

ÜLKEMİZDE TRAVMA SONRASI ACİL YARDIM HİZMETLERİ

Dr. Ali ÇALIKUŞU*

Dr. Şükrü ÖZER**

Ülkemizde insan yaşamına son veren dört büyük sağlık problemi çocuk ölümleri, kanser, kalp hastalıkları ile kaza ve felaketler sonucu oluşan travmalardır (1). Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük bir halk sağlığı problemi olan travmalar genç erişkinlerde diğer hastalıklardan, özellikle kalp hastalıkları ve kanserden daha çok ölüme neden olmaktadır (2). Travma 40 yaş öncesi nüfus içinde ölüm nedenleri sıralamasında birinci sırada tüm yaş gruplarında ise dördüncü sıradadır (3,4,5,6). Ülkemizde travma nedenleri arasında önemli bir yer tutan trafik kazaları 1980-1994 yılları arasındaki 15 yıl içinde 6.5 kat artarak 235690'a, travma geçiren insan sayısı ise 4 kat artarak 102848'e yükselmiştir (7,8). Diğer yandan birden çok insanın aynı anda etkilendiği doğal, sosyal ve insana bağlı felaketlerde gereken olağanüstü program, plan ve hazırlıklarımızın olmaması nedeni ile hamasi coşkular, koordinasyonsuz hizmetler, yardım ve kan bağışi kampanyaları dışında ilk saatler ve günlerde kayda değer birşey yapılmamakta, bu tip hizmetler genellikle sonraki günlerde ülkemize gelen yabancı uzman ve ekiplere bırakılmaktadır. Böyle durumlarda Kızılay, Silahlı Kuvvetler ve çeşitli resmi kuruluşların fonksiyon ve yardımları göz ardı edilemez ancak bu yardımlar sıklıkla toplumsal ve sosyal içerikli olmakta, ilk ve acil yardım hizmetleri yönünden mevcut duruma fazla bir katkı sağlamamaktadır.

Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte yapılan birçok çalışmanın sonuçları travma sonrası ölümlerin %20-50'sinin önlenabilir ölümler olduğunu ortaya koymaktadır, ancak yapılan başka çalışmalarda ülke şartlarına iyi adapte edilmiş fonksiyonel travma sonrası acil yardım sistemleri ile bu oranın %10'lar seviyesine çekilebileceği gösterilmiştir (5,6,9,10,11,12).

UYGULAMA ÖRNEKLERİ

Günümüzde birçok ülke kendi şartlarına uygun Travma Sonrası Acil Yardım (TSAY) sistemini oluşturmuştur. Ülkeden ülkeye küçük farklılıklar gösterse de sistemler her türlü acil durumda gereken en kısa zaman süreleri, mevcut eğitilmiş eleman ve teknik imkanlar belirlenerek biçimlendirilmiştir. Tıbbın en ileri boyutlarda uygulandığı Amerika Birleşik Devletlerinde ilk kez 1968 yılında merkezi idare tarafından ülke 300 bölgeye ayrılarak acil yardım hizmetleri kanunlar ile teminat altına alınmış ve aşağıda yer alan 6 ilke tesbit edilmiştir (1,3).

- 1-Donanımlı ambulansların sağlanması,
- 2-Haberleşme ve sevk sisteminin kurulması,
- 3-Ülke genelinde acil yardım servislerinin kurulması,
- 4-Yönetim ve organizasyon şemalarının oluşturulması,
- 5-ATT ve Acil Tıp Uzmanı eğitiminin başlatılması,
- 6-Acil Yardım Merkezlerinin kurulması

Daha sonra 1973 yılında mevcut yasalar revize edilerek kurulması gerekli görülen 3 tip Acil Yardım Merkezi şunlardır (1).

- Sınırlı Acil Yardım ve Tedavi Merkezleri,
- İleri Acil Yardım ve Tedavi Merkezleri,
- Travma ve Araştırma ve Uygulama Merkezleri.

Kanunlarla desteklenen bu sistemin uygulanması sonucunda bugün ABD'de 16.000 acil tıp uzmanı, 60.000 acil yardım hemşiresi, 160.000 ATT (acil tıbbi teknisyen) ve 14.000 vasıflı ambulans hizmet vermektedir (1,13,14).

İngiltere'de mevcut TSAY sistemi içinde yapılan çalışmalarda travma sonrası ölümlerin %50'sinin hastane dışı, bunların %50'sinde önlenabilir ölümler olduğunun saptanması üzerine İngiliz Kraliyet Cerrahi Koleji mevcut TSAY sisteminin modernleştirilmesine ve içinde travma eğitimi görmüş hekim ve hemşirelerin görev yaptığı travma merkezlerinden yaklaşık 2 milyon populasyon için bir adet olmak üzere 25 adet kurulmasına karar vererek kurulacak modern Acil Yardım ve Travma Merkezlerine AYTMM'lerine ait özellikler şöyle tesbit edilmiştir (5,9,15,16).

- 1-AYTMM Hastane öncesi yaklaşımları, kara ve hava yolu

* S.Ü. Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım ABD.

** S.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.

Yazışma Adresi: Dr. Ali ÇALIKUŞU

S.Ü. Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Akyokuş 42083-Konya.

ile hızlı ulaşımı, hekim ve hekim dışı eğitilmiş sağlık personeli istihdamını ve acil hastane içi bakımı sağlayabilecek birimlere sahip olmalı, akut travma yaklaşımlarını takiben spesifik bakım ve tedavi için sekonder transport uygulanabilmektedir.

2-Solunum ve dolaşım yetmezliği sonucu meydana gelen ölümlerin çoğu yeterli ve zamanında hastane öncesi tedavisi ile önlenbilir ölümlerdir. Bu nedenle paramedikal sistemlerin ve acil tıbbi teknisyen eğitiminin hastaneler ile entegrasyonu şarttır. Önlenbilir ölümlerin diğer bir kısmı ise ancak erken cerrahi ve yeterli yoğun bakım ile önlenbilir. Bu amaçla acil yardım merkezinde travma bakımı önleme, tedavi ve rehabilitasyon bölümleri olmalıdır.

3-Hastahane görevli konsültan hekimlerin ve özellikle cerrahların travma konusunda eğitilmiş ve deneyimli olmaları şarttır. Hastahane ölümlerinin büyük bir kısmının kafa travmaları sonucu olduğu düşünülürse beyin cerrahi uzmanı olmayan bir acil yardım ve travma merkezi düşünülmemelidir.

4-Beyin cerrahisi, yanık, maksillofasial, kardiyotorasik cerrahi ve transplantasyon üniteleri gibi özel üniteler hızlı transport ile ulaşılabilir mesafelerde bulunabilir, ancak travma merkezlerinde bulunmasıdır.

5-Mevcut bazı hastanelerin travma merkezlerine dönüştürülmesi düşünülebilir, ancak finansman gereksinimleri nedeni ile yeni travma merkezlerinin kurulmasından kaçınılmamalıdır. İdeal travma sonrası acil yardım sistemi henüz oluşmamıştır, fakat temel prensip olarak tüm halka istenilen zamanda ulaşabilen bir sistem zamanla eksiklikleri giderilerek ideal sistem haline dönüşebilir.

Travma sonrası acil yardım sistemlerinin yeniden organize edilmeye başlamasının temel nedeni travma sonrası acil yardım gereksinimlerinin büyük kısmının hastane dışında vukubulmasıdır (4,11,15). Acil medikal gereksinimlerde bu oran daha da artmakta, örneğin kardiyak arrest vakalarında %98'lere çıkmaktadır, aynı sistemlerin acil medikal gereksinimleri de karşılandığı düşünülürse acil yardım sistemlerinin yeniden gözden geçirilmelerinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır (16). Travma vakaları için ideal sistem tartışmaları son yıllarda özellikle hastane öncesi ve ilk intravenöz tedavi başlama zaman dilimlerinin azaltılmasına yöneliktir (5,17,18). Günümüzde birçok travmatolojist iyi dizayn edilmiş travma sistemlerinin önlenbilir ölümleri azaltacağı konusunda hemfikir olup, iyi bir travma cerrahının yılda 50 vakadan fazla travma operasyonu yapıyor olmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır (2). Travma skoru yüksek hastaların klasik sistemdeki hastanelerde travma deneyimi düşük cerrahlar

tarafından opere edilmeleri travma sonrası önlenbilir ölümlerin artmasında önemli bir faktör olarak belirtilmektedir (2, 11, 14, 19).

Bazı Doğu Avrupa ülkeleri son yıllarda kendi eğitici ve idareci hekimlerini sistem deneyimi olan ülkelere gönderme yolu seçmektedir(20).

ORGANİZASYON

Kişisel düzeyde önemli başarılarla tanık olduğumuz ülkemizde, travma geçiren hastalarımıza gerçek ve çağdaş acil yardım hizmeti verebilecek bir sistemimizin olmadığı hemen hergün yaşadığımız yeni bir olay ile doğrulanmaktadır (5). Sorunun çözülmesi için hem büyük metropollerde, hem de küçük ve orta büyüklükteki yerleşim birimlerinde yapılacak küçük değişikliklerle uygulanabilecek, aynı zamanda en uç noktaya kadar örgütün tüm birimlerini birbirleri ile irtibatlandırılacak doğru acil yardım modeli tesbit edilmelidir.

Ülkemiz şartlarına uygun bir prototip Acil Yardım Organizasyonu modeli Champion'un 1987 de tanımladığı modelin bir benzeri olabilir (1, 21). Bu modele göre her iki milyon nüfusa hizmet verecek bir AYTİM ile bu merkez çevresinde Acil Servisler ve Acil Yardım istasyonları bulunmaktadır. Merkezi ünite çevresindeki her 30 km'lik bir alan içinde bir Acil Servis yer almaktadır. Acil Servisler de travma skoru düşük hastalar tedavi edilebilirken travma skoru yüksek hastalar için sekonder transport uygulamasına gidilebilir. Yerleri hizmet verilen bölgenin coğrafi özelliklerine göre planlanan, görevleri yaşam kurtarma ve hastayı stabilize etmekle sınırlı olan Acil Yardım İstasyonları periferdeki Sağlık Ocakları ve Dispanserler bünyesinde kurulabilir. Her iki ünite arası azami uzaklığın normal hızı 30 dakikada ulaşabilecek mesafede olması gerekir (2, 17).

Tanımlanan modelde olduğu gibi ülkenin en uç noktasındaki vatandaşa ulaşabilecek fonksiyonel bir organizasyon ancak Sağlık Bakanlığının öncülüğünde üni versiteler, sağlık tesisi olan sosyal güvenlik kuruluşları ve askeri sağlık kurumlarının birlikteliği ile sağlanabilir. Bu organizasyon içinde acil yardım hizmeti verilecek kişi için vatandaş statüsü yeterli olmalı, acil yardım hizmeti verilirken resmi, emekli, bağıkurlu, askeri, yeşil kartlı, vb. statüler aranmamalı, hizmetin finansmanı yada hastanın transferi ancak acil yardım hizmeti sonrasında düşünülmelidir.

Böyle bir örgütlenme modelinde her merkezi yardım ünitesi kendi başına kurumsal bir nitelik taşımalı, kendine bağlı alt birimlerin fonksiyonları yönünden karar verici, uygulayıcı ve kontrol edici yetkilerle donatılmalıdır. İdari kargaşaya neden olmamak için merkezi üniteler çevresinde

bütünü oluşturan her alt birim (Acil Yardım Merkezi, Acil Servisler ve Acil Yardım İstasyonları) mali, idari ve özlük işleri yönünden hangi kurum bünyesinde kurulmuş ise o kuruma bağlı olabilir, ancak bu kuruluşların bireysel tasarruflar ile kendilerine bağlı üniteleri fonksiyonel zaafa uğratabilmeleri her zaman mümkündür, bu nedenle Amerika ve İngiltere örneğinde olduğu gibi acil yardım ünitelerinin sahip olmaları gereken standart donatımları, fonksiyonel alan ve sınırları ile personel kapsamları kanun ve yönetmeliklerle garanti altına alınmalıdır (1,16).

Bugün acil yardım ile ilgili birçok kurum ve kuruluş acil yardım hizmetlerinin sadece acil servisler içinde verildiğini sanmakta, bu nedenle tüm iyi niyet ve iyileştirme çabalarına karşın daha işin başında yanılığa düşmektedir. Oysa modern bir acil yardım organizasyonunda travma sonrası acil yardım mutlaka olay yerinde ve çok kısa bir zaman periyodunda başlatılmalıdır (15). Vasıflı ambulanslar ve acil tıbbi teknisyenlerden oluşan mobil acil yardım ekipleri organizasyonun en temel unsurlarından birisidir. Buna karşın ülkemizde çeşitli sağlık kurumları ve sivil toplum örgütlerinde bulunan ambulansların çoğu vasıfsız olup mobil acil yardım aracı olarak kullanılmaktan ziyade hasta, cenaze ve personel nakil veya yük taşımak için kullanılmaktadır. Bu aykırılığı düzeltmek için acil yardım organizasyonuna dahil edilerek vasıflandırılan ambulansların merkezi ünitelerde hapsedilmeleri yerine Acil Yardım İstasyonlarında bulundurulmaları, travma sonrasında ambulansların istenilen zaman dilimlerinde olay yerine ulaşabilmelerini sağlayacaktır.

EĞİTİM

Bugüne değin acil yardım organizasyonlarında görev alacak hekim ve yardımcı sağlık personeli eğitime gerekli önem verilmemiştir. Eğitilmiş hekim eksikliğini tamamlamak için büyük uğraşlar sonucu gelinen noktada son 3 yıldır uzmanlık programları içine dahil edilen Acil Tıp Uzmanı yetiştirme programları az sayıda üniversitemizde halen sürmektedir. Ancak kurulan Acil Yardım Anabilim Dalları fonksiyonel olmaktan çok uzaktır. Akademik mevzuat ve teamüllerin oluşmadığı bu dalda çalışan akademisyenler bir bilinmezlik ortamında çalışmaya mecbur bırakılmaktadır. Konu ile ilgili olarak yaşanan bir diğer problem de uzmanlık branşlarının Acil Tıp Anabilim Dallarına konu, girişim ve vaka devir etmekten imtina etmeleridir. Örneğin kardiologlar myokard enfaktüsünün acil tedavisini sahiplenirken, endokrinologlar diabetik komanın acil tedavisinden vazgeçmemektedirler. Cerrahi branşlar içinde durum farkı değildir. Ancak tüm bu muhafazakar düşünceler savunulurken spesifik branş he-

kimlerini sayı, program ve eğitim olarak ancak klinik şartlarında çalışabilecekleri, 24 saat süresince ve tüm sahada sürdürülen acil yardım hizmetlerine ne ölçüde katılabilecekleri gibi gerçekler unutulmaktadır. Bu muhafazakar düşüncenin temel yanılığı yukarıda değindiğimiz acil yardım hizmetlerini sadece hastane içinde verilmesi yanılığıdır.

Bu düşünce tarzı bugünkü ortamda Acil Tıp Anabilim Dallarının bilimsel ve işlevsel yaşama ve gelişme olanaklarını kısıtlamakta, diğer bir deyişle doğmadan ölmeye mahkum etmektedir. Oysa dünya tıbbında günümüzde Acil Tıp Anabilim Dalının alt birimleri dahi oluşmaya başlamış olup bunlardan klinik toksikoloji, pediatrik acil tıp, felaket tıbbı ve spor tıbbı bilim dalları yurtdışındaki birçok üniversitede eğitim ve uygulama programları içerisine alınmıştır (14). Ülkemizde bugün tartışılabilen, gerekli olmadığı akademik ortamlarda bile rahatça savunulabilen Acil Tıp Uzmanlık programları ABD'de 1970 yılında başlatılmış ve 1980 yılında Board programına alınmış olup, günümüzde 100'den fazla üniteden her yıl 900'den fazla acil tıp uzmanı mezun olmaktadır (21,22). Bu ülkeden yapılan yayınlarda güncel acil tıp uzmanı ihtiyacının 31.000 olduğu, 16.000 mevcut acil tıp uzmanının bu sayının ancak %50'sini karşıladığı ifade edilmektedir (21,22,24,25). Diğer yandan çözülmesi gereken bir diğer problem travma eğitimi görmüş cerrah sayısının azlığı ya da yokluğudur. Günümüzde Acil Tıp Uzmanlığı ve Travma Cerrahisi Uzmanlığı benzer sorunları yaşamaktadır. Ülkemizde büyük metropol hastanelerinde bile görevli cerrahların yaptıkları yıllık travma cerrahisi sayıları gereken sayılardan çok uzaktır (10).

Amerikan Cerrahi Board'u bir travma cerrahinin eğitimi esnasında en az 50 travma vakası yapmasını gerekli kılmıştır (2). Yine aynı kuruluş bir travma cerrahinin bilgi ve becerilerini sürdürebilmesi için yılda en az 50 vaka yapmasını gerekli görmektedir. Travma deneyimi düşük cerrahların opere ettikleri vakalarda önlenabilir ölümlerin yüksek olduğu bilinmektedir (2,13). Bu nedenle kurulacak travma merkezlerinin eğitim hastaneleri ile irtibatlandırılmaları ya da bazı ülkelerde olduğu gibi travma cerrahisinin spesifik branş olarak uzmanlık programlarına alınması deneyimli travma cerrahlerinin yetişmesine yardımcı olacaktır (5).

Travma sonrası acil yardım konusunda eğitilmiş hekimlerimizin olmadığı sistemli bir ortamda yardımcı sağlık personellerinin eğitim seviyesi de hekimlerimizden farklı değildir. Bugün ülkemizde Mobil acil yardım ekiplerinin temel unsurları olan Acil Tıbbi Teknisyen (ATT) yoktur denilebilir. ATT bir hemşire ya da sağlık memuru değildir. İyi bir ATT hayat kurtarıcı hizmetler ile yaralı ve

hastaların tedavi merkezlerine taşınması esnasında yapılması gerekenlerin yanında, araç ve gereçlerin kullanımı, kurtarma teknikleri, iletişim teknikleri ve yasal sorumluluklar gibi tıbbi olmayan görevleri yapabilmelidir. Bu nedenle askeri, adli ve sportif eğitim ve yeteneklerinin olması gereklidir (11).

Sağlık Bakanlığı 1996 yılında ATT yetiştirmek için mevcut bazı Sağlık Meslek Liselerini ATT Liselerine dönüştürme kararı alınmıştır. Ancak amaca yönelik olarak düşünüldüğünde doğru modelin bu olmadığı kolayca anlaşılabilir. Şöyle ki, ATT olarak yetiştirilecek personele verilmesi gerekli olan eğitim temel eğitim seviyesinde değil, temel eğitimi almış sağlık personeline verilecek üst düzeyde bir eğitim olmalıdır. Bugün ATT yetiştirmek için yeni okullar açılması yerine Sağlık Bakanlığına bağlı mevcut Sağlık Eğitim Enstitülerinden bazılarının ATT Eğitim Enstitüsü olarak reorganizasyonu kaynak kullanımından dolayı bir yaklaşım olacaktır. Ancak bu yapılırken eğitim programlarının doğru tesbit edilmesinin çok önemli olduğu unutulmamalıdır. Eğitim programları tesbit edilirken amaç ATT etiketi üretmek değil, bu görevi hakkı ile yapabilecek kişileri yetiştirme olmalıdır. ATT eğitim programlarının oluşturulması ve eğitimin sürdürülmesi aşamalarında üniversiteler, askeri birlikler, emniyet ve itfaiye teşkilatları katkıda bulunmaları eğitimin kalitesini ve yetiştirecek ATT'lerin vasıflarını artıracaktır.

TELEKOMÜNİKASYON

Modern bir acil yardım sistemi organize edilirken ihtiyacı olan her vatandaşın 24 saat acil yardım sistemi ile doğrudan ilişkiye girebileceği bir danışma telefonunun ülkenin her yanında fonksiyonel hale getirilmesi atılacak ilk adımdır. Bu hattın açılması mobil acil yardım ekiplerinin yerinde ve zamanında kullanılmasını sağlarken, bazı durumlarda acil yardım öncesi ilk yardım önlemlerinin doğru uygulanabilmesi için yönlendirici ve bilgilendirici, daha doğrusu hayat kurtarıcı olabilir.

Diğer yandan mobil acil yardım ekipleri, acil yardım istasyonları ve merkezi üniteler telsiz sistemler ile irtibatlandırılmalıdır. Bu şekilde ATT'lerin hastaya yönelik yaklaşımları merkezi ünite tarafından yönlendirilebilir, merkezi ünite gereklilikler yapılarak gereksiz zaman kayıpları önenebilir. Bunun yanında bugün karşılaştığımız en büyük sorunlardan birisi de yaralıların en yakın sağlık kurumuna ulaşmak amacı ile çoğu kez yetersiz ve hazırlıksız ünitelere götürülmesi, dolayısı ile hasta ve yaralıların hastane hastane dolaştırılmasıdır. Bu durumun travma skoru yüksek hastalarda sıklıkla hastanın kaybedilmesine yol açtığı bilinmektedir (5,26). Bunun önüne geçebilecek tek yöntem TSAY sistemi içerisinde

vasıflı ambulanslar ve ATT'lerden oluşan mobil acil yardım ekiplerinin yer almasıdır.

MERKEZİ ÜNİTELER

Ülkemizde sağlık hizmetleri esas olarak hastaneler aracılığı ile halka ulaştırılmaktadır. Hastanelerimizde mevcut acil servisler primer olarak acil sağlık hizmeti vermek üzere planlanmayıp mevcut hastane imkanlarından acil hastalar için de faydalanabilmek amacı ile oluşturulmuş ilave ünitelerdir. İşte aksayan nokta burasıdır. Bugün birçok ülkede acil yardım hizmetleri "Acil Yardım Klinikleri" ya da "Acil Yardım ve Travma Merkezleri" tarafından verilmektedir. Bu tip merkezi üniteler gerek merkezi yapıları, gerek ekipmanları, gerekse eğitilmiş personel istihdamı yönünden acil yardım hizmetlerinin kendi gereksinimleri doğrultusunda kurulmuş olup birlikte çalıştıkları hastaneler ile bilimsel sınırlar içerisinde işbirliği yaparak çalışmaktadırlar (1,2,7,11,15). Bu gerçekler ışığında hastanelerimizde mevcut acil servislerin hastanelerin yardımcı üniteleri gibi görülmesi yanlışından dönülmeli; vasıfları, çalışma prensipleri, personel ve teçhizat donanımı yönüyle gerçek Acil Yardım Klinikleri ile AYTMLeri oluşturulmalıdır.

Böyle bir yapılanma içinde Acil Yardım Klinikleri ile AYTMLeri birlikte çalıştıkları hastanelerden tam bağımsız kurumlar olmayacaklardır, ancak her yönü ile kendine has özellikleri olan Acil Yardım Klinikleri kendi doğruları ile oluşturulmalı hastanenin diğer klinikleri ile bilimsel protokoller yapılarak irtibatlandırılmalıdır. Bu örgütlenme içinde Acil Yardım Kliniğinde görevli bir acil yardım hekimi almış olduğu eğitim ile neyi nereye kadar kendisinin yapacağını bilmelidir. Ancak bu sınırlar dayatmacı yöntemler ile saptanmamalı, tüm dünyada uygulanan bilimsel sınırlar uygulanmalıdır (14,26). Bu sınırlar ülkenin her yerinde günün 24 saati acil yardıma ihtiyaç duyulan yerde başlar, acil yardım gereksinimi sona ermesi ile biter (27).

Üç büyük ilimiz dışındaki illerimiz ve ilçelerimizde merkezi üniteleri kurma görevini bir merkezi hastanenin üstlenmesi gerekli ve yeterlidir. Çünkü 1-2 milyon arasında nüfusu olan şehirlerimizde bir adet merkezi ünite yeterlidir (1,2,15). Bu görevi büyük şehir ve metropollerde kadro imkanı geniş olan Devlet Hastaneleri ve Eğitim Hastaneleri üstlenebilir. Bu üniteler aynı zamanda ATT ve Acil Yardım Hemşirelerinin eğitimi için kullanılabilirler. Küçük şehir hastaneleri ve büyük şehirlerdeki küçük hastaneler telekomünikasyon sisteminin ve mobil sağlık ekiplerinin oluşturulmasından sonra minör tedavi gereksinimleri olan hastaların götürülebilecekleri alt seviye acil servisler olarak kullanılabilir. Ancak merkezi ünitelerde hastanın

kapıdan girişinden itibaren her türlü acil yardım girişimi başından sonuna dek sürdürülebilecek personel ve ekipman hazır olmalıdır.

Günümüzde sık tartışılan konulardan birisi ATYM'lerde cerrahi ve dahili acil tedavi ve müdahalelerin nerede ve kimler tarafından yapılacağı sorusudur. Bu soru cevap verilmesi zor bir soru değildir, ancak etik, medikal ve ekonomik yerleşmiş birçok tabunun yıkılması gerektiren bu konu ülkemizdeki acil yardım hizmetlerinin ileri seviyelere ulaşmasının önündeki en büyük engeldir. Bu tartışmada doğru kararı verebilmek için sadece büyük şehirlerdeki birkaç majör hastanenin sahip olduğu personel ve ekipman şartlarında düşünülmemelidir. Çünkü bu tarz bir düşünce bugüne değin olduğu gibi ülkemizin büyük bir kısmını hizmetin dışında bırakırken, birkaç majör hastanenin kaldıramayacağı yüklerin altına girmesine ve hizmetin ülke sathına yayılmamasına neden olur.

Bir AYTİM'nin birlikte çalıştığı hastane 24 saat hazır ve çok kısa zaman içinde reaksiyon verebilecek uzman personel ve donanımına sahip ise merkezi ünite de acil tıp uzmanları dışında uzman hekim bulunmaması bir eksiklik olmayabilir. Bu yöntem, uzun zaman içerisinde yetiştirmek zorunda olduğumuz acil cerrahi, acil dahiliye ve acil pediatri uzmanlarının yetiştirilmesini frenleyebilecek sonuçlara neden olabilirse de eldeki imkanları en iyi şekilde kullanmaya yönelik bir davranış olarak geçici bir süre desteklenebilir. Ancak ülkemizdeki klasik sağlık eğitim programlarında acil yardım konularının teorik ve pratik olarak sistemli bir şekilde uygulanmaması nedeni ile bu hastanelerde acil vakalara reaksiyon veren ekipleri oluşturan sağlık personelinin eğitim ve deneyim yetersizliği metropol şehirlerimizde bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı az sayıda eğitim hastanesinde bulunan bu merkezlerde istenilen ve beklenen sonuçların alınmamasına neden olmaktadır. Diğer yandan bu kliniklerde acil tıp uzmanlarının olmayışı verilen acil yardım hizmetlerinin yeterli düzeyde olmamasının önemli bir nedenidir.

Üniversitelerimize ait eğitim hastanelerimizde işleyiş daha değişiktir (8, 10, 11, 13, 27). İngilterede yapılan bir çalışmada 1.5 milyon nüfuslu bir şehirde travma hastalarının % 70'i için ortalama hastaneye ulaşım zamanı 10 dakika, travma sonrası ortalama ilk operasyon zamanı ise 134 dakika olarak bulunmuştur (10, 13). Ülkemizde ise alt yapısı kuvvetli sayılabilecek en iddialı eğitim hastanelerinde bile reaksiyon zamanı ıdcalden uzak bulunmuştur. şöyle ki, üniversite eğitim hastanelerinde klinik işlevlerden primer olarak araştırma görevlileri sorumludur. Akademik pozisyonlarda bulunan uzman hekimler üzerindeki eğitim, sekreteryaya ve idari görevler, sosyal kültürel alışkanlıklar ve ekonomik gereksinimler eğitim

hastanelerimizin çoğunda uzman personelden gereken ölçüde yararlanımının önüne geçmektedir. Bu nedenlerden dolayı herhangi bir acil yardım gereksiniminde klinik ekiplerin ideal zaman içinde ve yeterli ölçüde reaksiyon vermesi çoğu kez mümkün olmamaktadır. Acil yardım ihtiyacı olan hastanın multipl travmalı ve multi disiplinli yaklaşımı zorunlu kılan bir durumda olması problemi daha da zorlaştırmaktadır. Bu gerçeklerin ışığında eğitim hastanelerimizle birlikte çalışan AYTİM'lerinde görevleri acil vakalar ile sınırlı ve programlı uzman personellerden oluşan profesyonel acil yardım ekiplerinin kurulması zorunludur. Tabiki bu süre içinde kendi uzmanlık alanlarında uzmanlaşmış öğretim üyelerinden faydalanılması bunun yanında kadro imkanları dahilinde genel cerrahi, dahiliye, pediatri, beyin cerrahisi ve anestezi uzmanlarının AYTİM'lerinde full-time ya da part-time olarak çalıştırılması düşünülebilir. Böyle bir ekibin başında tecrübeli bir travma cerrahinin olması yurt dışı örneklerde sık sık rastlanan bir tercihtir (9, 15, 26). Bu ekiplerin tüm çalışma alanı ve programı AYTİM'leri olmalıdır. Bu yaklaşım ile zaman içinde spesifik uzmanlık alanlar oluşmaya başlayacak, en azından böyle bir gelişmeye alt yapı oluşturacaktır.

Eğitim hastaneleri dışında kalan, personel kapsamı uzman ve pratisyen hekimlerden oluşan il ve ilçe devlet hastaneleri sağlık sistemimizin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Diğer yandan ülke sathında acil yardım hizmetlerinin devlet hastaneleri tarafından veriliyor olması acil yardım organizasyonlarında devlet hastanelerinin önemini artırmaktadır. Devlet hastanelerinin hemen tamamında bir acil servis mevcuttur, hatta bir çoğunun kapısında Hızır Acil yazmasına karşın işleyişleri genelde aynıdır. Devlet hastanelerinde uzman hekimler icap nöbeti tutarlar, yani ya telefon ile danışılır ya da hastaneye çağırılırlar. Devlet hastanesinde acil servislerin primer personeli pratisyen hekimlerdir, bazı büyük hastanelerde fiilen uzman hekimler nöbet tutuyor olsa da, hastanedeki tüm uzmanların tuttuğu bu nöbetlerin hizmete ne ölçüde yansıdığı ve faydası gözler önündedir. Bu hastanelerin çoğunda acil yardım hizmeti hastaya rastgele bir intravenöz mayı takılması, pansuman ve hemen her hastaya bir analjezik yapılması ile sınırlıdır. Ancak bu durumdan Devlet hastanelerimizde çalışan pratisten ve uzman hekimlerimizi suçlamak gibi bir sonuç çıkarılmamalıdır. Ülkemizdeki tıp eğitimi süresince klasik stajlar içinde acil durumlar ile ilgili az sayıda ve teorik olarak verilen derslerin acil yardım yöntem ve kurallarını öğretmediği, örneğin iç hastalıkları ve kardiyoloji uzmanlık programı alan uzman hekimlerimiz dışında bir myokard enfaktüsünün acil tedavisini uygulayabilecek uzman ve pratisyen hekim sayımızın çok az

olduğu ülkemiz için ne yazık ki bir realitedir. Bu durumda uzman ve pratisyen hekimlerimizin bir çoğunun acil vakalarda hastayı en yakın eğitim hastanesine sevk etmekten başka bir şey yapmamasını eleştirmenin yerinde ve insafli bir davranış olacağı söylenemez. Devlet Hastahanelerinde çalışan pratisyen hekimler ve bir kaç temel branş uzmanından oluşan ve görevleri acil vakalar ile sınırlı ekiplerin kurulup acil yardım organizasyonunda görevlendirilmeleri, bu ekiplerin zaman içerisinde profesyonelleşmesine ve hizmetin ülke genelinde realize olmasına neden olacaktır. İleriki yıllarda çoğalan acil tıp uzmanları ve uzun süre acil yardım organizasyonunda görev alan pratisyen hekimlerin sertifikasyonu acil yardım ekiplerinin kurulmasını ve çoğaltılmasını kolaylaştırılacaktır. Ancak bu ekiplerde çalışan hekimlerin çeşitli yöntemler ile taltif ve tatmini hizmetin sürekliliği ve talep edilebilirliğini sağlaması açısından önemlidir. Çünkü acil vakalar için harcanan zaman, efor ve risk her zaman için elektif vakalardan daha çoktur.

Bu noktada ülkemizde bulunan çok sayıda SSK Hastanesi ve Askeri Hastanelerden acil yardım organizasyonu içinde faydalanılması düşünülebilir, ancak adı geçen kurumların özel statüleri gereğince öncelikle mevzuat değişikliklerinin yapılması gereklidir.

SONUÇ

Acil servisler her ülkede olduğu gibi ülkemizde de toplumun en alt sosyoekonomik seviyesindeki insanların çok sık başvurdukları, belki de acil hastalıklarında tek başvurabildikleri sağlık üniteleridir. Diğer yandan ihtiyacımız, beklentilerimiz acil yardım hizmeti toplumun her seviyesindeki vatandaşımız için değişmemektedir.

Ülkemizde acil yardım hizmetlerindeki systemsizlik ve eksikliklerin en büyük nedeni personel, ekipman veya ekonomik yetersizlikler değil, evrensel bilgi transferi ve bilimsel etkileşimdeki yetersizliklerimizdir. Sağlık seviyemizdeki yükselme sadece TÜYAP fuarında ve kongre standlarında izlediğimiz cihaz, malzeme ve yöntemlerin transferine bağlı olmayıp modern tıptaki idari ve organizasyon değişikliklerinin transferini ve ülkemiz şartlarına adaptasyonunu gerektirmektedir.

Amacımız insanımızın her şeyin en iyisine layık olduğu gerçeğine her vatandaşımızın anayasal hakkı olan yaşama hakkına saygı duyarak tüm acil yardım taleplerinin yerinde, zamanında ve en iyi şekilde karşılanmasıdır. Bu amaca yönelik olarak konu ile ilgili tartışmaların her zeminde açılmasının zamanının geldiğine, bu tartışmaların en iyi, en güzel sonuçlara ulaşmayı sağlayacağına ve idari kararlara yön vereceğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Ege R. Kaza, hastalık ve yaralanmalarda ilk ve acil yardım. TTKYV yayımları. Türk Hava Kurumu Basımevi, 1995.
2. Eastman AB, Lewis Jr FR, Champion HR, Mattox KL. Regional trauma system desing: Critical concepts. Am J Surgery . 154: 79-87, 1987.
3. Smith RS, Fiyw, Morabito DJ, Organ CH. Recividizm in an urban trauma center Arch Surg 127: 668-670, 1992.
4. Shackford SR, Mackerse RC, Holbrook TL. The epidemiology of traumatic death. Arch Surg 128: 571-575, 1993.
5. Ertekin C, Belgerden S. Travmalı hastaya ilk yaklaşım. Ulusal Travma Dergisi. 2: 117-125, 1995.
6. Özer Ş. Tanısal laparotomiler. SÜTF Dergisi 3: 415-418, 1991.
7. DİE yılığı 1995 DİE Basımevi 1996. Ankara.
8. Ege R. Past present and future problems of traffic accidents in Turkey. Türkiye kazaları vakfı yayımları. 1. Basım, 1-42. 1995. Ankara
9. Hackford SR, Hollingworth FP, Cooper GF, et al. : The efect of regionalization upon the quality of trauma care as assessed by concurent auditbefore and after instution of a trauma system. J Trauma.6:812-820, 1986.
10. Mc Nicholl BP, Fisher RB, Dearden CH. Transatlantic perspectives of taruma systems. Br J surg 80:985-987. 1993
11. Anderson ID, Woodford M, de Dombal T, et al: A retrospective study of 1000 deats from injury in England and Wales. BMJ 296:1305-1308. 1988.
12. Cales RH, Trunkey DD. Preventable trauma deaths. A review of trauma care systems development. JAMA 254:1059-1063. 1985.
13. Macy J. The role oof emergency medicine in the future of American medical care. Ann Emerg Med 25:233-235. 1995.
14. Bowes Lt. Rocomandation for emergency medicine. Ann Emerg med 25:230-233. 1995.
15. Carlam R. Trauma centers Br J Surg 80:1227-1228. 1993
16. Cummins RO, Chemberlain DA, Abramson NS. Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of hosbital cardiac arrest. The utstein style. ann Emerg Med. 20:861-874. 1991.
17. Spaite DW, Walenznela TD, Meislin HN. Prospective validation of a new model for evaluating EMS systems by in-field observation of spesific time intervals in prehospital care. Ann Emerg Med. 22: 638-645, 1993.
18. Karahüseyinoğlu E, Gülmen M, Özer ve ark. Multipl travmalı hastaya yaklaşım (Panelist) Ulusal Cerrahi Kongresi 15-19 Mayıs 1996. Antalya .
19. Cales RH, Turunkey DD. Preventabele trauma deaths. A reviev oof trauma system development. JAMA 245 :1059-1063. 1985.
20. Pirallio RG, Wolf M, Simpson DE, Hurgarten SW. Analysis of international emergency medical services train-trainer program. Ann Emerg Med 25:656. 1995.
21. Perter orf RG. The place of emergency medicine in the academic community. ANN Emerg med 21:193-200. 1992
22. American meedical Association: Graduate Medical Eeudation

- Appendix II. JAMA 270:1116-1122. 1993.
23. Mcislin HW, Munger BS .Emergency Medicine 2000: Residencies, resident graduates and ABEM diplomtes. Ann Emerg med 22:137-144. 1993.
24. Young GP, Sklar D. Health care reform and emergency medicine. Ann Emerg Med 25:666-674. 1995.
25. Gallery ME , Allison EJJr, Mitchell JM, Williams R. Manpower needs in academic emergency meicine. Ann Emerg med 19:797-801. 1990.
26. Cales RH. Trauma mortality in mentation of a regional trauma system. Ann Emerg Med 13:1-10. 1984
27. Çalıkuşu A. Acil tıp uzmanlığı ve acil departman çalışanlarında standardizasyonu. SUTF Dergisi 3:349-350. 1996.