bir yeterlilik sahibi olacaktır. Belgelenmiş 5 yıllık tecrübe sahibi kalifiye hemşirelik personeli ise resmen kabul edilmiş yeterlilik belgesi verilmeden önce sınava tabii olacaktır.

Konu ile ilgili olarak 5 yıldan daha az tecrübesi olanlar ise çalıştığı işten ayrılmadan 2 yıllık bir kursa katılabilir. Bu kurs, cerrahî personel için de geçerli olacak bir temel yılı içerecektir. İkinci eğitim yılında ise uzmanlaşmış olan bu iki dal ayrılacak ve her biri de sene sonunda kendi uzmanlık sınavları ile sonlanacaktır.

Önemli bir yol katettik, ve bu yol şimdi bize endoskopi bölümümüzde gerçekleştirilen yüksek derecede kalifiye aktivitelerimizin hakettiği resmî kabul ve tanınmayı elde etme fırsatı sunmaktadır.