

# Ülkemizde Acil Sağlık Hizmeti Üretimi ¶

## EMERGENCY HEALTH CARE IN TURKEY

M. Ali UYGUN\*, Ali ÇALIKUŞU\*

\* Yrd.Doç.Dr. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı, KONYA

Ülkemizde Acil Servislerde sunulan sağlık hizmetinin yeterli olmadığı herkes tarafından kabul edilmektedir. Günün birinde kimsesiz ve baygın bir halde, Acil Servise getirilebileceği ihtimali olduğunu bilmek her Türk vatandaşını rahatsız etmektedir. Bu konuya yönelik çözümler üretebilmek için önce mevcut sistemin aksayan ve eksik noktalarını ortaya koymak gerekmektedir.

Herşeyden önce bilinmesi gereken husus Acil Tıp hizmetinin Acil Servislerde verilen hizmetle sınırlı olmadığıdır. Hastaya Ulaşma, Yaralıyı Kaza Yerinden Çıkarma ve Nakil Sırasında Tedavi gibi Acil Servis öncesi hizmetlerde oldukça önemli boşluklar bulunmaktadır. Bizim bugün Acil Servislerde yapabildiğimiz hastaneye kadar canlı kalmayı başarmış hastalara yardım çabasıdır. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 1995 yılı bültenini incelediğimizde ülkemizde her sene ortalama 7 bin vatandaşımızın çeşitli travmalar neticesinde öldüğü anlaşılmaktadır. 1989 ile 1994 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde 29.000'den fazla insanımız çeşitli kazalar sonucu hayatını kaybetmiştir (1). Ölümün üçte ikisi kaza yerinde, üçte biri ise taşınırken veya hastanede olmuştur (2). Yapılan çeşitli araştırmalarda travmalara bağlı ölümlerin %50'sinin ilk 30 dk. içinde meydana geldiği anlaşılmıştır (3). Bu gruptaki ölümler genellikle şiddetli beyin yırtılmalarından veya göğüs ve karın boşluğundaki büyük damarların yırtılmalarından ileri gelmekte ve mevcut olanaklarla bu ilk 30 dk. içinde meydana gelen ölümleri önlemek mümkün olamamaktadır. Buna karşılık yaralıların %30'u ise travmadan sonra 4 saat kadar sağ kalabilmektedirler. Bu 4 saat travmanın altın saatleri olarak kabul edilmektedir. Bu gruptaki ölümlerin aslında önlenebilir solunum yolu tıkanmalarından veya düşük debili kanamalardan ileri geldiği anlaşılmıştır. Erken dönemde bilinçli bir müdahale ile travmatik ölümlerin üçte birini önlemek mümkündür.

Merkezi Sinir Sistemi yaralanması olmayan hastaların ölümü %60 oranında önlenebilmektedir (4): Bu oranları ülkemize uygulayacak olursak senede 2.000 civarında vatandaşımızın hayatını erken ve doğru tedavi ile kurtarmanın mümkün olacağı görülmektedir. Bu sonuçlar, hastaya kısa sürede ulaşmanın erken dönemde tedaviye başlamanın, diğer bir ifade ile ilk Yardımın ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Bugün Amerika'da metropollerde ambulanslar olay yerine 8 dk.da ulaşacak şekilde yerleştirilmiştir. Ambulanslarda Acil Tıp Teknisyeni olarak isimlendirilen özel eğitimden geçmiş sağlık personelleri görev yapmaktadır (5). Ambulansın donanımı ve ekibin eğitimi yaralının olay yerinden zedelenmeden çıkartılabilmesine ve yolda ilk tedavinin başlanmasına müsaittir. Ambulansın içinde damar yolu açılabilmekte, entübasyon ve kardiyoversiyon yapılabilmekte; kan grubu tespit edilebilmekte, belirlenen kan grubu telsiz ile hastaneye bildirilerek yaralı hastaneye ulaştırıldığında kan hazırlanmış olmaktadır (6). Ülkemizde ise bu tip olanaklara sahip ambulanslar yok denecek kadar azdır. Travmayı takiben ambulansların olay yerine kısa sürede ulaşamaması, gönderilen personellerin yaralıların kaza yerinden çıkartılmasında, taşınmasında ve ilk tedavinin ambulans içinde başlamasında yetersiz oluşu, yapılan birtakım bilinçsizce hareketler çoğu zaman travma kurbanı için ikinci bir travma nedeni olmaktadır. Ülkemizde gördüğümüz yanlış bir uygulama hastaların kendilerini tedavi edebilecek olanaklara sahip bir hastane yerine en yakın hastaneye götürülmesidir. Hastanın içinde bulunduğu sağlık problemini çözebilecek imkanlara sahip olmayan hastanelere yapılan başvurular zaman kayıplarına neden olabilmektedir. Oysa Batı ülkelerinde değişik büyüklük ve fonksiyonları olan, farklı seviyelerde Travma ve Acil Yardım Servisleri bulunmaktadır (7). Hastanın hangi travma merkezine götürüleceğine ambulanstaki sağlık görevlisi telsiz ile Acil Servisdeki uzmana danışarak karar vermektedir. Şu andaki mevcut sistemde hastaları bu şekilde, yetersiz takipden kaynaklanan risklere maruz bırakmak yerine, gerekli tedavilerinin yapılacağı başka sağlık kuruluşlarına daha ilk baştan sevk edilmeleri en iyi çözüm gibi gözükmektedir.

Geliş Tarihi: 13.04.1995

Yazışma Adresi: Dr. Ali UYGUN  
Hocafakı Cad. Taksim Sok. No 8/5

¶ Bu metin 13.3.1996 tarihinde S.Ü. Tıp Fakültesi'nde düzenlenen "Ülkemizde ve Dünyada Acil Sağlık Hizmeti Üretimi" konulu konferansta sunulmuştur.

## ACIL SERVİSLERİMİZDE YETERLİ SAĞLIK HİZMETİ VERİLEMESİNİN BAŞLICA NEDENLERİ

I) Ülkemizde Acil Servislerde karşılaşılan sorunların başında çalıştırılan personellerin eğitimlerinin bu iş için yeterli olmaması gelmektedir (Tablo 1). Acil Servislere başvuran hastaları Pratisyen Hekimler veya çeşitli klinik branşlara mensup Asistan Doktorlar karşılamaktadır. Hekimlerin bilgi ve tıbbi müdahalede bulunma becerileri mezun oldukları fakültelere göre farklılık göstermektedir. Bugün Tıp Fakültelerimizde standart bir acil tıp eğitimi verilmemektedir. Çeşitli klinik branşlara ait acil hastalıklar geniş bir zaman yelpazesi içerisinde farklı stajlarda anlatılmaktadır. Her klinik branşın acil durumlarının birarada anlatıldığı ayrı bir "hekimlikte acil olgular" stajı bulunmamaktadır. Her Tıp Fakültesinde olmamakla birlikte son sınıf öğrencilerine 2 ay süreli Acil Servis rotasyonu ile bu açık azaltılmaya çalışılmaktadır. Fakat bu sürenin önemli bir kısmında bu öğrencilerin başka kliniklerde çalıştırıldığı görülmektedir. İntörn doktorun acil serviste geçirdiği süre genellikle her türlü acil durumla karşılaşması için yeterli olmamaktadır. İntörn Doktorlara teorik ders anlatılmamaktadır. Ayrıca intörn doktoru karşılaştığı çeşitli durumlar hakkında eğitecek, yönlendirecek öğretim üyesi vizitleri de yapılmamaktadır. Tüm bu nedenlerde intörn doktorlar acil tıp hekimliği konusunda yetersiz bilgilerle mezun olamadılar. Ülkemizde mezuniyet sonrası eğitim programlarının da olmaması hekimlerin mezun oldukları bu kısıtlı acil tıp bilgileri ile sınırlı kalmalarına neden olmaktadır.

Türkiye'de kısa bir süre önce acil tıp eğitimine yönelik olumlu girişimler yapılmaya başlanmıştır. 1993 yılında yapılan bir düzenleme ile Acil Tıp Hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalları kurulmuştur. İlk kez 1994 yılı Nisan Döneminde İzmir'de Dokuz Eylül Üniversitesi'nde asistan eğitimi programı başlatılmıştır. Şu anda aralarında Selçuk Üniversitesi'nin de bulunduğu az sayıda Üniversitemizde Acil Tıp Uzmanı yetiştirilmektedir.

**Tablo 1.** Acil servislerimizde yeterli sağlık hizmeti üretilememesinin başlıca nedenleri.

II) Personel eğitiminin yetersiz oluşu
II) Tıbbi demirbaş ve sarf malzemelerin noksanlığı
III) Uygulama hataları
1- Konsültasyon sisteminde aksamalar
2- Multipl travmalı hastaların takip ve bakımlarındaki aksamalar
3- Gözlem odalarının yanlış amaçlı kullanımları
4- Rotasyon asistanlarının çalışmalarındaki aksamalar

1995 yılı rakamlarına göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 16.000 Acil Tıp Uzmanı bulunmasına rağmen henüz Ülkemizde ihtisasını tamamlamış bir Acil Tıp hekimi yoktur.

II) Acil Servislerde sıkça gördüğümüz olumsuz tablolardan biri de buralarda yeterli tıbbi demirbaş ve sarf malzemelerinin bulundurulmamasıdır. Hastane idareleri acil servisleri en az sayıda, en ucuz ve en ilkel demirbaş ve sarf malzemesi ile işletmeye çalışmaktadırlar. Acil servislere çoğu zaman yeni malzeme alımı yapılamamakta, alınan yeni cihazlar başka kliniklere yerleştirilirken, buralardaki eski model malzemeler acil servislere gönderilmektedir. Benzer bir davranış personel atamalarında da olabilmekte, acil servisler hastanelerin bir nevi sürgün yerleri olmaktadır. Halbuki acil servisler en kötü değil, en iyi malzeme ve personel ile hizmet üretilmesi gereken yerlerdir.

III) Acil Servislerde gördüğümüz hataların bir kısmı ise yanlış uygulamalardan kaynaklanmaktadır. Bu uygulama hatalarının bir kısmında nedenlerin medikal olduğu gözlenirken, sıklıkla karşımıza tıp dışı nedenler çıkmaktadır. Gördüğümüz kadarıyla mevcut sistem içerisinde bu hataların düzeltilmesi mümkün değildir.

1) Bugün Devlet ve SSK Hastaneleri Acil Servislerinde konsültasyon sisteminin sağlıklı işlediği söylenebilir. Konsültasyon, nöbetçi doktorun konunun uzmanından yardım talep etmesidir. Uzman doktorların özellikle mesai dışı saatlerde konsültasyon taleplerine tepkileri birbirinden farklı olabilmektedir. Konsültasyonlara geliş süresi genellikle uzundur. Konsültasyonun sağlanmasında bazen tıp dışı faktörlerin de rolü olabilmektedir. Buna karşılık Acil Servis hizmetlerinin yoğun şekilde yürütüldüğü Eğitim Hastaneleri ve Tıp Fakülteleri Acil Servislerinde ise konsültasyonlar mesai saatleri dışında asistan doktorlar tarafından yapılmaktadır. Bu asistan doktorların genellikle kendi servislerinde yapmaları gereken yoğun programlı işleri de bulunmakta, bu nedenle sıklıkla konsültasyonlarda gecikmeler olmaktadır. Ayrıca acil servislerde yapılan EKG, röntgen, tomografi gibi tetkiklerin sonuçlarını da Asistan Doktorlar değerlendirmekte, asistan doktorun eğitim ve tecrübe yetersizliğinden kaynaklanan hatalar olabilmektedir. Çoğu zaman öğretim üyelerinin hastadan haberi filmlerden gördüğü kadarıyla veya telefonda kendisine sunulduğu kadarıyla olmaktadır. Eğer ilk gören hekimin gözden kaçırdığı bir bulgu olursa, hasta öğretim üyesine eksik sunulmakta ve öğretim üyesi istenmeden hastanın hatalı tanısı ve tedavisinin sorumluluğuna ortak olmaktadır.

Bu aşamada, Acil Tıp Hekimliği yaygınlaşana kadar, konsültasyonlara bakacak hekimlerin kliniklerde yapmaları gereken ameliyat, hasta takibi ve poliklinik gibi işlevlerden arındırılmaları, çalışma düzenlerini acil servislerden gelen konsültasyon taleplerini en kısa sürede karşılayacak şekilde kurmaları gerekli görülmektedir.

2) Acil servise başvuran Çoğul Travmalı hastaların hangi klinik tarafından takip edilmesi gerektiği konusunda da sorunlar meydana gelebilmektedir. İzole travmalarda hastayı hangi kliniğin takip edeceği konusunda bir tereddüt olmamakta, fakat birden fazla organ tutulumu olan multipl travmalarda prognozun kötü oluşu, hekimimizin böyle hastaların tedavileri için uzun süreler ayırmalarının gerekmesi, bunun da kliniğin diğer işlerinin aksamasına yol açabilmesi ve bazı hekimlerin böyle hastalar kaybedildiğinde kendi mesleki prestijlerinin sarsılacağı endişesi içinde olmaları bu tip hastaların Acil servislerde ortada kalması ile neticelenmektedir. Gerçi, gerek hasta yakınlarının, gerekse acil servis ekibinin girişimleri ile bir yer bulunmaktadır. Bu süre zarfında hasta acil serviste beklemekte ve etkin tedavi gecikmektedir. Bu da bazen hastanın hayatının kaybına neden olabilmektedir. Acil tıp uzmanlarının çoğalmas ve acil servislere Yoğun Bakım ünitelerinin ilavesi ile birlikte büyük cerrahi müdahalenin gerekmediği major travmalı hastaların paylaşım ve bakımlarındaki aksamalar da çözülmüş olacaktır.

3) Acil Servislerimizde bulunan gözlem odalarının da gerektiği gibi kullanıldıkları söylenemez. İdeali; gözlem odalarının tanıları tam olarak konamamış, ilave tetkik ve konsültasyon gerektiren olguların araştırılmaları amacıyla 24 saati geçmeyen sürelerle kullanılmalıdır (8).

Gördüğümüz kadarıyla gözlem ünitelerinde 2 türlü hatalı uygulama yapılmaktadır. Birincisi; hastaneye yatması gereken hastaların yatış-kabul işlemlerinde gecikme olduğunda veya hastanın tedavisi için dışarıdan birtakım tıbbi malzeme temini gerektiğinde hastaların gözlem ünitelerinde tutulmaları buraların bekleme yerleri gibi kullanılmalarıdır. İkincisi ise; klinikte yer olmadığı durumlarda kısa sürede yer açılacağı ümidi ile, hastaların gözlem odalarına alınmaları ve burada tedavilerine başlanmak istenmesidir. Çoğu zaman istenilen yer kısa sürede açılmakta ve hastaların uzun süre gözlem odalarında tutuldukları görülmektedir. Bu süre zarfında hastaların ilgili klinik tarafından yeterince izlendiği şüphelidir. Çoğu zaman hastayı yatıran asistan ile kontrole gelen asistanlar aynı değildir. Durum böyle olunca gözleme alınan hastanın takibini acil serviste çalışan değişik branşlara mensup nöbetçi doktorlar üstlenmek zorunda kalmaktadır. Fakat acil servis doktorları shiftler halinde çalıştıklarından hastanın durumunu uzun süre istenilen düzeyde takip edememektedirler. Acil tıp uzmanlarının acil servislerde göreve başlamasıyla birlikte gözlem ünitelerindeki hasta va yaralıların yetersiz bakım ve takiplerinden kaynaklanan sorunlar da son bulacaktır.

4) İhtisas veren Eğitim Hastanelerinde ve Tıp Fakültelerinde acil tıp hizmetlerini rastgele seçilen çeşitli branşlara mensup, rotasyonla çalışan Asistan Doktorlar vermektedirler. Tecrübeli, kıdemli elemanların servislerde programlı işlerin yürütülmesi için tercih edildikleri, yeni ve mesleklerinde tecrübesiz doktorların acil

servise gönderildikleri görülmektedir. Rotasyon asistanlarına acil servislere başlamadan önce bir eğitim verilmemektedir. Rotasyon asistanları kendi branşlarının acil hekimliğe ilgisi oranında hizmet etmeye çalışmaktadırlar. Bu aşamada çeşitli tıp hataları ve tanıda gecikmeler hekimin eğitim kalitesine bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Rotasyon süresi bitiminde Asistan Doktor kendi kliniğine dönmekte ve edindiği tecrübeyi kendisinden sonra rotasyona gelen asistan doktorlara aktarma fırsatı bulamamaktadır. Edinilen bu tecrübenin bir kısmının yapılan hataların kötü sonuçlarını gördükten sonra oluştuğunu düşünür isek, hastasının bazen can pahasına belli bir tecrübeye ulaşan Asistan Doktorun bu birikimini başkalarına aktaramadığını, boşa gittiğini, başka bir deyişle her yeni rotasyon Asistanı geldiğinde benzer basit hataların tekrarlandığını söyleyebiliriz. Acil tıp uzmanlarının göreve başlamasıyla birlikte rotasyon asistanlarının tecrübesizliklerinden ileri gelen aksamalar da telafi edilmiş olacak, ve rotasyonla acil servislerde asistan doktor çalıştırmanın amacı; sağlık hizmeti üretmeye çalışmak yerine, rotasyon asistanlarına eğitim vermeyi dönüştürmektedir.

### ÇÖZÜM

Acil servis hizmetlerinde karşılaşılan sorunların çözümünde yararlı olacağına inandığımız çeşitli önerileri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

1) Acil Tıp Uzmanı yetiştirmeye yönelik eğitim programları yaygınlaştırmalı ve Acil Servis Yönetimleri bu uzmanlık dalı mensuplarına teslim edilmelidir.

2) Acil servislerde çalışan hekim, hemşire, teknisyen ve hastabakıcı kadroları sabit olmalıdır. Acil servislerde çalıştırılan personelin sık değiştirilmesi, verilen hizmetin devamlılığında aksamalara özellikle de tıbbi demirbaş ve sarf malzemelerinin özensiz kullanımına neden olmaktadır.

3) Acil servislerde tıbbi demirbaş ve sarf malzemelerinin niteliğine yönelik zihniyet değişmeli ve acil servislerde en yeni, en iyi ve bol sayıda malzeme bulundurulmalıdır. Malzeme eksikliği hekimin yaralıya müdahalesini kısıtlamamalıdır.

4) Hastaya süratle ulaşmaya yönelik düzenlemelere gidilmelidir. Kara ve hava ambulanslarından oluşan bir ilk yardım ağı kurulmalıdır. Bu ambulanslarda görev alacak ekipler özel bir eğitimden geçirilmeli, yaralılara araç içinde müdahale edebilecek, yaralıyı kaza yerinden ilave zedelenmeye yol açmadan çıkartabilecek özellikte olmalıdırlar. Ambulansların sevk ve yönetimi acil servislere verilmelidir.

5) Bir yerleşim bölgesindeki Acil Servisler kendi aralarında değişik fonksiyonlar üstlenecek şekilde düzenlenmeli, medikal ve travma acilleri farklı merkezlerde takip edilmelidirler. Hastalar, sağlık problemlerinin ciddiyetine ve tedavi önceliklerine göre, ilk yardım ekipleri tarafından kendilerine çözüm getirebilecek niteliklere sahip acil servislere yönlendirilmelidirler.

## KAYNAKLAR

1. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü 1995 yılı Bülteni, Ankara 1995;123.
2. Ege R. Emniyet Kemerli Hayat Kurtarıcı mıdır? Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı Yayınları 1991;2:1-2.
3. Trankey D. Travma. Scientific American 1983;249:20-7.
4. Robertson C. Redmount A. Major Travma Denetim ve Tedavisi. Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı İstanbul 1993;14.
5. Hasta ve Yaralıların Acil Bakımı ve Nakledilmesi. Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi. Dördüncü Baskı. 1987.
6. Trunkey D. Future Shock. Arch Surg 1992;127:653-8.
7. Earlam R. Trauma Centers. Br J Surg 1993;80:1227-8.
8. Brillman J, Matners L, Graff L, et al. Management of Observation Units. Annals of Emergency Medicine 1995;25;6:823-30.