

«Out-Patient» Sağlık Kuruluşları

Dr. Gürayten ÖZYURT*

ÖZET

"Out-Patient" Sağlık Kuruluşları, hastane içinde, cerrahi klinikleri ile kombine çalışan, hastane içinde bağımsız kuruluşlar ve tamamen bağımsız kurumlar olarak organize edilmişlerdir.

ASA sınıflandırmasının II ve III sınıfındaki hastalar kuruma kabul edilmektedir. Genel, lokal ve çeşitli rejyonal anestezi teknikleri uygulanmaktadır. En önemli komplikasyonlar ameliyat sonrası kusma, bulantı ve hipotansiyondur. Hastaların hastanelere transfer oranı % 0.2 dir. Out-patient cerrahisi, özenli ve kaliteli hasta bakımı ve ekonomik yönden büyük tasarruf sağlamaktadır.

SUMMARY

Out-Patient Surgical Units

The organization of out-patient unit is a good alternative to conventional in-patient surgery. Out patient units are the hospital unit with independent facilities, the integrated hospital unit and the independent out-patient surgical centre. Patients who have ASA Status I or II accept for "Day-care surgery". General anesthesia and a wide variety of local and regional anesthesia techniques may be used. The common complications have been postoperative nausea or emesis and hypotension. The hospital transfer rate has been 0.2 percent. Out patient surgery provides high quality care and economic justification.

Cerrahi gelişmelerin hasta sayısındaki artışa neden olması yanında hastane bakım ücretlerindeki hızlı yükselmeler; bazı özel tanı yöntemleri ile küçük cerrahi işlemlerin en kısa zamanda tamamlanıp hastaların bir gün içinde taburcu edildikleri yeni sağlık birimlerinin kurulmasını gerektirmiştir. Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Latin Amerika ve bazı Avrupa ülkelerinde organize edilen "Out-Patient" Unit'lerinde; genellikle bir saatten az süren ve ayılma odalarında iki saatten az bakım gerektiren ameliyatlar "Day-care Surgery" adı ile gerçekleştirilmektedir. Adı geçen birimlerin amaçları; halk sağlığı düzeyinin yükseltilmesi, hastanelerdeki servislerin yüklerini hafifletmek, sağlık bakım ücretlerini azaltmak ve hastanın kişisel yaşamını daha az bozmak olarak özetlenmektedir. Merkezlerin yapımı yıllık başvuran hasta sayısına göre plânlanmakta ve geliştirilmektedir.

* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kürsüsü Profesörü

Günümüzde işleyen "Out-Patient Unit"ler şu üç organizasyonla gerçekleştirilmişlerdir:

1. Hastane içinde bulunan, cerrahi klinikleri ile kombine çalışanlar
2. Hastane içinde bağımsız kuruluşlar
3. Hem lokalizasyon hem de işleyiş olarak bağımsız sağlık merkezleri.

Bu sağlık kuruluşlarına ASA sınıflandırmasının (II) ve (III) üncü kategorisi ile bazı acil hastalar (E) cerrahi işlem için kabul edilmektedir. Buna göre hafif sistemik hastalığı olan kişiler II, sistemik hastalığı olan fakat durumu stabil olanlar III'üncü sınıfı oluşturmaktadır. Sağlık bakım ve tedavisi erişkinlere olduğu kadar çocuklara da uygulanmasına karşın, bazı anesteziyologlar 6 aydan küçük bebeklere anestezi vermekten kaçınmaktadırlar.

Bu tip cerrahinin çocuklar için yararı, minimal heyecan, infeksiyon riskinin azalması ve ekonomik elverişlilik olarak gösterilmektedir.

Başvuran hastaların gözlem kağıdına özgeçmiş, soy geçmişi yazılıp, fizik muayene bulguları işlenmektedir. Ameliyat öncesi hazırlığı olarak hemoglobin, idrar incelemeleri ile pıhtılaşma süresi araştırılmaktadır. Diğer testler eğer gerek görülürse yaptırılmaktadır.

10 yıllık bir süreçte 60.000'den fazla hastanın bakımının gerçekleştirildiği Amerika Birleşik Devletlerindeki bir merkezin dökümünü yapan yazarlar, röntgen ve elektrokardiogram incelemesinin % 1'den az hastada yapıldığını bildirmekte ve yalnızca bu işlemlerden yılda 2 milyon dolar tasarruf edildiğini belirtmektedirler¹.

Kanada'da 1975 yılında, aynı yolla uygulanan 25 işlemde 209 milyon dolar tasarruf sağlandığı, buna 5 tür cerrahi işlem katıldığında 62 milyon dolarlık ek tasarruf ekleneceği bildirilmiştir².

Out-patient kliniklerinde yapılan cerrahi işlemler türlerine göre şöyle sıralanmıştır^{1, 2}.

Tablo: I

CERRAHİ	AMELİYAT ve İŞLEM
Göz	Şalazyon eksizyonu, strabismus düzeltilmesi, nazolakrimal kanala sonda uygulanması, retina fotokoagülasyonu.
K.B.B.	Miringotomi ve tüp konulması, laringoskopi, bronkoskopi özofagoskopi ve özofagus dilatasyonu.
Diş Hekimliği	Diş çekimi, ağız restorasyonu
Jinekoloji	Anestezi altında muayene, dilatasyon ve küretaj, terapötik abortus, laparoskopi, tubal koagülasyon.
Ortopedi	Sargı ve alçı değiştirme, eksositoz eksizyonu, kırık ve çıkık manipülasyonları, tendon ve fasya eksizyonları.
Genel	Ganglion çıkarılması, meme biopsisi, çocukta fitik tamiri, anal fissür, pilonidal sinüs, tırnak çekimleri, peritoneoskopi, deri lezyonları eksizyonu.
Üroloji	Hidroselektomi, testis ve prostat biopsisi, vaskotomi, sistoskopi, retrograd pyelografi, sünnet, meatomi.

T.R.O'Donovan³ ın yaptığı geniş kapsamlı cetvelde ise 364 tür cerrahi işlem bulunmaktadır.

Cerrahi işlemler için gerekli anestezi yöntemi; kısa süren cerrahi işlemden sonra refleks fonksiyonlarla kortikal işlevlerin hızla dönüşümünü gerektiren anestezi şekli olarak tanımlanmaktadır⁴. Hastaların büyük bir çoğunluğuna (% 85) genel anestezi verilmektedir. Ayılma süresini kısaltmak ve hastayı en kısa sürede taburcu edebilmek için, genellikle premedikasyon uygulanmamaktadır. Ayrıca periferik sinir blokları ile intravenöz ve bölgesel anestezi yöntemleri de bazı anesteziyologlar tarafından genel anestezi kadar yeğlenmektedir. Perianal ameliyatlar için kaudal ve perianal bloklar, kol ve bacak kırık pozisyonlarında aksiller ve spinal, epidural bloklar gibi... Örneğin 26 numara spinal iğne ile yapılan subaraknoid anestezinin bu hastalar için emniyetle kullanıldığı bildirilmektedir.

Anestezi sonrası hasta ayılma odasında en sık rastlanan komplikasyonlar bulantı ve/veya kusma ile hipotansiyondur. Hastaların % 16'sında oluşan hipotansiyonun nedenleri; ani postural değişiklikler, ağrı, dolu mesane, analjezik ve antiemetik ilaçlar gösterilmektedir. Ancak hipoksi, hipovolemi veya myokard sorunlarının gözden kaçırılmaması gerektiği bildirilmektedir¹. Hipotansiyonun nedeninin düzeltilmesi yanında oksijen verilmesi, pozisyonun düzeltilmesi, sıvı tedavisi ve vasopressör uygulaması yapılmaktadır. Bu komplikasyonların daha çok ASA III sınıfına ait hastalarda görüldüğü, bu nedenle hastaneye nakledilen hasta oranının % 0.2 olduğu yazarlarca bildirilmektedir¹⁻². Anestezi sonrası hasta ayılma odasında dolaşımın stabil olduğu, kanama, ağrı, kusma ve bulantısının kalmadığı ana kadar gözlem altında tutulmaktadır. Çocukların 1'inci saatteki anestezi sonrası ayılma değerlendirilmesine (PAR Score) göre⁵ evde annesinin bakımına verilebildiği bildirilmektedir. Hasta taburcu edildikten bir gün sonra durumu telefonla sorulup kontrol edilmektedir⁶.

P.T. Lakti⁷ tarafından ilk defa düşünülen ve çalışma kuralları ortaya konulan Day-care surgery ve Out-patient Unitleri son yıllarda büyük rağbet bulmuş ve gelişmiştir. Her işlemde en az 200 dolarlık tasarruf yapılabildiği, hastane uygulamalarına göre maloluş değerlerinde dörtte birden onda bire kadar ulaşan azalmaların var olduğu belirtilen işlemlerde, doktorların daha etkili bakım yapabildikleri vurgulanmaktadır.

Bir diğer yarar, yoğun çalışan kliniklerde hasta birikimi önleyerek ağır hastalara daha fazla yatak ayrılmasına olanak tanınmasıdır. Ayrıca hastalar en kısa süre sonunda işlerine dönebilmektedir.

Bu yararları ile birlikte hastanelerin gelirlerinde de önemli miktarda düşüşlerin görülmesi³, diğer ilginç bir yön olarak gösterilmektedir.

Kanımıza göre sözü edilen sağlık kurumları, bütçelerinden yeterli ödeneği ayıramayan gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi için yararlı bir model olarak alınabilir.

KAYNAKLAR

1. DAWSON, B., REED, W.A.: Anesthesia for day-care surgery: A Symposium (II), Anesthesia for adult surgical out-patients, Canad. Anaes. Soc. J.: 27: 409-411, 1980.

2. CHANDROKANT, P.S.: Anesthesia for day-care surgery: A Symposium (I), Day-care surgery in Canada: Evolution, Policy and experience of provinces, *Canad. Anaest. Soc. J.* 27: 399-408, 1980.
3. O'DONOVAN, T.R.: Recent Developments in Ambulatory Surgery, Hill, G.J.: Out Patient Surgery, Chapter I, W.B. Saunders Comp., Philadelphia, London, Toronto, Second Edition, 1980, p. 1-14.
4. THORNTON, J.A., LEVY, C.J.: Out Patient Anesthesia, *Techniques of Anesthesia*, London, Chapman and Hall, 1974, p. 338-356.
5. ALDRETE, J.A., KROULIK, D.: A postanesthetic recovery score, *Anesthesia and analgesia... Current Researches*, 4: 924-933, 1970.
6. STEWARD, D.J.: Anesthesia for day-care surgery: A Symposium (IV), Anesthesia for pediatric out-patients. *Canad. Anaes. Soc. J.*, 27: 412-416, 1980.
7. LAKTI, P.T.: Early postoperative discharge of patients, *Mich. Med.*, 69 (17): 755-760, 1970.