

PEDİYATRİDE ACİL YARDIM SORUNLARI

Hayri Levent YILMAZ

Geçmişten bu yana tıp eğitiminde daha çok erişkin hastalara yönelik eğitimin ön planda tutulup, çocukluk çağı hastalıklarına daha az önem verilmesi; hem erişkin hem de çocukluk çağında görülen hastalıkların daha çok erişkin hasta deneyimi olan öğretim üyeleri tarafından anlatılması, dolayısıyla hastalıklara karşı çocukların kendine özgü yanıtlarının veya tedavide kullanılacak ilaçların çocuk dozlarının yeterince anlatılmaması gibi birçok nedenlerle yeni mezun hekimlerimizin çoğunun kendisini özellikle çocuk hastalarla ilgili olarak yetersiz görmelerine neden olmaktadır. Bu durum Türkiye'deki çocukluk çağındaki acil yardım sorunlarının temelini oluşturan eğitim sorununun ön plana çıkmasını sağlamaktadır.

Çocukluk çağındaki acil yardım sorunları şu şekilde maddeler halinde sıralanabilir:

1. Yukarıda belirtildiği gibi genel tıp eğitimi erişkin hastalar temel alınarak hazırlandığı için pediyatrist olmayan hekimlerin çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili bilgi ve görgülerinin yetersiz olması, dolayısıyla tedavi ve acil yardım konusunda eksik olmaları.

2. Aynı durum transport sisteminin organizasyonunda da geçerlidir. Örneğin; Sağlık Bakanlığı'nın 112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetlerinde çalışan personelinin çocuk hastalara yaklaşımda yetersiz olmaları; ambulans ve alet-edevatların yenidoğan ve infant için uygun olmaması.

3. Sadece Türkiye'de değil tüm dünyada ilk yardım ve ileri yaşam desteği hizmetlerinin öncelikle erişkin hastalar düşünülerek tasarlanması (örneğin; halen otomatik eksternal defibrilatörlerin 8 yaş altında veya 25 kg'dan hafif çocuklarda kullanıma uygun hale getirilememesi...).

4. Türkiye'de Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerden 25-30 yıl sonra kurulan "Acil Tıp Anabilim Dalları"nda eğitilen hekimlerin çocuk hastalar konusundaki yetersizliğine ek olarak çocuk hekimlerinin de travma hastalarına yaklaşım konusunda yetersiz olmaları.

5. Çocuk hekimlerinin sadece travma hastalarına değil diğer bir çok hastalıklara da acil yaklaşım konusunda eğitimlerinin yetersiz oluşu.

6. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dallarının çoğunda sürekli olarak, "sadece çocuk acilden sorumlu" olan bir öğretim üyesi görevlendirmede isteksiz olunması nedeniyle sahipsiz, ihmal edilmiş ve başıboş çocuk acil polikliniklerinin ortaya çıkması. Bu durum aynı zamanda "çocuk acil bakım ve yönetimi" uzmanlık alanı olan hekimlerin olmamasına ve sonuçta iyi düzenlenememiş, aksayan acil poliklinik hizmetlerine ve acil çocuk hastaların yetersiz yönetimine neden olmaktadır.

7. Eğitim hastanelerinin çoğunda çocuk acillerin sorumluluğu henüz eğitimini tamamlamamış asistanlara bırakılmaktadır. Kamu ve/veya kurum hastanelerinde ve özel hastanelerin büyük çoğunluğunda ise acillerin sorumluluğu pratisyen hekimlere verilmektedir.

8. Tıp eğitiminin pratik uygulamalı eğitimden çok teorik bilgi yüklemesine yönelik olması, temel yaşam ve ileri yaşam desteği eğitime ve pratiklerine neredeyse hiç önem verilmemesi de Türkiye'nin önemli acil yardım sorunları arasında yer almaktadır.

9. Hastane yönetimlerinin yataklı servis hizmetlerine ve özellikle de yoğun bakım hizmetlerine verdiği önemin, acil servis hizmetlerine verdiği önemden daha fazla olması. Oysa ki bir hastanenin hem alt yapısı hem de vitrini acil polikliniklerdir. Acil polikliniğine başvuran bir hasta ne kadar iyi yönetilmişse, ne kadar iyi stabilize edilmişse yatırılan serviste hastanın acil yönetimiyle uğraşarak zaman ve emek kaybetmek yerine yataklı servislerin asli sorumluluklarından olan uzun süreli bakım ve yönetimle ilgili planlamalara daha fazla zaman kalmış olur. Ayrıca acil hastalar için çok kıymetli olan ilk dakikalar da en iyi şekilde kullanılıp hipoksi, asidoz gibi hastaya zarar verici durumlara en erken dönemde müdahale edilmiş ve düzeltilmiş olur. Takdir edilecektir ki, acil bir hasta için ilk dakikalar son derece önemlidir. Oysa tam tersini düşünelim: Acil polikliniğinde iyi müdahale edilememiş; hipoksisi, belirgin asidozu veya hiperkalemi veya aritmisi tespit edilememiş, dolayısıyla tedavisi yapılamamış veya yeterli teknik alt yapı var ama hekim tedavide yetersiz kalmışsa o hasta servise tedavi edilebilir bir çok sorunu düzeltilmeden, belki de geç kalındığı için geri döndürülemez patolojilere neden olarak yatırılmış olacaktır. Böylece nörolojik sekelli ve/veya organ yetmezlikleri olan kişisel veya sosyal olarak kaybedilmiş, yaşayan ama sağlıksız bireyler veya uzun veya kısa süreli izlemiden sonra kaybedilmiş olgular veya iyi yönetilemediği için tedavi edilebilir olmasına rağmen acil polikliniğinde kaybedilmiş olgularla karşılaşmaktayız. *Oysa her canlının sadece bir canı vardır. O kaybedildiğinde bir daha geri gelemez.*

10. Türkiye'de hastanelerin büyük çoğunluğunda acil polikliniklerinin 30 yıl öncesi acil mimarisinde olması, hastalara uygun ve hızlı bakımın yapılmasını engellemektedir.

11. Üniversite hastanelerinde bile hastaların tanı, tedavi ve takibinde şart olan alet, ilaç ve monitörler ya yeterli sayıda değil ya da bulunmamaktadır. Yani günümüz tıp teknolojinin çok gerisinde kalmışlardır.

12. Ülkemizde uzmanlık alanı Çocuk Acil Tıp olan hekimlerin olmaması nedeniyle özellikle travma gibi multidisiplin yaklaşım gerektiren olgular beyin cerrahisi, çocuk cerrahisi,

ortopedi, plastik cerrahi, kulak-burun-boğaz bölümleri arasında sayısız konsültasyon ve tetkik istemlerine maruz kalmakta, bazen yukarıda sayılan cerrahi bölümler arasında hastanın daha çok diğer bölümü ilgilendiren sorunları olduğu sayıyla kendi bölümlerine yatırmama konusunda direnç göstermektedirler. Sonuçta acilen yapılması gereken tedavi ve cerrahi operasyonlar gecikebilmektedir.

13. Türkiye’de henüz “Pediatrik Acil Tıp” bilim dalının kabul edilmemiş olması; acil bakım gerektiren çocuklara hızlı ve uygun ilk yardım ve acil tedavinin yapılabilmesini sağlayacak deneyime sahip uzmanların yetişememesine neden olmaktadır.

14. Ülkemizde bulunan ambulansların çoğu tıbbi ve teknik donanım yönünden yeterli olmadığı gibi çocuklar için özellikle de yenidoğan ve infant transportu için uygun değildir.

15. Bu nedenle 112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetlerinde kullanılan ambulanslardan en az bir tanesinde küvöz içeren ambulans olmalıdır (ambulans sayısı İstanbul, Ankara ve İzmir’de daha fazla olmalı). Oysa ki transport sırasında uygun şartlar olmaması nedeniyle yeni doğmuş bir bebek için en tehlikeli durumlardan biri olan hipotermiye girmiş azımsanmayacak sayıda olgularla halen karşılaşmaktadır.

16. 112 Acil Yardım ve Kurtarma ekibi şu anda merkezden telsiz bağlantısı ile gerekli yerlere yönlendirilmektedir. Ancak bu yönlendirme faaliyetlerinin içine ambulansın gidiş güzergahındaki sıkışık trafiği bildirip, alternatif yollar önerebilecek sistemler geliştirilebilmelidir. Bunun yanı sıra 112 Acil Yardım ve Kurtarma çalışanlarının olay yerinde iken veya ambulansla iken gereksinim duyduğu tıbbi bilgi desteğini de bu merkezin organizasyonu ile gecikmeksizin alabilmelidir.

17. Zehirlenme olgularında da bazı hastanelerde Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Merkez Hıfızısı’na Enstitüsü Zehir Danışma Merkezi’nin ücretsiz hatlarına bile ulaşma izni verilmemektedir. Bunun yanı sıra bu merkezin ücretsiz telefon hatları çoğu kez bozuk olmakta ve ideal bir ulaşım sağlanamamaktadır. Bu nedenle acil hizmeti veren tüm hastanelerin kendi içinde zehirlenme olgularında hızla bilgiye ulaşabilme sorununu halletmesi gerekmektedir. Bu sorun her hastanenin “Micromedex” gibi zehirlenme olgularında rehber oluşturacak bilimselliği kanıtlanmış bilgisayar programları sağlanarak yapılabilir.

18. Bir diğer önemli sorun ise tıbbi konularda bilgili olmayan, ancak kendine olması gerektiğinden fazla güvenen insanların genel durumu kötü çocuğa bazı tedaviler vermeye çalışması veya travma benzeri olgularda ilk yardım ve transport işlemlerini bir sağlık ekibi çağırmadan kendi başlarına uygulamaya kalkmaları bazı çocuklarda düzeltilmesi zor sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durumu düzeltmenin tek yolu da yine eğitimden geçmektedir. Artık ülkemizde özellikle çocuk hekimlerinin veya ilk yardım derneklerinin ve Sağlık Bakanlığı’nın halka yönelik ilk yardım eğitimi kampanyaları yapmaları gerekmektedir.

19. Hastaneler arası sevklerde de önemli bir sorun vardır. Sevki yapan hastane bu işlemi yaparken sevk yapıldığı hastaneyi çoğu zaman aramamakta ve bilgilendirmemektedir. Bu nedenle bazı hastalar hiçbir işlem yapılamadan ve tedavi açısından zaman kaybetmiş olarak tekrar önceki hastanesine dönmektedir. Bu nedenle genel durumu bozulan hastalar olduğu gibi transport sırasında hayatını kaybeden hastalar da olmaktadır.

20. Tüm hastanelerin, özellikle SSK hastanelerinin bu konuda daha duyarlı olduğu görülmektedir. Bu durum daha çok hasta transportu için 112 Acil Yardım ve Kurtarma ambulanslarını kullanmaktan çok kendi ambulanslarını kullanmalarından kaynaklanmaktadır. Oysa 112 Acil Yardım ve Kurtarma hizmeti verilirken hastaneler arası transportlarda sevk eden ve sevk kabul eden hastaneler arasında gerekli haberleşme yapılmaktadır (ancak ne yazık ki halen bu konuda istisnalar vardır). Eğer sevk yapıldığı hastane bazı nedenlerle hastayı kabul edemeyecekse o hastayı taşıma işlemi kabul edilmemektedir. Böylece transport sırasında ortaya çıkan olumsuz tablolarla karşılaşmamaktadır.

21. Zehirlenme olgularında son zamanlarda daha çok karşılaşmaya başladığımız antidot ilaç bulamama sıkıntısı da acil yardım sorunları arasında yer almaktadır. Artık hastanelerimizde yılan antivenomu bulmak bir hayli güç olmaktadır. Bulunduğu zaman da yeterli sayıda verilememekte ve hastanın tedavisi yarım kalmaktadır.

Çocuklarda acil yardım sorunlarının çözümü için bazı öneriler aşağıda sıralanmıştır:

1. Tüm üniversitelerde “Pediatrik Acil Tıp” bilim dalları kurulmalı ve burada özellikle pediatristlerin ve istekli olan acil tıp uzmanlarının Pediatrik Acil Tıp yan dal uzmanlığı yapabilmeleri sağlanmalıdır. Böylece acil bakımda en önemli olan ilk dakikalar bu konunun uzmanları tarafından daha iyi yönetilmiş olacak ve sonuçta yanlış/gecikmiş/unutulmuş tedavi veya girişim nedeniyle ölen çocuk sayısı azaltılmış olacaktır.

2. 112 Acil Yardım ve Kurtarma ekiplerinin düzenli eğitimi yapılmalıdır. Bu ekibe katılacak kişiler “temel yaşam desteği”, “ileri yaşam desteği” ve “ileri kardiyak destek” kurslarına katılmalı ve 2 yılda bir bu konudaki gelişmeleri izleyebilmek için bu kurslara katılma zorunluluğu getirilmelidir.

3. Acil polikliniklerinde ve 112 Acil Yardım ve Kurtarma biriminde görevli hekimler için her yıl 2 ay süreyle bunlar için hazırlanmış pratik ve teorik geliştirme programı çerçevesinde Acil Tıp eğitimi verebilen eğitim hastanelerinde zorunlu rotasyon konulmalıdır.

4. 112 ambulanslarının en az birine yenidoğan taşınması için transport küvözü konulmalıdır.

5. İlk ve acil yardımda personel eksikliğini gidermek için paramedik ve ambulans teknikeri eğitimi veren yüksek okullarda yetiştirilen paramediklere ambulanslarda Sağlık Bakanlığı en kısa zamanda kadro ilanı yapılmalıdır.

6. Kaza yerine ilk gelen ekiplerden olan trafik polislerine ilk yardım eğitimi verilmelidir.

7. Acil hizmeti verdiği ileri süren tüm hastane ve polikliniklere sahip olmaları gerekli alet, ilaç veya gerekli kurslardan geçmiş doktor bulundurmaları konusunda standartlar getirilmeli, buna uyum sağlayamayan sağlık kuruluşlarının "acil" tabelaları kaldırılmalıdır.

8. Türkiye'de sağlık polikliniği açan doktorlarda "temel ve ileri yaşam desteği" ve "ileri kardiyak destek" kurslarına katılma ve bunlardan başarı belgesi alma zorunluluğu getirilmelidir.

9. Sağlık kabini açan ebe, hemşire veya sağlık memurları için de "temel yaşam desteği" kursları zorunlu tutulmalıdır.

10. Yoğun acil poliklinik hizmeti veren hastanelerde Erişkin Acil ve Pediyatrik Acil poliklinikleri yeniden yapılandırılmalı ve günümüz acil mimarisine uygun hale getirilmeli, sekreter-hemşire-yardımcı personel-araştırma görevlisi sayısı yeterli hale getirilmelidir.

11. Travma hastaları için "Travma Ekibi" oluşturulmalı ve bu hastaların cerrahi bölümlerden veya bu bölümlerin kendi aralarında istedikleri gerekli/gereksiz konsültasyonların hızla yapılabilmesi sağlanmalı ve hastanın operasyon veya tedavisinin geciktirilmesi önlenmelidir. Bu organizasyonun yapılamaması nedeniyle 10-12 saate kadar acil polikliniğinde bekletilen travmalı hastalar olmaktadır. Bu nedenle hem hastanın acil tedavi ve operasyonu gecikmekte hem de

acilin iş yükü artmaktadır.

12. Acil hizmeti veren tüm hastanelere zehirlenme olgularında rehber oluşturacak bilimselliği kanıtlanmış, "Micro-medex" gibi zehirlenme ile ilgili yönlendirici bilgiler içeren bilgisayar programları bulundurulmalıdır.

13. Halka yönelik ilk yardım kursları düzenlenmeli ve bu kurslara katılım teşvik edilmelidir.

14. Acil sağlık yardım telefonları tek bir telefon numarasında buluşmalıdır. Halkın acil sağlık yardımı isterken telefon numaralarının çokluğu yüzünden tereddüte düşmeden arayabileceği ve kolay hatırlayabileceği tek bir telefon numarasının olması (örneğin; 112) zaman kaybını önleyecektir.

15. Transport işlemleri çok özel durumlar dışında tek bir çatı altında toplanmalıdır. Her kurum hastasını kendisi taşıdığı takdirde hastaneler arasındaki iletişim eksikliği nedeniyle önemli sorunlar yaşanmaktadır. Bu nedenle SSK hastaneleri dahil olmak üzere transport edilecek hastalar için 112 Acil Yardım ve Kurtarma ambulansları devreye sokulmalıdır.

16. Acil yardım hizmetlerinin ideal bir şekilde örgütlenbilmeleri için finans kaynakları sağlanmalıdır. Bu konuda daha önce yapılan öneriler şunlardır: 1- Trafik sigortası ve hayat sigortası için kişilerin yaptığı ödemelerin % 10 kadarı bu hizmete tahsis edilmelidir. 2- Paralı yollardan alınan ücretin % 5-10'u bu hizmete tahsis edilmelidir. 3- Benzin ve mazottan alınan fonun % 1-5 kadarı bu hizmete tahsis edilmelidir.