

Ülkemizde acil sağlık hizmetleri: İhtiyaca yönelik güncel çözüm önerileri

National emergency medical services: recommendations of up-to-date solutions
addressed to the needs

Mehmet ERYILMAZ

Acil sağlık hizmetleri dünyadaki hızlı gelişimine paralel olarak son on beş yılda ülkemizde de büyük aşama kaydetmiştir. 1999 Marmara depreminden sonra toplumda önemi daha iyi kavranmıştır. Modern tıptaki hızlı gelişim, teknolojik tıbbi cihaz olanaklarındaki artış ile birlikte, gelişen ve büyüyen toplumun acil sağlık ihtiyaçlarındaki beklentilerinin büyüklüğü, bu hizmetlerde sürekli bir iyileştirme ve geliştirme ihtiyacı doğurmaktadır. Bu yazıda 2005 yılı Aralık ayı itibarıyla ülkemizde sunulan acil sağlık hizmetleri ve ihtiyaçlara yönelik çözüm önerileri gözden geçirildi.

Anahtar Sözcükler: Acil sağlık hizmetleri.

In parallel to the rapid progresses throughout the world, emergency medical services (EMC) have recorded a significant development in our country for the last 15 years. Its value has been better understood in the society after the 1999 Marmara earthquake. The expectations of the developing and growing society in terms of emergency medicine needs together with the rapid development in modern medicine and enhancement of medical technology led to a continuous requirement for improving and developing these services. In this article, national EMC and recommendations of solutions addressed to the needs have been reviewed as of December 2005.

Key Words: Emergency medical service.

Modern tıbbi yaklaşımlarda atılan adımlar, araç gereçlerdeki teknolojik gelişmeler ve hedef toplumun daha geniş bir coğrafik alanda hizmet bekleme gibi nedenler acil sağlık hizmetlerinde eskiye göre bazı değişimlerin olmasını zorunlu kılmıştır. Doğal veya doğal olmayan nedenlerle ortaya çıkan ya da çıkması olası toplu yaralanmalara karşı yeni davranış biçimleri oluşturulması gerekmektedir. Bu gerekliliklerin perspektifinde Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) son 15 yılda dünyada ve ülkemizde büyük gelişmeler göstermiştir. Özellikle 1990'lı yıllarda akademik alanda ve hizmet sahasında önemli gelişmeler sağlanmıştır. 1999 büyük Marmara depremi'nden sonra toplumda ve siyasi idarelerin gündeminde her zaman yer alan ASH, ülkemizde de özellikle son dönemde dinamik alt yapısı ile son derece üretken ve diğer sağlık alanlarına önder ve örnek bir yapılanma göstermektedir.

Acil sağlık sistemi ve onun çalışanları sağlık sisteminin vizyonunu oluşturur. Acil servisler de hastanelerin vitrini olarak kabul edilir. Bu yerler sağlık hizmeti verilen hedef toplumun sağlık sorunlarıyla en yoğunlaştığı alandır. Özel ve resmi kurumlarda son 15 yılda önemli ölçüde gelişme kaydedilen acil sağlık sistemi içinde bazı sağlık kurum ya da kuruluşlarında ASH'nin arzu edildiği noktaya ulaşamadığı değerlendirilmektedir. Bunun giderilmesi için yapılacak çalışmalarda başarı, öncelikle buralarda yaşanan sorunların analizi ile mümkün olabilecektir. Amaç, acil sağlık hizmetinin uluslararası yüksek standartlara yükselmesini sağlamaktır. Acil sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastalar verilen hizmete kolay ve hızlı bir şekilde ulaşabilmeyi ve hizmetin kalitesinin yüksek olmasını beklemektedir. Günümüzde her alanda baş döndürücü hızda gelişen modern tıbbın hakettiği temsiliyeti kazanabilmesi için sü-

rekli güncelleme yapılmasını sağlamak gerekir. Hedef, “Nöbetçi, Emanetçi” anlayışı yerine “Görevli, İşin Sahibi” anlayışının hakim olduğu ASH sistemini kurmak olmalıdır. ASH’ndeki sorunlar ASH’ni oluşturan tüm aşamalarda dinamiklerin birbirleriyle olan etkileşimleri ile sağlanırlar. Çözümüne yönelik yaklaşımlar da bu açıdan oluşturulmalıdır. ASH’deki sorunlar ve çözüm önerileri tüm öncelikler değişeceği için olağandışı durumlar ve sa-vaşlarda ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

“Hayat Yıldızı” acil sağlık hizmetlerinin ifade edildiği uluslararası bir sembolün altı ucunu simgeler. Bu uçlar; saptama (detecting), bildirme (reporting), cevaplama (response), yerinde tedavi (treatment at scene), taşımada tedavi (treatment of transport), tedavi merkezine nakil (transfer to definitive care unit) olarak belirlenmiştir.^[1] Bunlar hastane öncesi ASH’nin temel basamaklardır. ASH’nin hastane öncesi bölümünde bu basamakların tümünün ayrıntılı olarak incelenmesi gerekir.

Temel Yaşam Desteği (TYD)

Temel yaşam desteği sağ kalım oranlarını artıran, yaşam zincirinin önemli bir halkasıdır. Toplumda TYD eğitimi almış ve bunu uygulayabilecek kişi sayısının artırılması en önemli faktördür.

Bu amaçla T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde başlatılıp tüm Türkiye’de yaygınlaştırılacak ve sürekli ve zorunlu bir eğitim haline getirilecek “TYD Eğitim Seferberliği” başlatılmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir. Bu seferberlik başlatılıncaya kadar ASH’de oluşturulacak gönüllü, birikimli ve becerikli personel tarafından öncelikle hizmetteki sağlık personeline olmak üzere; ilköğretim okullarından başlamak üzere hizmet verilen toplumun tamamına “Temel Yaşam Desteği (TYD)” eğitimleri verilmesi yararlı olacaktır. Trafik kazaları ve travmaya bağlı ölümler ile sakatlayıcı travma sıklığının yüksek olduğu ülkemizde TYD ve ilk yardım uygulamaları’nın (İYU) öğretilmesi ile alınacak koruyucu sağlık önlemleri her şeyden önce başarılması gereken basamak olarak ele alınmaktadır.

Özellikle depresyon, sel, terörist saldırılar ve savaşlar gibi toplu yaralanmaların olduğu olağandışı durumlarda (ODD) TYD ve İYU prensiplerinin herkes tarafından bilinmesi birçok yaşamın kurtarılmasında önemli rol oynayacaktır.

Ambulans Hizmetleri

Ambulans hizmetleri planlanırken hizmetin verildiği bölgenin sağlık potansiyelleri, nüfus, iklim ve coğrafya, ulaşım, hastane imkanları dikkate alınmalıdır. Ülkemizde insanların geniş bir alanda yerleşim göstermesi ve gereksinim duyulduğunda hizmet almak durumunda oldukları hastanelerin uzakta olmaları nedeni ile hastane öncesi acil sağlık hizmetleri her geçen gün daha etkin ve hızlı çalıştırılmak zorundadır.

Komuta Kontrol Merkezleri: Ambulans hizmetlerinin yürütülmesinde en önemli noktalardan biri komuta kontrol merkezleridir. Aynı zamanda buradan olağan dışı durumlarda sağlık hizmetleri organizasyonları da yapılabilir. Başbakanlık Kriz Merkezi, Genelkurmay, Jandarma, Emniyet, Sivil Savunma vb. tüm birimlerle buradan iletişim kurulabilir. Afet durumlarında ambulans organizasyonu diğer acil servislerle birlikte bu merkezden yönlendirilebilir ve organize edilebilir. Görevlendirilen ambulans ekibinin karşılaştığı kaza esnasında yapması gerekenler, protokol görevi esnasında yapması gerekenler ve olası afetler esnasında yapması gerekenler farklı bir konsantrasyon, birikim ve eğitim gerektirir. Ayrıca kullanılan ambulansın istasyonda ya da seyir esnasında kaza ya da arızalanması durumunda yapılacakların bilinmesi de önem arz eder.

Kara Ambulanları: Son yıllarda çok ciddi atılımlar sağlanmıştır. 112 Acil sağlık hizmetlerine bağlı ambulans filoları özellikle metropollerde başarılı çalışmalara zemin oluşturmaktadır. Mevcut haliyle nitelik ve nicelik olarak yeterli olmayan ambulansların standardizasyon dahilinde kontrol edilmesi, malzeme ve personel eksikliğinin giderilmesi ile ASH’deki acil ambulans hizmetleri ideal olarak çalıştırılabilecektir.

Bazen ASH’nin fonksiyonel kapasitesi bünyelerinde barındırdığı ambulans sayısı ile yapılmaktadır. Bu yanlış algılamalar doğurmaktadır. Ambulanların sayıca yeterli olması hizmetinde işlevinde yeterli olduğunu göstermez. Donanımsal olarak fazlasıyla yeterli olan ambulanslarda bile bazen yetmiş sağlık personeli yoksa bir anlam ifade etmemektedir. Bu nedenle ambulans hizmetlerinde ambulans etkinliklerinin tıbbi donanım ve personel donanımı olarak ayrı ayrı değerlendirmesi gerekir. “Acil Hasta Ambulanı (Kırmızı)” ve “Hasta Nakil Ambulanı (Mavi)” ambulans sınıflaması gereği

vardır. Tüm ambulanslar Mavi ve Kırmızı koda geçmeli, bunların standartları 08 Temmuz 2001'de yayınlanan 24456 sayılı S.B. Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinden^[2] yararlanılarak belirlenmeli, envanter kadro ihtiyacı saptandıktan sonra en iyi koşullarda hizmet için uyumlu hale getirilmelidir. Ambulanslar sınıflandırılmalı, personel ve donanımları ayrıntılı görev tanımlamaları ile belirlenmelidir. Bu çalışmalar sürekli denetimlere tabii tutulmalıdır. Ambulans sürücüsü görevinin ileri sürüş tekniği eğitimi almış şoförler tarafından yerine getirilmesi uygun olacaktır.

Hava Ambulansları: Hava ambulanslarında çalışmak ayrı bir bilimsel eğitim, ayrı bir deneyim ve ayrı bir fiziki koşullar ister. Bu nedenle hava ambulanslarında çalışabilmek için özel eğitime tabi tutulmuş ve sürekli uçucu sağlık personelinin yetiştirilmesi gerekir. Bu uçuş sorumlularının o hava ambulansının sürekli ve faal durumda olmasını sağlama-sı için her türlü katkı yapılmalıdır.

Deniz Ambulansları: Deniz ambulansları da çalışma prensipleri açısından teknik ve taktik ayrıcalıklar ve farklılıklar içerir. Bu nedenle yetişkin personel temini gerekir.

Personel

Acil sağlık hizmetlerinde özellikle hastane öncesi sağlık hizmetlerinde paramedik çalıştırılması yerinde bir uygulamadır. Ancak uluslararası örneklerinde olduğu gibi afiliye oldukları merkez ya da sorumluluklarının verildiği, yeterliliklerinin gözlemlendiği hekimlik müessesesi kurulmadan tek başlarına görevlendirilmeleri sakıncalı olacaktır. Bu düzenleme acilen gerçekleştirilmeli, paramediklere acil ambulans hizmetlerinde çok aktif olarak rolleri verilmeli ve yasal prosedürleri tüm ayrıntılarıyla hazırlanmalıdır. Paramedikler tüm gün ve vardiyalı çalışacak şekilde hizmete başlatılmalıdır.

Araç-Gereç

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ait araç ve gereç için envanter çalışması yapılmalı, ihtiyaca göre yeniden dağılım sağlanmalıdır. Modern tıbbi ve teknolojik araç gereç alımı sağlanmalı bunları kullanacak personel yetiştirilmelidir. Özellikle hasta sabitlenmesinde ve taşınmasında görülen gelişmelere uygun tüm imkanların bir plan dahilinde tedarik edilmelidir. Mevcut ASH personeli hastane öncesi acil bakımda kullanılan tüm yeni model ci-

hazları kullanmayı ve uygulamaları yapmayı (CPR, entübasyon, defibrilasyon vs.) öğrenmelidirler. Bu konuda zaman geçirilmeksizin ve sürekli olmak üzere eğitim periyotları başlatılmalıdır.

Acil Servislerde Acil Sağlık Hizmetleri

Yapılanma

Acil servisler belirlenecek kıstaslar doğrultusunda sınıflandırmaya tabi tutulmalıdır. Bugün itibarıyla hastanelerinin kapasiteleri çok farklılık göstermesine rağmen hepsinden beklenen hizmet kapasitesi aynı öngörülmektedir. Bu seviyelendirmeye göre yapılacak belirlenmeler doğrultusunda (1, 2, 3. sınıf ya da A, B, C sınıfı gibi) hizmet verilen popülasyona bilgi verilmelidir. Adı acil servis olan bir çok yapı basit bir danışma hekimliği için bile uygun olamayabilmektedir. İnsanların buralardan hizmet almak zorunda bırakılması yanlış bir uygulamadır. Acil servisler ve danışma hekimlikleri beklentileri nedeniyle birbirleri ile karışmış durumdadırlar. Şu an çoğu perifer hastane acil servislerinde çoğu zaman verilen hizmet danışma hekimliği hizmetidir. Gelen hastaların elektif tanı ve tedavilerinin hizmeti veren nöbetçi hekim tarafından konabildiği kadar tanısal imkanla değerlendirilmektedir. Nöbetçi hekim tanıyı koyabilmekte veya tanı konması için en uygun sevk yerini belirlemektedir. Bir nevi danışmanlık hizmeti yerine getirmektedir. Acil servisler klinik hekimlerinin hastalarını takip edecekleri yoğun bakım üniteleri (personel ve ekipman olarak) değildirler. Buralara her türlü hasta bakım ve takip için gönderilmemelidirler. Acil servislerde yönetim sorumluluğu acil tıp uzmanlarına ya da mevcutları oluşuncaya kadar bu işe gönül vermiş uzman hekimlere verilmelidir.

Mimari

Acil servisler bir hastanenin ücra bir köşesindeki uzantı olarak değil, hastaneler acil servislerin bir uzantısı olarak çalışmalıdır. Mimari bu gerçek göz önüne alınarak yapılmalıdır. Çünkü hastaneler bazen hizmetlerine ara vermek durumunda olmalarına rağmen acil servisler devamlı hizmet veren yerlerdir. Acil servislerin hastane ana girişi dışında ayrı bir giriş yolu ve çıkış kapısı olmalıdır. Mümkünse bir helikopter pisti, ambulans park alanı ve acile giriş kapısı üzerinde kar, yağmur, fırtına gibi doğa olaylarından koruma yapabilecek tente ya da yarı kapalı korumalı bir bölgeden acil servise girilebilmelidir.

Acil Servislerin hemen girişine bir danışma merkezi yerleştirilmelidir. Mimari plan yapılırken hastanın yakınları ya da yardımcı olan sağlık personeli ile acile girdiği anda ilk bulunduğu acil servis bölümünde danışmanın, güvenlik odasının, sedye park alanının ve triyaj alanının bulundurulmasına dikkat etmek gerekir. Hemşire *desk*'inden her alan görülebilecek şekilde modüler dizayn edilmelidir. Acil servislerde girişlerin yayalar ve ambulansla getirilen hastalar için ayrı ayrı olması gerekir. Ajite, sarhoş, antisosyal hastalara müdahale etme odası ayrı dizayn edilmelidir. Acil servislerin giriş bölümünde dekontaminasyon (temizlenme) odaları teşkil ettirilmelidir. Enjeksiyon ve tansiyon ölçüm odaları ayrı olmalıdır.

Acil Servislerde en az bir oda resüsitasyon odası olarak hazırlanmalı ve tüm malzemeler açıkta ve kolay ulaşılabilir şekilde yerleştirilmelidir. Bu odalar tek bir kilit ile kapatılmalı ve hastanenin diğer bölümlerine arka çıkış kapıları olmalıdır. Personel ihtiyaçları ve konsültasyonlar bu arka kapıdan sağlanmalı ve acil de rutin hizmet bekleyen diğer hastaların travmatize edilmesinden sakınılmalıdır. Bu odadaki tüm malzemeler alfabetik sıralama ile odanın iç çevresinde yerleştirilmeli ve görev beklenen ilgili ilgisiz her yardımcı tarafından istenildiğinde malzemelere kolayca ulaşılabilme imkanı verilmelidir. Bu hastaların muayeneleri için temin edilecek masalar çok fonksiyonlu olmalı ve her türlü resüsitatif manevralara izin vermelidir. Resüsitasyon odalarında, görevli tabiplere resüsitatif işlemler esnasında zaman yitirmemek ve yanlış yapmamak için kayıt amaçlı kullanabileceği bir el teybi tahsis edilmelidir. Böylelikle hastanın resüsitasyonu yaparken muayene bulgularını, vereceği *order*'ları kaydedebileceği bir hızlı olanak yaratılmış olacaktır. Özellikle antisosyal, konversif reaksiyon ve saldırgan hastaların kendilerine ve çevrelere zarar vermelerinin önlenilebileceği donanımda bir oda imkanlar dahilinde düzenlenmelidir.

Acil servislerde çalışan hekim ve diğer yardımcı sağlık personeline mesleki eğitimlerini ve görgülerini sürekli kılacakları ve makamsal onarasyonları gereği birer özel oda sağlanması planlanmalıdır. Her türlü yenilikten haberdar olunması şart koşulan hekimlerin güncel tıbbi takip için yayınlar okuması ve bu yayınları okumak için mesai bulabilmesi onun hakkı olarak görülmelidir. İdeal e ve okumak için değil dinlenmek ve eğlenmek

için gitmektir. MESAİDE de tıbbi yayın okunması teşvik edilmeli ve acil servislerde ilginç ya da zor vakalarla karşılaşıldığında bunu diğer ya da aynı kurum hekimleri ile paylaşabilecek toplantılar düzenlenmelidir. Olanaklar elverdiğinde bu salonlar acil servis içinde dizayn edilmelidir. Bu odalarda hastane geneline bağlı internet olanaklarından ücretsiz yararlanabilme hakkı tanınmalıdır. İnternet koşulu sağlayacak bilgisayar, basım için yazıcı sağlanmalıdır. Uluslararası mesleki iletişimin ve gelişmelerin takibinin en iyi yolu budur. Böylelikle yapılan alışverişler sonrasında elde edilen yeni düşünceler hizmet verilen hasta popülasyonuna daha iyi hizmet olarak yansıtacaktır.

Personel

Acil sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında personelin görev tanımlamaları yapılmalı ve uygulama esasları belirlenmelidir. Bazı taşra hastanelerinde acil servis hekimliği hizmetleri hastanedeki görevlendirilmiş diğer bazı hekimler tarafından ya da sıralı değişkenlikle her hekim tarafından ikiz görev olarak sağlanmaya çalışılmaktadır. Acil servislerde "Acil Tıp Uzmanları" (ATU) görev yapmalıdır. Her hastanede tüm gün görevde olacak şekilde en az üç adet ATU çalıştırılmalıdır; ya da bir ATU icapçı olabilecek şekilde, acil tıp biliminin asgari gerektirdiği mezuniyet sonrası eğitim modüllerini tamamlamış ve bu konuda yeterli bulunmuş pratisyen hekimler görev yapmalıdır. Kadrolar ATU'lara göre tahsis edilmeli ve ATU'lar göreve başlayınca ya kadar bu kadrolar diğer yakın ilgili branş hekimleri ya da acil pratisyen hekimliği sertifikasyonu olan hekimler tarafından da kullanılabilir. Acil servislerde ideal olan ATU'ların görevlendirilmeleri olmakla birlikte bu koşullar sağlanıncaya kadar verilecek hizmette pratisyen hekimlerin kadrolandırılmaları ve acil servislerdeki acil sağlık hizmetlerini yerine getirmeleri uygun olacaktır.

İkiz görev olarak acil serviste nöbet tutma uygulamasında nöbet tutan personel ertesi gün sorumlu olduğu asli hizmeti verememektedir. O branşta hastalar nöbet sonrasında mağdur kalmaktadır. Hekim tam performansta çalışmamakta ve malpraktis riski yüksek çalışmaktadır. Hekim nöbetçi olduğu sürede yabancı olduğu atmosfer ve potansiyel riskli hasta popülasyonu nedeniyle yorgun ve bir sonraki gün fizyolojik olarak yorgun olmak durumunda kalmaktadır. Burada asgari hizmetin 24 saat üzerin-

den olduğu düşüncesi ile hekimin malpraktis riskinin artması kaçınılmaz olmaktadır. Malpraktisten çekinen acil servis tabibi sorumluluklarını azaltmak için sevk sistemine ağırlık vermektedir. Acil servislerdeki hizmetin nöbetçi hekim tarafından idame ettirilmesi sisteminden artık vazgeçilmelidir.

Bu branşlara ait uzmanların da yeterli düzeyde acil sağlık hizmeti vermeleri ve bu sorumluluğu almaları beklenmemelidir. Hastanelerde acil servis hizmetleri nöbetleşerek değil sadece bu serviste görevli bir ekip tarafından yerine getirilmelidir. Ekip-te belki bir süre acil tıp uzmanları bulunmayabilecektir ama çalışacakları ortamlar şimdiden hazırlanmalıdır. ATU'lar gelinceye kadar bu görevleri sadece acil konularda konsantre olacak, hizmet içi bazı temel konularda teorik ve pratik eğitimi almış, sağlık bakanlığı acil sertifikasyon programından geçmiş pratisyen ya da uzman hekimler tarafından yerine getirilmesi uygun olacaktır. Acil servislerdeki diğer sağlık personelinin de acil hemşireliği programına tabii tutulmuş olanlardan, ambulans ve acil bakım teknikerliği mezunlarından ya da bu alanda kendini yetiştirmişler arasından seçilmeleri gerektiği planlamada dikkate alınmalıdır. Acil servis kadrolarında acil ve ambulans bakım teknikerliği kadrosu açılmalıdır. Acil hemşireliği kadrosu açılmalıdır.

Hastanelerde artık acil hemşireliği kavramı getirilmeli ve uygulamaya sokulmalıdır. Acil hemşireliğinin görev yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir. Eğitim programlarında sürekli yer edilmeli ve uluslar arası standartları ve gelişmeleri takip edebilmeleri sağlanmalıdır. Acil servislerde enjeksiyon ve tansiyon ölçümleri bir sistem dahilinde disiplin içinde yapılmalıdır. Acil servislerde bu hizmet için ayrı bir personel tahsisi gerekir.

Acil servislerde çalışan her personelin yaygın sorumluluk anlayışı gereği görev paylaşımı olmalıdır. Sadece hekime ait tıbbi ve hukuki sorumluluk hizmetin kalitesini üst seviyede tutmak açısından sakıncalar doğurmaktadır. Personelin maddi manevi tatminkarlığının az olması, yaptığı işten tıbbi ya da hukuki, sorumluluğunun olmaması sakıncalar doğurmaktadır. Bu nedenle her vardiyada görev yapan sorumlu hemşire sorumlu-görevli hekime, personelde sorumlu-nöbetçi hemşireye karşı sorumlu olması gerekir. Her gün değişen ve nasıl olsa süreli bir görev nasıl olsa biter düşüncesi ile bazı personel görevinde savsaklamaya neden olabilmektedir. Bu

nedenle görev süresince özlük ve disiplin açısından bu personel acilde o mesai süresince sorumlu olan hekime ait olmalı ve bu görevi başhekim yetkilerine haiz olarak yerine getirebilmelidir. Çünkü olayın başka bir zamanda ve başka bir ortamda değerlendirilmesi bazı sakıncalar doğurabilmektedir.

Acil servislerde isteksiz personel çalışmasının önüne geçilecek her türlü tedbir alınmalıdır (özlük hakkı, izin, ödül, maaş zammı, prim vs). Acil servislerin işletilmesi ve bakım onarım temizlik işlemleri hekimler tarafından sorgulanmamalıdır. Bu işlemleri sorumlu hemşire ya da acil servislerin idari birimleri, hastane idari birimlerine bağlı olarak yapmalıdırlar. Hekimler sadece bilimsel içerikli mesleki konularda kesin söz sahibi olmalı diğer konularda yönlendirici etkisi olabilmelidir.

Acil servislerin 24 saat çalıştığı göz önünde bulundurularak sekreterliğin kurulması ve bu amaçla sürekli yetişkin, deneyimli ve bilimsel sekreterlik yapabilecek kişilerin vardiyalı çalışması gerekir. Acil serviste yazışmalar, kayıtlar çok önemlidir. Bu işlemler rastgele birilerine bırakılmayacak kadar önemlidir ve bu kişiler acil servis sorumlu hemşiresine sorumlu kalacak şekilde çalışmalıdırlar. Özellikle durumlarının aciliyeti nedeniyle kendilerine daha yakında bulunan bir hastaneye müracaat eden hasta ve yakınlarının sonradan düzenlenecek sevk işlemlerinde sekreterler özenle çalıştırılmalı ve yetkilendirilmelidir. Hekimler sadece tıbbi olur vermeli diğer işlemleri sekreterler organize etmelidirler.

Eğitim

Tıp fakültelerinde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine yönelik eğitim verilmelidir. ASH'de çalışan hekimler travma kurslarına katılmış ve standart yaklaşım tarzını kavramış ve uygulayabilir olmalıdırlar. Hizmet içi eğitimler ciddi bir şekilde planlanmalı ve bu eğitim sürelerinin tam anlamıyla bir mesai olduğu unutulmamalıdır. Personelin çalışma düzeni ve tıbbi prosedürler ayrıntılarıyla belirlenmeli ve görev tanımlamaları oluşturulmalıdır. "Mezuniyet Sonrası Eğitim" (MSE) çalışmaları ASH'lerinde düzenlenmeye devam edilmeli ve düzenlenen diğer MSE'lere katılım en üst seviyede sağlanmalıdır. Hepsine acil servislerde bulunan cihazların nasıl kullanıldığına dair eğitim verilmelidir.

Acil servisler her türlü canlandırma ve ilk yardım materyellerine, eğitim materyellerine sahip ki-

linmalı, bunların kullanımı ve bakımı konusunda çalışmalar yapılmalıdır. Acil servislerde MSE modülleri, acil tıp uzmanlarının tüm vardiyalarda bulunabileceği zamana kadar, öncelikle acil serviste çalışmak zorunda kalan diğer tüm branşlardaki sağlık personellerine uygulanmalıdır.

Personel hastane öncesi alan deneyimi, triyaj deneyimi, taşıma teknikleri açısından yetiştirilmeli ve tüm ayrıntılar eğitim ve yeterlilik seviyesiyle standartlaştırılmalıdır. Tahliye yöntemleri planlanmalı her basamakta ayrıntılı personel, malzeme ve kullanma eğitimi sağlanmalıdır. Tüm acil servis personeline yeterlilik (Board) sınavları uygulanmalı ve yaptırımı olmalıdır.

Temel Yaşam Desteği (TYD) Eğitimi: Başlangıçta sağlık personeli olsun olmasın hastanedeki tüm görevlilere, her personele, sonra da düzenli bir şekilde diğer insanlara öğretilmeli ve eğiticiler yetiştirilerek sistem kurulmalı ve desteklenerek kişilerin eğitilmeleri için teşvikleri sağlanmalıdır.

İleri Travma Yaşam Desteği Eğitimi: Özellikle ve öncelikle hastane içindeki tüm pratisyen ve cerrahi branş hekimler olmak üzere acil hekimlerinin ve tüm hekim ve diğer sağlık personelinin (hemşire, paramedik, sağlık memuru) bu eğitimi alması sağlanmalı ve standardizasyon sağlanarak bu eğitimin sürekli olması sağlanmalıdır.

İleri Kardiyak Yaşam Desteği Eğitimi: Özellikle ve öncelikle hastane içindeki tüm pratisyen ve dahili branş hekimler olmak üzere acil hekimlerinin ve tüm hekim ve diğer sağlık personelinin (hemşire, paramedik, sağlık memuru) bu eğitimi alması sağlanmalı ve standardizasyon sağlanarak bu eğitimin sürekli olması sağlanmalıdır.

İleri Pediyatrik Yaşam Desteği Eğitimi: Tüm acil tıp profesyonelleri, çocuk hastalıkları uzmanları, anestezi ve reanimasyon uzmanları ve teknisyenleri, ebeler ve kadın doğum uzmanlarının bu kursun belli periyodlarla başarılı bir şekilde geçmeleri zorunlu hale getirilmelidir.

Cerrahi Branşlar İçin İleri Travma Yaşam Desteği Eğitimi: “Advanced Trauma Life Support Course”ları (ATLS) için özellikle toplu yaralanmalarda definitif cerrahi prosedür eğitimleri aralıklarla verilmelidir.

Acil Hekim Sertifikasyon Programı: T.C. Sağlık Bakanlığının ilk yardım yönetmeliği^[3] esaslarından

yararlanarak acil servislerimizde “Acil Hekim Sertifikasyon Programı”nı^[4] tamamlamış hekimler görevlendirilmeli ve bu süreç yeterli ATU yetiştirildiğinde sona erdirilmelidir.

Acil Hemşireliği Kursu: Acil Hemşireliği Kursları düzenlenmelidir. Acil servislerde çalışan tüm hemşireler TYD eğitimi almalıdır. Acil hemşireliği konusunda standartların belirlenmesi gerekir. Acil hemşireliği uygulamaları bilimsel doğrular eşliğinde gerçekleştirilmelidir.

Acil Servislerde İşleyiş

Trijaj ve Hasta Karşılama: Hastane acil servislerinde hastaları karşılayan deneyimli bir sağlık personeli olmalı ve bu personel hastanın triyajını yaparak ona ve yakınlarına yön göstermelidir. Sedye, tekerlekli araba gösterilmeli ve verilmelidir. Hasta yakınları dinlenme salonuna yönlendirilmeli ve ihtiyaç duyulduğunda davet edilmelidir.

Dosya ve Kayıt Tutma: Acil servislerde tutulan hasta kayıtlarının ya da hasta kayıtlarında bulunması gereken bilgilerin bir standardı yoktur. Acil servise müracaat eden her hastanın kayıtlarının tutulduğu ve tüm hastaneler için (Acil Servis Standardına-Sınıflandırmasına Göre) standart, kolay doldurulabilen, hasta sevk edilecekse bir koçanınin (otokopili) hastayla beraber sevk yapılan kuruma doktor imzalı olarak gönderilebilecek bir hasta tanı tedavi ve takip dosyasına ihtiyaç vardır. Bilgilerin arşivlendirilmesi ve acil servis vakalarının adli potansiyeli de göz önünde tutulmalıdır. Acil servislerde bilgisayarla hasta kimlik bilgileri ve takip bilgilerinin kaydedilmesi uygun değildir. Bu çok fazla zaman yitirilmesine neden olmakta ve kayıtlarda önemli zamansal hatalara neden olmaktadır. Hekimin önemli zamanını bilgisayar başında geçmesine neden olmaktadır. Bunun yerine acil servislerde teyp kayıt yöntemi ve yeminli tıbbi sekreter deşifre sistemi uygulanmalıdır.

Hasta Profili: Özellikle son dönemlerde artarak gerçekleşen saldırı olayları, fiziki ya da sözlü taciz olaylarına karşı neler yapılabileceğine dair bir yönetmelik hazırlanmalıdır. Hasta ve hasta hakları yönetmeliğine benzer acil çalışanını da koruyacak bir yönerge her iki taraf açısından da büyük sükunet sağlayabilecektir. Bu tür saldırgan anti sosyal hastaların ya da yakınına kaybetmiş ajite insanların sakinleştirilmesi ya da poliseye tedbirleri için belirlenmiş yetkileri olan güvenlik-emniyet personelinin

tam gün süreyle ve yetkili olarak çalıştırılması gerekir.

Çalışma Saatleri: Acil servislerde çalışma biçimi mesai saatleri dışında nöbet sistemi şeklinde yürütülmektedir. Bu çok fazla sürede nöbeti gerektirmekte ve nöbetçi, ekibin performansını engellemektedir. Bu nedenle vardiyalı sisteme geçilmeli ve acil servislerde personel performansını ve hizmet kapasitesi yüksek tutulmalıdır.

Sevklar: Acil servislerde sevk kriterleri belirlenmelidir. Daha önceden metropol dahilindeki derin bir araştırma ve iletişim ile sevk zincirlerinin dinamik ve güncel bir şekilde kurulması ve çalıştırılması gerekir. Yapılan hasta sevklerinde standart bir hasta sevk formu oluşturulmalı, doldurulmalı ve gönderilmelidir. Sevklar gerçekleştiği anda ya da hekim kararını verdiği andan itibaren sevk gerçekleştirildiği kuruma telefonla bilgi verilmeli ve bunun donanımı önceden gerçekleştirilmelidir. Sevk yapılan kurumların acil servisleri ile iletişim alt yapısı oluşturulmalıdır. Sevk formları güncelleştirilmeli, standart hale getirilmelidir. Her türlü tahliye sistemlerinin güncelleştirilmesi ve tüm ülkeyi içine alacak şekilde ve güncelleştirilmiş şekilde hazır halde tutulmalıdır.

İstatistik

Alanda ilk müdahale yapılan hasta/yaralının travma skorlarının kaydedilmesinden, hastanelerin acil servislerindeki vital bulguların sürekli kaydına kadar tüm bulgular istatistiksel anlam taşıyacaktır. Bu nedenle hasta ve yaralıları sadece nicelik olarak değil nitelik olarak ta değerlendirme şansını bulabilir ve hazırlıklarımızı ya da sistem onarımını bu bilgilere göre yapabiliriz. Yapılan istatistiki çalışmalar; acil servislerden dış hastanelere hasta sevkleri, nedenleri, tipleri, acil servisin hasta tipleri, profili ve zamanın etkin kullanımı (Hastanın yaşı, cinsiyeti, görevi), acil servise başvuran travma hastaları ile ilgili sorunlar, yaklaşım tarzları gibi çalışmalar yapılabilmesi için bir zemin oluşturacaktır.

İstatistiksel sonuçların değerlendirilmesi ile elde edilecek varsayımlar yeni çalışmalarını başlatabilecektir. Örneğin müracaat eden hasta/yaralıların hastalık ya da yaralanma şekilleri acil servislerde istihdam edilecek personele verilecek ya da verilmesi gereken, üzerinde daha çok durulması gereken konuları belirleyebilecek ve gösterecektir. Bir an önce bu istatistiksel çalışmanın ayrıntılarıyla birlikte

oluşturulması gerekir. Hizmet verilen popülasyonun kişisel ya da kurumsal koruyucu sağlık hizmetleri de belirlenebilecektir. Yıllık o acil servislerden sevk edilen hasta/yaralı sayısı, tipleri çalışıldığında maliyet yararlılık oranı hesaplandığında atılması gereken adımlar ortaya kolaylıkla çıkabilecektir.

Bir yıl içinde hiçbir resüsitatif hastası bulunmayan bir acil serviste üç adet defibrilatörün bulunması anlamlı olmayacaktır. Verilerin doğru ve eksiksiz ve zamanında girilmesi için gereken önlem alınmalı malzeme, personel, çalışma ortamı olanakları sağlanmalıdır.

Acil kavramında mesai olgusu planlı ve sınırlı değildir ve herhangi bir öngöründen bağımsızdır. Haftanın yedi günü 24 saat hizmetin verilmesi yasalarla zorunlu kılınmıştır. Acil sağlık hizmetlerinin, çalışanları tarafından her an ve her koşulda yerine getirilmesi gerekir. Sistemin ve çalışanlarının eş zamanlı dinlenmesi, üretmesi, kendini geliştirme, eksikliklerini gidermesi ve haklarını çalışırken elde etmeleri istenir.

Denetleme

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından acil servislerde çalışan hekimlerden oluşturulan bir heyet diğer acil servisleri gezmeli ve yerinde incelemeler, denetleme ve değerlendirmeler yaparak gelişmenin standardizasyonunu sağlamalıdır. Bu denetlemelerde T.C. Sağlık Bakanlığı üyesi başkanlık etmeli ve raporun tasnifini üstlenmelidir. Rapor tüm üyelerin imzası ile hazırlanmalıdır. Acil servislerde çalışan hekimler arasından oluşturulacak bu heyetin sonuç raporları ile hizmette kalitenin nitelik ve nicelik olarak artırılması için bakanlığa rapor hazırlamalıdır. Her acil serviste hasta ve yakınları değerlendirme formları, hasta memnuniyeti formları bulunmalı ve bu formlar bir merkezden denetleme ve değerlendirmeye tabii tutulmalıdır. Denetleme ve değerlendirmeye tabii tutulan formlar her yıl düzenli aralıklarla acil servislerde çalışan personelin bilgisine sunulmalı ve bu iletişimlerden bilimsel doğrulara ulaşılarak hizmetin kalitesinin artırılması çalışmaları yapılmalıdır. Acil servisler arasında örnek çalışmaların liyakat esasına göre ve objektif kriterlerle belirlenmesi ve bu alanda diğer çalışanlara her makamda örnek teşkil etmesi için bazı onarasyon, ödül sistemleri yürürlüğe sokulmalıdır. Bu acil çalışanın moral ve motivasyonunu artıracaktır. Olası yanlışlıklar ve hatalı uygulamalar ya da hasta

memnuniyetsizlikleri takip edilmeli ve önlemleri alınmalıdır.

Standardizasyon

Ülke çapında acil servislerin standart hale getirilmesine ihtiyaç vardır. Çalışanları, imkanları ve üretimleri açısından birbirinden farklı acil servislere sahibiz. İdealde çalışanlarının eğitimleri, ekolleri, malzemeleri benzer olan; mimarisi, araçları, ambulans ve tıbbi ekipmanları herkes tarafından bilinen ve aynı kapasitede çalıştırılabilen acil servisler arzulanmaktadır. Ülkemiz koşulları göz önüne alındığında değişen her başhekim, başhekim yardımcısı ve acil servis şefi tarafından ortaya çıkan gelişmeler yeni katılan personelin uyum sağladığı bir toplantı ile aşılmaya çalışılmalıdır. Tüm hastaneler acil servislerinde durum tespiti envanter çalışması yapılmalı ve malzemeler eşit oranda dağıtılmalıdır. Fazlalıklar eksik olan yerlere yönlendirilmelidir. Bu bilgiler güncellenmelidir. Acil servislerin hizmet kapasitesine göre personel, malzeme, fiziki şartlar ve çalışma prensipleri konusunda standardizasyonu belirlenmelidir.

Güvenlik

Acil servislerin idari ya da mimari zaafiyeti ve çalışma koşulları nedeniyle giriş çıkışlar tam anlamıyla kontrol edilememektedir. Bu nedenle acil servislerde 24 saat esasına göre ve belli özel yetkilere haiz nöbetçi emniyet-güvenlik personelinin yerleştirilmesiyle çözülebileceği düşünülmektedir. Özellikle art niyetli kişilerin acil kisvesi ile buralara sızabileceği hem de anti sosyal popülasyondaki fazlalık acil servislerde güvenlik ve hasta mahremiyetini önemli kılmaktadır.

Yurtiçi-Yurtdışı Bilimsel Organizasyonlara Aktif Katılım

Yurtdışı yazınsal-elektronik iletişim ya da doğrudan staj tahsil programları ile personel gönderilerek iletişim kurulmalı ve yurtdışındaki hastaneler acil servislerindeki uygulamalar incelenmeli ve uygun olanlar sistemimize derhal adapte edilmelidir. Her yıl yurtiçi ya da yurtdışında yapılan "Acil Sağlık Hizmetleri"yle ilgili sempozyum, kongre, seminer ve panellere aktif ya da pasif katılımlarda bulunulmalıdır. ASH'de görev yapan tüm personel, her yıl yapılan ulusal ya da uluslararası bilimsel toplantılara katılmalı ve bu teşvikler izinlerin görevli sayılması, konaklama, katılım ve günlük harcırah ola-

rak desteklenmesi yoluyla yapılması sağlanmalıdır. Katılımlar hizmeti aksatmayacak şekilde ve belli miktarda zorunlu olarak yapılmalıdır. Bir dönem yapılan toplantılara katılmayan, yayın yapmayan, bilimsel gelişmeleri takip etmeyen kişilere mesleki yaptırımlar getirilmelidir. Acil çalışanlarının kongre, sempozyum, panel, seminer ve benzeri toplantılara katılımı sağlanmalı, bu tür toplantılar düzenlemeleri teşvik edilmeli, desteklenmeli ve sonuçları açısından düzenlemeler yapılmalıdır. Hiçbir bilimsel faaliyete katılmayan kişinin son gelişen tıbbi imkanlardan hastalarını yararlandırabilmeleri mümkün değildir. Bu tarzda yapılan bilimsel düzenlemelerin hekimlik mesleğinin bir eğitim zorunluluğu ve bir eğitim biçimi olduğu diğer meslek gruplarıncada kabul edilmelidir. Bu tür bilimsel aktiviteler bir görev kaçışı olarak değerlendirilmeli aksine verilecek tıbbi hizmetin kalitesini artırma girişimleri olarak algılanmalı ve teşvik edilmelidir. Çalışanlarda yayın yapma motivasyonu ve deneyimlerini meslektaşlarının paylaşımına sunması desteklenmelidir. Uluslararası acil tıp kuruluşları takip edilebilmeli ve bu konuda her türlü alt yapının (internet, bilgisayar, tarayıcı vs.) sağlanması istenilmelidir.

Adli Sorumluluklar

Adli Rapor Tanzimi: Hekimler arasında standart bir eğitim ve üslup yoktur. Adli sorumluluklar bilinmemelidir. Adli rapor formlarında standardizasyon uygulanmalı ve her hekim bu çalışmayı bilmelidir. Acil servislerde adli uygulamalar standardize edilmelidir.

Malpraktis: Hekimin yasal sorumlulukları ve hakları ile malpraktis-tıbbi girişimler nedeniyle hekimin ceza ve tazminat sorumluluğu ile ilgili bilgi verici eğitim çalışmaları yapılmalıdır. Hekimin idari, adli ve darp raporları tutarken dikkat etmesi gereken noktalarla ilgili sürekli eğitim verilmelidir. Yasa, tüzük ve yönetmelikler gereği sınırlamaların neler olduğuyla ilgili çalışmalar yapılmalıdır.

Bilirkişilik-Çapraz Sorğu: Türk tıbbının ve hukukunun gündemine girmiştir. Gelişmelerden haberdar olunmalıdır.

Arşivleme: Adli evrakların, dosyaların, raporların ve film gibi tıbbi dokümanların derhal karantinada zimmetle muhafazası sağlanmalıdır. Bunlar mahkeme evraklarıdır. Kaybolmaları durumunda sorumluluk taşıyanlar ceza alabilirler.

Çalışanlara Ait Özlük Haklar: ASH’de var olan sorunların çözümü için, burada çalışan personelin eğitim ve motivasyonunu artırmak en önemli aşamalardan biridir. En kesin motivasyon yöntemi alınan ekonomik iyileştirme önlemleridir. Nöbet hizmetlerinde yapılan işin hata kaldırmaz olduğu ve verilen hizmetin yürütülmesinde kısıtlılık olmadığı göz önüne alınırsa nöbetin 36 saate kadar devam etmesi bu çağda kabul edilebilir değildir. Beklenti bir danışmanlık yapma beklentisi ise bu nöbet tarzı sürdürülebilir ama ne yasal ne de hasta bazında bu nöbetten beklenti sadece danışmanlık olmamaktadır. Sabaha kadar her saat başı gelen hastanın fiziki ve ruhsal yıpratıcılığı hekimin bir gün sonra vereceği hizmette sıkıntılara ve büyük hatalar yapmasına neden olabilecektir. Yıpranma oranı ve *burn-out* sendromu çok yaygındır. İzin farklı bir uygulama ile moral ve motivasyonun aracı olabilir. Nöbet sonrası ya da başarılı bir resüsitasyon sonrası tüm ekibe bir saat kadar o başarının mutluluğunu yaşama şansı tanınması önemlidir ve yardımcı olabilir. Bir makine gibi çalışma insanlarda ciddi sorunlar doğurabilecektir. Başarısız bir resüsitasyonun ardından acil çalışanının kendi içsel değerlendirmesinde bazen acımasız olabildiği bilinmektedir. Bu kişilerin hemen profesyonel bir psikolojik yardım alabilmeleri sağlanmalıdır. Olası bir malpraktis sonucu personelin sigortalanması gerekir.

Acil Sağlık Hizmetleri İl Koordinasyon Komisyonu (ASKOM)

Metropollerdeki tüm acil servis hizmeti veren kurum ve kuruluşlar ASKOM’un çalışmalarında doğal olarak bir üyedir.^[5] Bu komisyonlar yoksa kurulması için gerekli çalışmaları başlatmalı ve koordinasyonlarda bulunmalıdır. Acil servis sorumlusu o metropoldeki diğer acil servislerle iletişim ve tanışıklık içinde olmalı, paylaşımlarda bulunmalı, karşılıklı toplantılara katılarak gerektiğinde ilginç ve güncel konularda seminerler vermek için başka kurumlardan misafir konuşmacı davet etmelidir. Acil servisler diğer hastane acil servisleriyle birlikte toplu yaralanmalarda triyaj ve tahliye tatbikatları yapmalıdır. Olağanüstü durumlarda hangi tipte ve kaç yaralı alabileceğini hesaplamalı ve deklare etmelidir. Acil serviste diğer acil servis sorumluları ile irtibatta olunabilecek özel bir mobil telefon kullanılmalı ve tahsis edilmelidir. Bu mesai saatleri içinde acil servis şefi veya vekilinde mesai sonrasında ise acil servis doktoru ya da nöbetçi amirliği

yapan doktor da olmalıdır. İdeal ve doğru olanı acil serviste görev yapan dinamik halde çalışan hekimde olmasıdır. ASKOM’da alınan kararlar doğrultusunda hastane içinde yapılması gereken uygulamaları yürürlüğe sokabilmek için Acil Servisler desteklenmelidir. Buralarda oluşturulan eğitim, acil hasta sevk sistemi, fiziki durum ve malzemeler, personel durumu, olağan dışı durumlar ve afet organizasyonları ve hukuki konular gibi alt çalışma gruplarında etkin rol almalı ve üyeler gelişmeleri kendi hastanesine uyarlayabilmelidir.

Olağan Dışı Durumlarda Acil Sağlık Hizmetleri

Hastanelerin acil servisleri ve tüm personel “Hastane Afet Planı” (HAP) için eğitilmelidir. Bu sadece acil serviste çalışanların sorunu değildir. Acil durumlarda yönetim makam esasına göre değil deneyim ve bilgi esasına göre yapılmalıdır.

Afetler

Afetlerin sık yaşandığı ülkemizde tüm hastanelerin, özellikle de acil servislerin depreme ya da başka afet potansiyellerine karşı dayanıklı binalarda yerleşip yerleşmedikleri kontrol edilmelidir. Yeni yapılacak binaların depreme, sele, fırtına benzeri doğa kaynaklı afet potansiyelleri’ne^[6] karşı dayanıklı yapılması gerekir. Afetler sonrasında hizmet verecek bu kurumlar ayakta kalacak şekilde dizayn edilmiş binalarda hizmet vermelidir. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi konusunda hastane acil servislerinin organizasyon ve eğitimde büyük rolü olmalıdır. “1999 Büyük Marmara Depremi” sonrasında edinilen deneyimler doğrultusunda 2004 yılında yapılan “Uluslararası Katılımlı I. Ulusal Afet Tıbbi Kongresi” sürekli olarak düzenlenmelidir. Acil durumlar ve “Afetlerde Acil Sağlık Hizmetlerinde Kriz Yönetimi” konusunda yurtiçi ve yurtdışı eğitim programlarında acil servis elemanları yetiştirilmelidir. Olası afetlerde metropol içi kurumlar arası işbirliği sağlanacak dinamizm acil servislerde sağlanmalıdır. Acil servislerin mimarisi kitlesel yaralanma durumlarında karşılaşılabilecek yoğunlukla mücadele edebilecek denli geniş bir alanda kurulmuş olmalıdır. Acil servislerde girişte bir bölümün iletişim araçları ile donatılması olağan ve olağanüstü durumlarda haber alma ile gerekli ön organizasyonu sağlama ve hasta/yaralı ve ölümlerin yakınları ile irtibat sağlamada kolaylık sağlayacaktır. Hastane personeline özellikle de acil serviste görev yapan

çak personele telsiz sisteminin nasıl çalıştığı, telsiz çevriminin nasıl kurulmuş olduğu, telsizle konuşma kuralları ve yöntemi önceden verilen bir eğitimle öğretilmelidir. Durum değerlendirilmesi (assessment), koordinasyon (coordination), haberleşme (communication), kumanda etme, yönetme (command) işlemleri buradan yapılabilir. [7] Olası afetlerde hastanelerde kayıt ve kuidaın yapılabilmesi ve bunun süreğenliği çok önemlidir. Bazı hastanelerde şu an kullanılmakta olan bilgisayar programları olası deprem veya benzeri doğal ya da insani afetlerde iş göremez olabileceğinden eski yöntem matbu evraklarla kayıt sistemi ya da kartuş sistemi her an aktif kullanıma hazır tutulmalıdır.

Afet anında bilgisayar sistemi iş görmeyecektir. Belki triyaj kartları normal zamanda da sürekli kullanılmak suretiyle olası bir felaket için personelin hazır tutulması sağlanabilecektir. Bu esaslar kontrol edilmeli, aktif tutulmalı, eğitimleri yapılmalı ve afet gündemi yoğun olan ülkemiz koşullarında her personele öğretilmeli ve öğrenilmesi şart koşulmalıdır. Olası afetlerde, hastanelerde kalifiye çalışan sağlık elemanları kendi alanlarında çalışmak zorunda olacakları için normal zamanda diğer hastane personeli bu konuda eğitilmelidir. Afet esnasında kim ne yapabilir önceden belirlenmeli ve görevler herkese anlatılmalıdır. Olası afetlerin hastaneyi de içermesi ya da tehdit etmesi durumunda hastanenin tahliyesine ait planların yapılması ve tatbikatlarla desteklenmesi güncelleştirilmesi gerekir. Bu tatbikata hastanedeki tüm personel katılmalı ve davranış biçimleri ve görevleri hakkında ön bilgilendirilmeli ve yapılanın önemi defalarca anlatılmalı ve aktif katılımları sağlanmalıdır. Olası afetler için acil servislerin alternatif yerleşim planlarını önceden hazırlamalı ve güncel ve dinamik tutmalıdır. Tatbikatlarda kullanılacak malzemenin gerçekten sağlam kullanışlı işe yarar olup olmadığı incelenmelidir.

Hastane bahçelerinde afetlerden nispeten az etkileneceği düşünülen ve içinde triyaj ekibi malzemeleri, ilk acil yardım için altın saatlere ait zamanda kullanılacak ilk yardım ve resüsitasyon malzemeleri, önemli adresler ve iletişime geçilecek kişilerin numaraları adreslerinin bulunduğu küçük bir bina inşa edilmeli ve burası aralıklarla güncelleştirilmelidir. Ana binanın yıkımından etkilenmeyecek bir lokalizasyonda kurulmalıdır. Hastanede çalışan tüm personelin triyaj ve afetlerde yapmaları gerekenler konusunda yapabilecekleri şeylerin neler ol-

duğu konusunda ciddi bir eğitimden geçirilmesi gerekir. Bunu sağlayacak ekibin öncelikle gönüllülük esasıyla seçilmesi, yetiştirilmesi gerekir. Triage ve eğitimi ile ilgili eğitimler sürekli tutulmalıdır. Bunlar sertifikalandırılmalı ve belli aralıklarla yinelenmelidir. Sınavı geçemeyenlerin sertifika almamaları sağlanmalıdır. Hastanelerin afet planları ve afetlerde karşılaşılabilecek durumlarla ilgili eğitim öncelikle hastanedeki profesyonel sağlık personeline, sonra diğer hastane personeline ve en son aşamada da tüm çalışanların yakınlarına ve diğer personele öğretilmelidir. Hastane afet planı yapılmalıdır. Bu amaçla hastanede kullanılabilecek alanlar önceden belirlenmeli ve hastane başhekimliği yapılacak tatbikatlar için gerekli koordinasyona yardımcı ve ön ayak olmalıdır. Tüm personelin bu tatbikatların yapılmasına olan inancı sağlanmalı ve katkıları motive edilmelidir. Tatbikatın düzenlenmesi için gerekli destek hastane idaresince acil servis sorumlularına sağlanmalıdır. Olağan durumlarda diğer kurumlarında yer alacağı tüm metropol kapsamında afetlerdeki sağlık hizmetleri organizasyonu tatbikatları yapılmalıdır. Bu tatbikatlar esnasında bir mesai dışı görev gibi, tatildeki gibi acil de nöbet tutarak acil durumlara hizmet verecekler dışındaki her personel tatbikat nedeniyle mesaisinden izinli sayılmalı ve tatbikata aktif olarak iştirak etmelidir. Tüm okullarda “Temel Yaşam Desteği” ve “İlk Yardım Uygulamaları” dersleri konulmalı ve geçmek zorunlu olmalıdır. Tüm acil servisler bu yıl “Hastane Afet Planları”nın tatbikatlarını tamamlamalı ve aksaklık ya da önerilerini diğerleri ile paylaşmalıdırlar.

Tatbikatlar

Kapasitesi ne olursa olsun bütün hastanelerde “Hastane Afet Planı” (HAP) tatbikatları yapılmalıdır. Triage eğitimi tüm hastane personeline ayırım gözetilmeksizin verilmelidir. “Basit Ayırım ve Hızlı Tedavi” [Simple Triage And Rapid Treatment] (START)^[8] ve “Temel Yaşam Desteği” (TYD-BLS)^[9] tüm personele öğretilmelidir. Yılda en az iki kez bu amaçla hastanelerde tatbikat yapılmalıdır.

Hastane Acil Servisleri ve ASKOM Arasında Koordinasyon ve Sürekli İletişim

Tüm acil servislerle ilgili bir gelişme olduğunda anında hepsine ulaşabilmelidir. Bu amaçla İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulacak bir uydu haberleşme sistemi, ya da özel hat ile tüm acil servisler arasında sürekli açık bir olağan ve olağanüstü du-

rumlar hattı oluşturulmalıdır. Acil sağlık hizmetlerinin olası afetler göz önüne alındığında ASKOM tarafından tek elden yönetilmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Acil servislerin iletişim sorunları bir an önce halledilmelidir. Acil servislerde çalışanlar birbirleri ile deneyim ve uygulamalarını paylaşabilmeli ve bu tür ilgili sempozyum ve kongrelere katılabilmelidir. Çalışmaların sonuçlarını paylaşabilmelidir. Bilimsel çalışmalar yapabilmeli ve bu çalışmalarını desteklenmelidir. Günümüzde her alanda baş döndürücü hızda gelişen modern tıbbın ASH'de hak ettiği yeri kazanabilmesini sağlamak gerekir. Bu nedenle yasa, yönetmelik ve tüzüklerle, yönergelerin güncelleştirilmesi ve bu amaçla her yıl bir hafta süre ile toplanacak olan ve ilgili tüm dinamik ve statik kurum ve kuruluş temsilcilerinin katılımı, "Üniversite Acil Tıp Anabilim Dalları"nın bilimsel yönlendirmesi doğrultusunda ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda gerçekleştirilecek bir "Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Toplantılarının oluşturulması gerektiğine inanıyorum. Bu toplantılarda o yıl içinde ASH'de yaşanan sorunlar, tıkanma noktaları, uyulması gereken yenilikler, yaşananlar, deneyimler bir rapor halinde derlenerek katılımcıların onayına sunulmalıdır.

Afet (Tıbbi) Akademisi

Özel eğitim ve dinlenme merkezlerine benzer bir yapılanma ile özellikle olağan dışı durumlarda acil sağlık hizmetleri eğitimlerine yönelik bir çalışma merkezi ve kadrosu oluşturulmalıdır. Olanaklar nispetinde bu merkez tüm acil sağlık mensuplarına da bilimsel hizmet vermelidir. Bu merkez de özellikle hastane öncesi alanda sunulan acil sağlık hizmetlerine, paramedik eğitimlerine, ambulans ve acil bakım teknikerliği eğitimlerine, kara, hava ve deniz ambulansları simülör eğitimlerine, askeri acil sağlık hizmetlerinde çalışmaya başlayacak olan personelin askeri acil sağlık sistemine uyum eğitimine, uluslararası acil sağlık hizmetleriyle ilgili gelişmelerin takip edilmesine ve var olan sisteme adapte edilmesine öncelik verilmelidir. Bu kurumlarda deneyimli kişilerin sunumlar yapmasına, deneyimlerini aktarmalarına, alan triyajı tatbikatı eğitimlerinin yapılmasına, afetlerin simülör eşliğinde değerlendirilmesine ve afetlerde sağlık hizmetleri yönetiminin verilmesine olanak sağlanmalıdır. Hizmetin gereği olan her türlü maket ve simülör ekipmanının bulundurulmasına, afetle ilgili bilgilerin olduğu kütüphanelerin oluşturulmasına ve bu

eğitim merkezinden ihtiyaca binaen sıralı ve liyakatlı seçimlerle personelin yararlandırılmasına önem verilmelidir. Bu merkezlerdeki eğitimlerden geçmeyen acil sağlık personeli olmamalıdır. Burarlarda eğitim almayan hiç kimse acil servislerde çalıştırılmamalıdır.

Sonuç

"Acil Sağlık Hizmetleri" haftanın 7 günü 24 saat ve tüm yıl aralıksız hizmet vermek zorunda olan; dini ya da resmi tatil, izin, hastalık veya istirahat, bakım-onarım-restorasyon nedeniyle işe ara verilmesi ya da eksik personel ve malzeme nedeniyle iş üretiminde düşüşü kabul edilmeyen; müracaat eden her hastaya sağlık hizmeti vermekle yükümlü, sağlık sisteminin önemli bir dinamiğini oluştururlar.

Sorunların çözümünde kurumlararası koordinasyon, bilimsel danışmanlık, hastane acil servisleri arasında entegrasyon, teknolojik alt yapı, personel, finans ve eğitim yatmaktadır. Acil sağlık sisteminde yapılacak iyileştirme için acil sağlık danışma kurulları oluşturulup çalıştırılmalı, tıbbi denetim ve değerlendirmelerin yapılmasını sağlamalı, afetlerde sağlık hizmetleri planlanmalıdır. Personel bu konuda bilinçlendirilmeli ve bilgilendirilmeli, eğitim merkezleri kurulmalı, eğiticiler yetiştirilmeli, haberleşme imkanları ve merkezleri oluşturulmalı, organizasyonda başarılı olunmalıdır.

"Acil Sağlık Hizmetleri"nin T.C. Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda bir toplantı yapması ve bu toplantı sonuçlarının ilgili kurum ve kuruluşların onay ve olurlarına sunularak hizmete geçirilmesi gerekir. Öncelikle herkes tarafından kabul edilen bazı sorunlar derhal çözüme ulaştırılmalı, çözümünü zaman alacak sorunlar için uğraşılmalı ve ASH'de dinamizm yüksek tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Available from: http://www.acgov.org/ems/Resource/history_star_of_life.pdf. PDF. (Accessed at: December 30, 2005)
2. TC Sağlık Bakanlığı 08 temmuz 2001 tarih ve Resmi Gazete 24456 sayılı Ambulanslar ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. Available from: http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/mevzuat/yt_ambulans_yon.pdf (Accessed at: January 23, 2006)
3. TC Sağlık Bakanlığı 22 Mayıs 2002 tarih ve Resmi Gazete 24762 sayılı İlk Yardım Yönetmeliği. Available from: <http://www.saglik.gov.tr>. (Accessed at: January 23, 2006)
4. TC Sağlık Bakanlığı 23 Ocak 2004 tarih ve Resmi Gazete

- 717 sayılı Acil Hekimliği Sertifikasyon Programı Yönergesi. Available from: <http://www.saglik.gov.tr> (Accessed at: January 23, 2006)
5. TC Sağlık Bakanlığı 24 Mart 2004 tarih ve Resmi Gazete 25412 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Available from: <http://www.saglik.gov.tr> (Accessed at: January 23, 2006)
 6. Eryılmaz M. Afetin potansiyelleri. In: Eryılmaz M, Dizer U, editors. Afet tıbbi kitabı. Ankara: Ünsal yayınları; 2005. p. 29-60.
 7. Command and management Available from: <http://www.fema.gov/nimcast/DemoSections.do?id=1000> (Accessed at: January 23, 2006)
 8. Aydınuraz K, Ağalar HF. Triaj. In: Eryılmaz M, Dizer U, editors. Afet tıbbi kitabı. Ankara: Ünsal yayınları; 2005. p. 367-79.
 9. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Available from: <http://www.eccguidelineswebcast.org> (Accessed at: January 23, 2006)