

Türkiye'nin acil sorunu: Acil yardım hizmetlerinde reorganizasyon-2

Dr. Salih Kenan Şahin



1967'de Erzurum'da doğdu. 1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Zorunlu hizmetini SSK Amasya Suluova Dispanseri'nde yaptı. İhtisasını Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde 1996'da tamamladı. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde İşletme yüksek lisansı yaptı. Özel sağlık sektöründe, siyasette ve Pendik Belediyesi'nde yöneticilikler yaptı. Bir yıl kadar SSK İstanbul Kartal Hastanesi'nde İntaniye Uzmanı olarak çalıştı. Nisan 2005'te başladığı SSK İstanbul Sağlık İşleri İl Müdürlüğü görevinden geçtiğimiz yıl istifa etti.

Bir önceki yazımızda acil uygulamalarıyla ilgili mevcut durumu değerlendirmiş ve ikinci yazımızda bu konuyla ilgili öneri ve değerlendirmelerimizi aktaracağımızı ifade etmiştik. Acille ilgili çözüm önerilerimizi dile getirmeden önce ihmal edilen ancak hayati derecede önemli bir hususun altını çizmek istiyorum. Etkin bir acil yardım hizmetinin verilme yolu öncelikle toplumda ilk yardım bilgi ve bilinç düzeyinin yükseltilmesinden geçmektedir.

Başarılı bir ilk yardım, acil yardımın temel şartıdır. Çünkü kazalarda, ölüm ve dönüşümsüz sakatlıkların önlenilmesinde ilk dakikalar hayati önem taşır. Hayati tehdit edecek kaza ve hastalıklarda acil yardım ekibinin ilk bir kaç dakika içerisinde olay yerine yetişmesini beklemek hayali bir yaklaşım olur. Doğru ilk yardım bilgisiyle yapılacak müdahale yaşamsal öneme sahiptir.

Acillerle ilgili çözüm önerimizi dört ana başlıkta değerlendireceğiz.

- Acilin koordinasyonu
- Acil merkezleri
- Hasta transportu
- Acil personelleri
- Acilin koordinasyonu

Acil hizmetlerin başarısının birincil şartı etkili bir koordinasyon sistemidir. Acil durumlarla karşılaşan kişiler, sağlıklı düşünebilecek rahatsızlıkta olamazlar. Genellikle panik haldedirler ve ilk akla geleni yaparlar. Ülkemizde acil hizmetlerle ilgili birden çok organizasyonun olması kafa karışıklığının önemli sebebidir.

Acil durumlar, sadece sağlığı ilgilendiren bir durum olmayıp adli vaka ya da kurtarmayı gerektiren bir olay da olabi-

li. Belki bunlardan tümünün de için içinde olması da zorunlu olabilir. Acil yardım gerektiren durumlar içinde ülkemizde ilk akla gelen trafik kazalarında polis, itfaiye ve sağlık görevlilerinin koordinasyon halinde müdahale etmesi zorunludur. Ancak ortak çalışma gerekliliği ile çelişecek şekilde her birinin ihbar numaraları ve koordinasyon merkezleri farklıdır.

Acil yardım organizasyonunun etkili olduğu ülkelerde tüm merkezler tek bir otoritenin kontrolindedir. Tüm süreç aynı numara üzerinden ulaşılabilen tek bir çağrı merkezinden yönetilmekte ve ilişkili tüm birimler arasında doğrudan işbirliği ve koordinasyon bu merkez tarafından sağlanmaktadır.

Acil yardım birimlerinin farklı kurumsal hiyerarşi içerisinde olması da acil vakaya yapılacak müdahalenin etkinliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Ülkemizde itfaiyeler yerel yönetim, trafik ve emniyet, İçişleri Bakanlığı, acil sağlık yardımı hizmetleri de öncelikle Sağlık Bakanlığı kısmen de yerel yönetimler ve özel sağlık kuruluşlarının bünyesinde yürütülmektedir.

Özellikle afet dönemlerinde ortak koordinasyona ihtiyaç çok daha belirgin hale gelmektedir. Yakın dönemde yaşanan ülkemizdeki en büyük afet örneklerinden biri olan 1999 depremi sonrası yaşanan koordinasyonsuzluk, vatandaşın yöneticilere olan güvenini önemli ölçüde sarsmıştır.

Ülkemizde de tüm acil durumlar için tek merkezin kurulması mümkündür. Örneğin İstanbul ölçeğinde büyükşehir belediyesindeki AKOM yapısı bu operasyonların yürütülmesi için kullanılabilir. Afet dışında gündelik acillerin de bu merkez tarafından tek elden yürütülmesi, merkezin daha dinamik,

personelin de daha verimli ve tecrübeli olmasını sağlayacaktır.

Tüm acil durumlar için tek numara uygulamasına hızlıca geçilmesi gerektiği aşikârdır. Acil olduğu düşünülen herhangi bir sorunla karşılaşıldığında, sorunun niteliği, aciliyet durumu veya önemi ne olursa olsun, hangi acil yardım birimini aramaları gerektiğini düşünmekle geçirecekleri süre yerine, hatırdı kalacak tek numara, vatandaşın işini oldukça kolaylaştıracak ve zaman kazandıracaktır. Aynı zamanda bu uygulamada, karşılaşılan sorunun türüne göre gerekli yönlendirmelerin yapıldığı çağrı merkezleri gibi alt organizasyonlar da oluşturulmalıdır.

Acil merkezler

Bir önceki yazımızda da ifade ettiğimiz gibi acil üniteler ya da acil servisler, öncelikli yürütülmesi gerekirken sağlık kuruluşlarının rutin hizmetleri arasında karışmıştır. Zoraki yürütülmeye çalışılan ve yük olarak görülen bir anlayışla sürdürülmektedir. Hemen tüm sağlık kuruluşlarında, verimlilik düzeyleri farklı olarak 24 saat esasına göre acil hizmeti sürdürülmektedir. Acil durumdaki yetkinlik kapasiteleri tartışmalıdır.

Önemli bir kısmında da sağlık personeli verimsiz bir şekilde çalıştırılmaktadır. Özellikle hekim ve hemşire açığının olduğu bir dönemde bu israf kapısının kapatılması gerekmektedir. Acil servislerin nasıl olması gerektiği uzun zamandan beri ülkemizde tartışılmaktadır. Burada iki farklı ancak birbirleriyle bağımlı model söz konusudur.

a) Sağlık kuruluşları bünyesindeki acil üniteleri

b) Sağlık kuruluşlarından bağımsız acil başvuru merkezleri

Hastanelerin devasa sorunları arasında acil servislerle ilgili sorunların ihmal edildiği gerçektir. Sağlık kuruluşlarından bağımsız, birbiriyle ilişkili acil başvuru merkezleri sorunun çözümünde bir model olabilir. Bu modelin içermesi gereken özellikleri şöyle sıralayabiliriz:

Bu merkezler, kendiliğinden başvuran ya da ambulans aracılığıyla getirilen hastaların, herhangi bir uzmanlık dalının müdahalesini gerektirmeyen tüm acil işlemlerinin yürütüldüğü yapılar olarak planlanmalıdır.

Ambulansla alınan hastanın triyajı ambulansla yapılmalı, cerrahi müdahale, yoğun bakım ya da yatarak tedavisi gerektiği tespit edilen vakalar, doğrudan önceden belirlenmiş hastane aciline yönlendirilmelidir. Bunlar dışındaki tüm vakalar ambulansla acil başvuru merkezine götürülmelidir.

Bir ya da daha çok uzmanlığın özel girişiminin gerektiği tespit edilen vakalar doğrudan, bu tür vakalara destek verebilecek şekilde yapılandırılmış (donanım, personel, ortam vb) hastane acil birimlerine götürülmelidir.

Acil başvuru merkezine gelen tüm hastalar, ister ambulansla getirilsin, isterse doğrudan gelsin mutlaka kabul edilmeli, geri çevrilememelidir.

Öte yandan acil başvuru merkezleriyle hastane acili de birbirleriyle kesintisiz bir iletişim halinde olmalıdır.

Gelen vakalar triyajdan sonra gerekli değerlendirme, müdahale ve müşahadeye tabi tutulmalıdır.

Eğer bu değerlendirmeler sonrasında müdahalesinin hastanede yapılması ya da ileri tedavisi gerektiği düşünülen vakalar buradan da uygun yolla hastane aciline sevk edilebilirler.

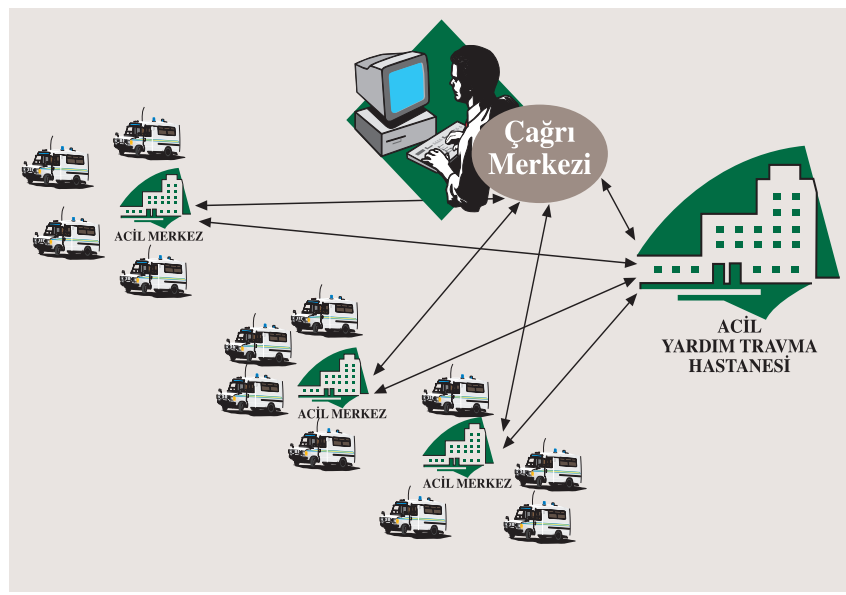
Hastane acillerine şahıslar hiçbir şekilde doğrudan başvurmamalıdır.

Acil başvuru merkezlerinde yeterli personel bulunmalı ve acille ilişkin tüm işlemler yapılabilir.

Hasta transportu

Acil kavramında vatandaşın aklına ilk gelen acil hastanın transportudur. Bu konuda ambulans sistemlerini tartışacağız.

Sağlık Bakanlığı, yaptığı düzenlemelerle acil yardım ambulanslarıyla hasta nakil ambulanslarını ayırtmıştır. Acil yardım ambulanslarında hala hemşire-



ler ve doktorlar bulunmaktadır. Hâlbuki gelişmiş ülkelerde acil ambulans ekibinin kimlerden oluştuğuna bakıldığında, bunların acil tıp teknisyenleri (paramedikler) olduğunu görmekteyiz.

Sağlık Bakanlığı ambulansları dışında da kamu özel kuruluşlarının da ambulans hizmetleri mevcuttur. Son zamanlarda ülkemizde kara ambulansları dışında hava, deniz ve kar ambulansları da hizmet vermeye başlamıştır.

Acil transport hizmetleri, tüm ülkeyi kapsayacak şekilde örgütlenmelidir. Örgütlenme modelinde hastanın ulaşması gereken en yakın merkez mesafesi iyi hesaplanmalıdır. Talep yoğunluğu dikkate alınmalı, çalışan emeğini israf etmek yerine hızlı mobil araçlarla vaka, ilgili merkeze ulaştırılmalıdır. Hekimi ve merkezi vakaların ayağına götürmek israftır. Yeterli talebi olmayan imkân, donanım ve personelden yoksun atıl sabit sağlık kuruluşları ülkenin kaderi olmaktan çıkarılmalıdır.

Mobil acil yardım araçları yeterli donanım ve yaşamsal müdahaleyi yapabilecek birikimde personel içermelidir. Bu araçlar acil başvuru merkezleriyle entegre olmalı, acil başvuru ve komuta merkezi tarafından yönlendirilmelidir. Bölge ölçeğine göre en az 1 destekleyici acil yardım ve travmada deneyimli bir kadrosu bulunan ve 24 saat esasına göre çalışan hastane bulunmalıdır. Metropol şehirlerde bu hizmeti hastaneler nöbetleşe üstlenebilirler.

Acil personel

Acil başvuru merkezlerinde acil tıp uzmanları dışında hiçbir uzman hekim görevlendirilmemelidir. Çünkü uzman hekimler kendi branşları doğrultusunda yanıtıcı fiksasyon gösterebilirler.

Acil yardım hastanın tam tedavisinden ziyade yaşamının sürdürülmesi ve nasıl bir tedaviye ihtiyacı olduğunun belirlenmesiyle sınırlanmalıdır. İlk müdahaleler, yaşamsal müdahaleler ve uzmanlık ile hastane ortamı gerektirmeyen işlemler yapılmalıdır.

Bu merkezlerde acil konusuna odaklı,

Tüm acil durumlar için tek numara uygulamasına hızlıca geçilmesi gerektiği aşikârdır. Aynı zamanda bu uygulamada, karşılaşılan sorunun türüne göre gerekli yönlendirmelerin yapıldığı çağrı merkezleri gibi alt organizasyonlar da oluşturulmalıdır.

gerekli ve yeterli teorik eğitimlerden geçmiş, deneyimli personel istihdam edilmelidir. Pratisyen hekim (acil hekimi), paramedik (acil tıp teknisyeni) odaklı bir yapılanma oluşturulmalı, ihtiyaç doğrultusunda hemşire, sağlık memuru ve laboratuvar teknisyeniyle desteklenmelidir.

Başarılı bir triyaj merkezlerin verimliliğini arttıracaktır. Çalışma şartları, çalışan tüm ekiplerin çalışma düzeni ve yapılan işin stresinin de ne kadar yoğun ve önemli olduğu da dikkate alınarak iyi planlanmalıdır. 12 ya da 24 saat esasıyla yürüyen vardiya sistemlerinden vazgeçilmelidir. Acil gibi yüksek tempolu bir iş etkin bir şekilde 6 veya 8 saat sürdürülebilir. Bu çalışma süresi de yeterli molalar ve sosyal desteği içermelidir.

Acil servislerin koordinasyonunda başarılı modeller içinde, tüm sistemin operasyon ve koordinasyon yükünü yerel yönetimlerin üstlendiği modeller daha başarılı gözükmektedirler. Ülkemizde belediyeler itfaiye hizmetlerini başarıyla yürütmektedirler. Acil hastanesi dışındaki acil başvuru merkezleri ve ambulans hizmetlerini de il ölçeğinde yerel yönetimler daha başarılı bir şekilde sürdürebilirler. Merkezi yönetim standart ve norm belirleme, denetleme ve ulusal ölçekte koordinasyonla kendini sınırlamalıdır.