

Hekim ve siyasetçi gözüyle acil sağlık hizmetleri ve çözüm önerileri

Dr. Kenan Şahin



1967 yılında Erzurum'da doğdu. 1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. SSK Amasya Suluova Dispanserinde mecburi hizmetini, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde uzmanlık eğitimini, Gebze Teknik Üniversitesinde İşletme Yüksek lisansını tamamladı. Özel sağlık kuruluşlarında yöneticilik yaptı. 2000-2004 Pendik Belediye Başkan Danışmanlığı, 2005-2008 SSK İstanbul Sağlık İşleri Bölge Müdürü görevlerini yaptı. Mart 2009'dan beri Pendik Belediye Başkanı olan Dr. Şahin, evli ve 3 çocuk babasıdır.

Alışılmış hayatın dışında maddi ya da manevi anlamda büyük zararlara yol açan doğa olaylarına afet diyoruz. Afet deyince ilk akla gelenler; deprem, sel, toprak kaymaları, tayfun, fırtına, yangın vb. ancak modern yaşamın oluşturduğu hız ve kitlesellik, doğal afetlerden çok daha fazla kişiyi etkileyen ve daha sık karşılaştığımız olağanüstü durumları hayatımızın bir parçası haline getirdi. Günümüzde şehirlerde yoğun bir nüfus ve oldukça dinamik bir hayat var. Binler, on binler aynı mekânda bir arada. Hızlı erişim araçlarıyla çok sayıda yolcu birlikte taşınıyor. Devasa inşaat şantiyeleri, imalathaneler, sanayi ve iş yerlerinde binlerce işçi bir arada çalışıyor. Savaşların şekli değişti. Artık vekâlet savaşları var. Terörizm küresel hal aldı. Kitlesel büyük göçler yaşanıyor. Küresel ısınmayla birlikte yağış düzeyleri sıklıkla sele yol açıyor. Afetlerin önemli yansımalarından biri de toplumda kargaşa oluştururken risk ve umutsuzluk potansiyeli. Bu da karar verici ve uygulayıcıların daha etkin ve hızlı çözümler üretmesini, toplum psikolojisini iyi yönetmesini zorlaştırıyor. Medyanın reyting açmazıyla ajite edici son dakika haberciliği de yeni bir afet etkisi oluşturuyor.

Bu kitlesellekle gelişen hadiseler, etki sahalarıyla depremleri aratmıyor. Hemen her gün afet düzeyinde acillerle karşılaşıyoruz. Afetlerde daha etkili olmanın yolu, gündelik hayat içerisindeki çalışma düzenini afetle aktif olarak ilişkilendirmekten geçiyor. Sonuçta acilde ne kadar iyiysek afette de o kadar iyi olabiliriz. Afetlerde acil hizmetlerini saha yönünden ele alırken, artık afetlerin de, acillerin de

değiştiğini dikkate almak gerekir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile on yılda pek çok başlıkta iyi mesafe alınmasına rağmen, özellikle acil başlığında problemler hala güncel. Acillerimiz ile ilgili problemlerin başında, "acile yaklaşım" sorunu geliyor. Acile yaklaşımımız üç açıdan sorunludur. Birincisi, acile başvuran vatandaşa bakımımız sorunlu. Sağlık çalışanları olarak "Acile başvuranların çoğu acil değil" ifadesiyle söze başlıyoruz ve vatandaşın bundan rencide olmayacağını bekliyoruz. İkincisi, hastanelerin acil servise bakışı sorunludur. Hastaneler acili angarya ve yük olarak görüyorlar. Özel hastaneler ödeme sistemlerinin de katkısı ile neredeyse acile kapalıdır. Nöbetçi ekip bulmak sıkıntılı, nöbet izinleri günlük hizmeti aksatıyor, problemi çok, memnuniyet az. Üçüncüsü, hekim için acil hizmeti eşittir nöbet. Acil tıp uzmanları ve sadece acilde görevli pratisyenler hariç nöbet sistemi, süresiyle sınırlıdır. Bitinceye kadar özveriyle çalışılır. Nöbet sahiplenilir. Ancak sonra başka bir ekip gelir. Her şey sıfırdan başlar. Hizmeti verdiklerimiz standardize olmadığı gibi, hizmet de tek tip değil. Yaklaşımımız; sorunu çözme, beklentiyi karşılama, azami memnun etme olmalı. Acille ilgili talep varsa bize düşen bunu en nitelikli şekilde, vatandaş beklentisine odaklı bir organizasyon ve hizmet sunumuyla gerçekleştirmektir. "Dünya bu işi böyle yapıyor", "Gelişmiş ülkelerde acillerde bekleme sürelerine göre çok iyiyiz" denilebilir ama bu cümleler sorunu çözmez. Bu konuda da dünyaya liderlik ederek doğru çözüm modeline ulaşacağımıza inanıyorum.

"Acile çok hasta geliyor, acile gelen hasta sayısını azaltalım" yaklaşımının boşa

uğraş olduğuna inanıyorum. Mesai dışı gelen vatandaşın problemini çözmezsek, vatandaş vazgeçmiyor. Yarın gel demek, sağlık sistemini ertesi gün de meşgul etmekten başka bir işe yaramıyor. Acilde talebi karşılanmayan vatandaş, aile hekimini, hastaneyi zorluyor, sağlık sistemini meşgul ediyor. Aile hekimliği sistemi, acillerdeki pratisyenleri aldı. Nöbetler uzman hekimlerce yürütülmekte. Acil servis ile ilişkisi sadece nöbet süresiyle sınırlı olan hekimin özellikle uzman hekimin sisteme katkısı az olmaktadır. Acil tecrübeli bir pratisyen hekim ya da bir acil tıp uzmanının eksikliğini çok sayıda uzman kapatamıyor. Acil servis; başvuran bireyin yaşamsal fonksiyonlarında var olan problemi gideren, bireyin yaşamını etkileyecek bir patolojisinin olup olmadığını ayırt eden ve ilave uzmanlık gerektirmeyen basit tıbbi ihtiyaçlarını karşılayan merkezlerdir. Acil servisler çoğunlukla bir hastane bünyesinde. Acil hekimliği ve acil tıp uzmanlığı dışındaki tüm uzmanlık dalları acile katkıdan çok karışma getiriyorlar. Acil servislerde uzmanlık gerektiren karışık tıbbi hizmetlerin verilmesi acil hizmetleri aksatıyor. Komplike işlemler öne alınmakta, bu da birikmeye yol açmaktadır. Acil servisin şartları da uzmanlık gerektiren bu hizmetleri vermek için ideal yerler değildir. Dakikalar içinde yapılması gereken işlemler hariç orta ve büyük müdahaleler acil ortamı dışında yapılmalıdır. Acil hekimi ve acil tıp uzmanı sayımızı artırmalıyız. Tıpkı aile hekimliği seferberliği gibi, acil hekimliği için de bir seferberlik gerekiyor. Acil hekim sayısının artması, verimsiz uzmanlık nöbetlerini ortadan kaldırır. Acil hizmeti için açılmış verimsiz hastanelere ihtiyacı da azalır. Acil servisler, hastaneyle aynı arsada olsa bile yapısal ve yönetsel olarak bağımsız



olmalıdır. Hastanelerden bağımsız binalarda da hizmet verilebilir. Acil servislerin mesai sonrası poliklinik muayene talebini karşılamak için akşam poliklinik hizmeti sistemi destekler. Uzman hekimlerden burada yararlanılmalıdır. Acil sisteminin önemli aksaklıklarından biri de sevk zinciri zorluklarıdır. Ambulans hekimlerinin hasta kabul ettirme hikâyeleri çok dramatiktir. İlgili merkezlerin reddedebilmesi kabul edilemez. Başvuru zinciri net tanımlanmalı, alternatifsiz olmalıdır. İki ayrı yerin kabul edebileceği hastayı pratikte hiçbirisi kabul etmiyor. Hastaneler müdahale ve yatarak takibi gereken hastalarla ilgilenemiyor. Burada da hastanın hangi servise yatacağı sorunu çıkıyor. Hastaneler geçici izlem ve takip ünitelerini kendi bünyelerinde oluşturmalı, acil servisleri bunun için meşgul etmemeliler. Birden çok nitelikli hastane olan büyük şehirlerde tüm hastanelerde her gece acil nöbete kalınmayabilir; nöbetler hastaneler arasında dönüşümlü yapılabilir. Yeterli hekim ve donanıma sahip özel hastaneler de bu dönüşümlü nöbet sistemine dâhil olabilir.

Deprem gibi büyük afetlerde pek çok kurtarma ve kamu hizmeti dışsal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Öncelikle depremden etkilenen yerel ve mülki idare yöneticileri, deprem şoku geçiren belki ailesi ve yakınlarını kaybetmiş kişiler olmaktadır. Bu da yönetim zafiyeti oluşturmaktadır. Yöreyi bilmeyen geçici yöneticiler inisiyatif almakta ve etkili olmakta zorlanmaktadır. Kural olarak özel bir sorun olmadıkça afet bölgesinde bir önceki vali ve kaymakamlar koordinatör olarak görevlendirilmelidir. Bazı afetlerde yerel sağlık hizmeti de etkilenecek hizmeti veremez duruma gelmektedir. Bu durum-

da diğer şehirler ekipleriyle deprem bölgesinde sağlık hizmetini üstlenmektedir. Bu ekiplerin seçimi önemli bir konudur. Genellikle cerrahi ekipler seçiliyor. Sahra hastaneleri de kurulup operasyonlar yapılmaya çalışılıyor. Bunu yerine vakayı donanımlı bir merkeze ulaştırmak daha akılcıdır. Dakikalar içinde müdahale gerektiren vakalar olabilir. Bunlar azdır. Tüm afetlerde olduğu gibi depremden de travma dışı büyük bir hasta grubu ile karşı karşıya kalıyoruz. Kronik hastalar, yaşlılar, çocuklar tıbbi hizmete ihtiyaç duyuyorlar. Majör ihtiyaç ise psikolojik destekler. Resme buradan bakınca afet bölgesine ilk gitmesi gerekenler acil tıp hekimleridir. İyi triyaj ve drenaj ile afet sonrası ilk dönemi yönetmeliler. Sonraki günlerde oluşacak tıbbi hizmet talebini de yine acil hekimlerin merkezde olduğu grup yönetmelidir. Karmaşa potansiyeli dikkate alınarak, hareketli alanın biraz dışında, ulaşılabilirliği iyi, altyapı ihtiyacı az yerler sağlık hizmeti için seçilmelidir. Afet sonrasında en mağdurları maalesef sahada hizmet eden ekiplerdir. Uyumdan, yemek yemeden, dinlenmeden, banyo yapmadan günlerce devam eden çaba beklenmektedir. Elbette kimse konfor beklemiyor, ancak asgari insani şartlar çalışanlara da sağlanmalıdır. Afet anında hizmetlerde çok sayıda gönüllünün desteği ile karşılaşılıyor. Ancak kimin, ne kadar nitelikli olduğunu bilen yok. Bazen gönüllü mağdurları oluyor. Böyle bilinmezlik durumlarında yapılacak tek şey, sadece profesyonellerle iş yapmaktır. Sonuç olarak ülkemizin içinde bulunduğu coğrafi konum ve dünyanın siyasi konjonktürü; afetlere hazırlıklı olmak ve bu konuda da sorunsuz işleyen acil sistemine sahip olmayı kaçınılmaz kılmaktadır.

Deprem gibi büyük afetlerde pek çok kurtarma ve kamu hizmeti dışsal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Öncelikle depremden etkilenen yerel ve mülki idare yöneticileri, deprem şoku geçiren belki ailesi ve yakınlarını kaybetmiş kişiler olmaktadır. Bu da yönetim zafiyeti oluşturmaktadır. Yöreyi bilmeyen geçici yöneticiler inisiyatif almakta ve etkili olmakta zorlanmaktadır. Kural olarak özel bir sorun olmadıkça afet bölgesinde bir önceki vali ve kaymakamlar koordinatör olarak görevlendirilmelidir.