

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği

www.travma.org.tr

Seçilmiş Mesajlar Serisi : 6

**YA SEV YA SEVK ET!
OYUN TEORİSİ
HEKİM PARAMEDİK KARŞILAŞTIRMASI**

Değerli meslektaşım;

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği resmi iletişim organı olan travma@yahoogroups.com adresinde 02 – 17 Aralık 2007 tarihleri arasında tartışılan ve birbiri ardı sıra ilişkilendirilen “**YA SEV YA SEVK ET!..OYUN TEORİSİ ...HEKİM PARAMEDİK KARŞILAŞTIRMASI**” ana başlıklı konulara ait grup üyeleri tarafından gönderilen iletiler aşağıda debate tarzı sunulmuştur.

Mesajların içerdiği görüşlerin tıbbi ve hukuki sorumluluğu gönderi sahiplerine aittir.
Saygılarımızla.
Sağlıkla kalın

Dr Mehmet ERYILMAZ

24 Aralık 2007

2979 Ahmet Deniz UÇAR 02 Aralık 2007

Arkadaşlar bir hastaneden bir başka hastaneye hasta sevki ile ilgili yazılı kanun ya da kurallar var mıdır? Özellikle merak ettiğim hastanesinde ilgili uzman olmayan bir acil nöbetçisi kafa travmalı bir hastayı ilgili uzman hekim olan en yakın hastaneye nasıl sevk etmeli? Oradaki uzman kabul etmezse, hastayı görmeye hastaneye gelmeden bir başka kuruma sevk ederse, bir de arayıp sevk eden hekime sormadan niye gönderiyorsun diye çıkışırsa ne yapmak lazım? İşin içinden çıkamadık.

1981 Selahattin KIYAN 02 Aralık 2007

Sayın ucar,
bahsettiğiniz problem (uygunsuz sevkler) ege uni. acil tip ad'nin kronik sorunudur. Bizler acil sağlık hizmetleri yönetmeliği madde 15' e göre uygunsuz yapılan her sevkı sağlık il mudurlugüne yazılı olarak bildiriyoruz, uzun dönemli olarak bakılınca uygunsuz sevklerimiz %50 oranında azaldı. aynı zamanda bakanlığın sağlık hattı olan 184'e olayı telefonla bildirdiğimizde, en gec 1 hafta icinde sevkın uygun olup olmadığı ve uygunsuzsa soruşturma acilip acilmediği yonunde geri bildirim yapiliyor. ek sorularınız olursa yanıtlayabilirim, simdiklik soyleyebileceklerim bu kadar saygılar.
not. acil saglik hizmetleri yönetmeliğini ekte gonderiyorum.

2982 Cem OKTAY 03 Aralık 2007

Sayın Ucar,

Hastaneler arası sevk ile ilgili tek düzenleme Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 15. Maddesi'nde. (Maddenin ilk 2 bendi aşağıda)
Öncelikle, hastanın ilk tıbbi değerlendirmesi yapılmalı, stabilizasyonu sağlanmalı. Bundan sonra ileri tıbbi bakım veya tedavi konusunda yetersizli olursa (ilgili dal hekiminin olmaması da yetersizliktir) sevki için belirtilen işlemler yapılarak gerçekleştirilmelidir.

Ancak ilgili dal uzmanı var, o an hastanede değil ama icap nobeti tutuyor, konsültasyon istenir ve gelir. O hastayı değerlendirmeden sevk edilmemesi gerekir. (Telefon ile yönlendirme yapılmamalı)

Hastanede ilgili dal uzmanı yoksa acil servis sorumlu uzmanı hastanın sevk edileceği hastaneyi arar, sevk gerekçesini söyler, ilgili formları doldurur, uygun nakil aracı ile sevki sağlar. Hasta diğer hastanede devralınıncaya kadar da sorumluluk sevk eden hekime aittir.

Sevk için görüşülen hastanede o dalda uzman varsa ve olanakları da yeterli ise sevki reddedememesi gerekir. Mevzuatta sevkin kabul edilmemesi ile ilgili açıklama yok. Ancak, Örneğin Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde bu tip sevkleri kabul ediyoruz çünkü çevre ilçe hastanelerinin uzman veya tetkik tedavi olanaklarının birçok durum için yetersiz kalacağını biliyoruz.

Eksik olan ve tamamlanması gereken tek düzenleme, hangi hastanenin hangi tıbbi durumlarda hastayı hangi hastaneye göndermesinin önceden belirlenmesi. Yani hastanelerin olanaklarına göre bir basamak sistemi oluşturulması gerekmektedir. Bu da en iyi il düzeyinde ve çevre illerinde de sevk geliyorsa bu illerin sağlık müdürlükleri arasında iletişim ile sağlanabilir.

İyi çalışmalar, iyi haftalar...

Dr. Cem OKTAY
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı
Antalya

2984 Neşe KOP 03 Aralık 2007

Merhaba,

Aslında, olaya tıbbi açıdan yaklaşıldığında, "uygun sevk" - "uygunsuz sevk" kavramlarında tabii ki hepimiz aynı kriterlerde buluşuruz. Ama olaya etik ve deontolojik açıdan yaklaşıldığında;

* sevk etmek istediğimiz hastanenin santraline dakikalarca ulaşamadığı durumlarda (telefon çalıyor ama açılmıyor);

* santrale ulaşılıp da ; santralin ilgili hekime tekrar eden aramalarımıza rağmen ulaşamadığı durumlarda;

* İlgili hekime ulaşılıp da onun " beni tekrar arayın, yatak var mı sorayım" ya da "ben yetkili değilim, uzmanıma danışayım, tekrar arayın" vs. diyerek tekrar aramamızı istediği ; ikinci , üçüncü , dördüncü tekrar aramalarımızda kendisine ve o servisten herhangi bir hekime ulaşamadığımız durumlarda;

* Hastayı kabul etmeyip ismini de vermeyen hekimlerle karsilastigimizda ;
* "Yatak yok" denilip hasta kabul edilmedikten sonra, daha once ayni yerde seflik yapmis abimiz kanaliyla telefon edip, yatak oldugunu ogrenip de hastamizi sevk edebildigimiz durumlarda;

Ve sayamadigim daha bircok bahaneyle gec kalinan ya da ozel ambulans bulup gonderdigimiz hastalarin sayisini ne yazik ki bugune kadar rakamlara dokemedik. Ama soz konusu hastalarla veya hastalarin yakinlariyla empati yaptigimizda, bu rakamin 1 cikmasi bile, "zamaninda sevk" i engelleyen paramedikal nedenlerin ortadan kaldirilmasinin, en az "uygunsuz sevk" in cozumu kadar onemli oldugunu gosteriyor.
Saygilar,

2983 Utku ERSÖZLÜ 03 Aralık 2007

Sayın Uçar,

Adana'da uygulanan sistemde bazı branşlar tek bir hastanede nöbet tutmaktadır. Nöroloji , Göğüs Hastalıkları , Kardiyoloji, Çocuk Cerrahisi ilk anda aklıma gelen branşlardır. O gün hangi hastanenin örneğin çocuk cerahisi nöbeti tuttuğu 112 merkez ve ildeki hastanelerce listeden takip edilmekte ve karşı taraftan onay alınmaksızın vaka 112 ye anons edilmesini takiben B Tipi (hastane transport ambulansı) ile karşı tarafa nakledilmektedir. Diğer branşlarda ise hastanın nakledilmesi düşünülen kurumun vakayı kabulü gerekmektedir. Sorunuzun temel yanıtı ise karşı merkezden onay alınıp alınmadığının 112 merkezce teyid edilmesidir. Hastayı görmeden sevk öneren hekime ise vakayı görme ve hastaya yer bulması konusunda acil hekiminin tavrı etkili olmakta, karşı merkez tarafından kabul edilmeyen vakalar ise kesinlikle sevk edilmemekte ve ilgili branş uzmanı gerek mesai dışında nöbetçi amir ve icapçı başhekim yrd. ve gerekse mesai içinde başhekimlikçe hastayı görmeye ardından yatırmaya veya sevk edilecek merkezde yer bulmaya zorlanmaktadır.

Bu uygulama usulsüz sevkleri hemen hemen bitirmiştir. Sadece perifer ilçelerden zaman azamn usulsüz sevk olmakta bu da vakanın drumuna göre anlık çözümlerle halledilmektedir. Ege ÜTF Acil BD'nin uyguladığı belirtilen Alo 184 e şikayeti ise etik bulmamaktayım. Unutulmamalıdır ki hekim hekimin kurdudur. Usulsüz sevklerin önlenmesi için şikayetten başka yaptırımlar düşünülmeli , vatandaşın hekimi şikayet için kurulan bu hat hekimlerce hekimi şikayet için kullanılmamalıdır. Hele hele temel işlevi hekim yetiştirmek olan bir tıp fakültesinin hekim bu yolla şikayet etmesi benim anlayabileceğim bir olay değildir. O zaman o BD'na sormazlar mı; bu hekimlerin içinde senden mezun olup senin iyi yetiştiremediklerin de yok mu ; öz eleştiri yaptın mı? Diye

2986 Gürkan ERSOY 03 Aralık 2007

Sayın Ucar,

Mailliniz ve cozum onerileriniz icin cok tesekkurler.

Anladığım kadari ile travma hastaları içinde bir merkez ve burada sadece travma hastalarına bakılıyor olmalı.

Ama anlayamadığım nokta şu:

- a.. Travma birçok bölümü aynı anda ilgilendiren bir olgu. Norosirurji, ortopedi, genel cerrahi, bazen uroloji ve aynı anda gerekebiliyor. O merkezde bu uzmanlar var mı? İncapçı pozisyonundalar mı?
- b.. Hasta direksiyon başına infarktüs geçirdi ve sonucunda trafik kazası geçirdi ise hangi merkeze gidiyor? Travma mı yoksa kardiyoloji merkezine mi? Bu triajı kim, nasıl yapıyor?
- c.. Peki gebe bir hasta travma geçirirse nereye gidiyor? Kadın doğum nöbetçi hastanesine mi? Travma merkezine mi?

Ozet:

Belki ben anlayamadım sizin önerdiğiniz sistemi. Kafam karıştı...

Hicbir literatürde ve/veya merkezde benzer bir uygulama görmedim, duymadım..

Ben yanılıyor olabilirim.

bakalım grubun diğer değerli üyeleri neler paylaşacaklar.

Belki o zaman kafamda ki karmaşa daha da netleşir

en derin sevgi ve saygılarımla

Yrd. Doc. Dr. Gurkan ERSOY

Dokuz Eylül Hastanesi,

Acil Tıp Anabilim Dalı, Öğretim üyesi

2987 Cihat Rifat YILMAZER 03 Aralık 2007

malesef bu sevk koordinasyonunu en iyi yapacak olan 112 komuta merkezi iken çoğu zaman uygunsuz sevkler 112 komuta ile 112 hekimlerinin 5 günde bir çalışması ve hastanelerdeki yeni hekimler, izinler, doluluk oranları hakkında bilgilendirme eksiklikleri nedeniyle kendi koordinasyonsuzlukları nedeniyle çıkmaktadır....112 hekimleri genelde hastayı en uygun yere değil en kolay kabul eden hastaneye götürmeyi tercih etmektedir...bir süre sonra iyi niyetle hastayı düşünerek hasta kabulü yapan acil servis hekimlerinin de sabırları tasmaktadır....112 komuta, hekim bana sormadan hastayı getirmiş; 112 hekimi de , komuta bana bu eksiklikten haber vermedi diyerek topu birbirlerine atmaktadır...gerekirse 112 hekimini yollayarak Ankara daki gibi belli saatlerde , yoğun bakım gibi ünitelerdeki yatak sayılarını, önemli branş hekimlerinin durumunu belirlemek ve hasta sevklerini koordine etmek 112 komutanın en önemli görevidir....malesef, özellikle bazı üniversiteler, yoğun bakım yataklarını kendi hastaları ve postop hastaları için boş iken dolu diye bildirmekte ve olan hastalara olmaktadır...iyi niyetle hasta kabul eden acil servis hekimleri ve hastaya fayda sağlamaya çalışan 112 hekimlerinin başına sorunlar acılmaktadır... 112 hekimleri , ellerinde belli saatlerde alınan, hangi hastanede hangi branş hekimi ve hangi bölümlerde boş yatak bilgileri olduğunda ; hastayı aciliyetine göre , en yakın ve tam hizmet alacağı, takip edildiği hastaneler ve o anki hastanelerin acil poliklinik hasta yoğunluğu ve sevk sıklığına göre rahatca uygun hastaneye götürebilirler....bu sistem oturduğunda da , hastanın getirildiği hastane hekimleri bilir ki ; o an en uygun hastane kendileridir ve

aradaki guven , dayanisma oturur....

112 hekimligi, disarida rahat calisilan, isin rahat olarak dusunuldugu, uzmanlik sinavina en rahat calisildiği bir hekimlik olarak dusunulmekten cikip ; gercekten hasta transportunun en iyi sekilde yapildiği bir hekimlik olarak gorulmelidir...

İlk yapılması gereken, 112 komuta hekimlerinin ustune duseni yapması, 112 bashekimliklerinin bu olayın takipçisi olması ve baslangıcta ; acil servis hekimlerinin uygunsuz sevklerin tutanaklarını il saglik mudurlugune gondermesi ve hastane idarelerinin de bunun takipçisi olmalıdır

Huzurlu ortamlarda calismak dilegi ile tum hekim arkadaslara iyi calismalar dilerim...

Dr. Cihat Yilmazer

2988 Reşit AĞAR 03 Aralık 2007

Sayın Yilmazer

Tüm görüşlerinize katılmakla beraber; "112 hekimligi, disarida rahat calisilan, isin rahat olarak dusunuldugu, uzmanlik sinavina en rahat calisildiği bir hekimlik olarak dusunulmekten cikip ; gercekten hasta transportunun en iyi sekilde yapildiği bir hekimlik olarak gorulmelidir..." cümlenizdeki Hasta transportunun en iyi yapıldığı kısmını ise reddediyorum.112 Ambulans Hizmetlerinin görevi hasta transportu değildir olmamalıdır da.Bunun için mavi hasta nakil ambulansları vardır ve bu işe uygundur.Sizce bir stabil bir SVO mu yoksa arrest mi 112 işi olmalı?Bu cümle ile kastetmek istediğiniz mananın "mavi hasta nakil ambulansları " olması temennisiyle..

Dr.Reşit AĞAR

Marmaris 1 Nolu 112 AİY

2989 Cihat Rifat YILMAZER 03 aralık 2007

sayın utku beye ben de katılıyorum...hekim hekimi sikayet etmeden once cok iyi dusunmelidir...bu aile ici hesaplasma gibidir...en son secenek bu olmalıdır...kendi acilimizde , sık sık usulsuz sevk yapan ve 112 hekimlerine sorun çıkaran bir diger hastane yuzunden bir sevk problemi yasanmış ve oradaki hekimin tatsız davranışı yuzunden bu medyaya yansımıştır...medya , zaten bu haberleri dort gozle beklemekte ve ballandıra ballandıra anlatmaktadır...aynı gun bir diger hastaneden bizim hastanemize , beyin cerrahi yok diye hic bir mudahale yapılmadan bir adli vaka sevk edilmistir...ustelik o hastanede bizim hastaneden bir beyin cerrahı gecici olarak gorevlidir...gelen hastade femur frakturu tespit edilmiş olup ortopediye yatırılmıştır...burada bizim yaptığımız , diger hastane hekimi ve sorumlusu ile gorusup olayı onaylamadığımızı , bunun hasta aleyhine oldugunu ve bir daha tekrarlanmamasını belirtmemis olmustur ve tutanak tutulmustur...

avukatların ve medyanın , hekim hatalarını dort gozle beklediği bu donemde uygun ortamlara calisabilmek dilegiyle
dr cihat yilmazer

2990 Cihat Rifat YILMAZER 03 Aralık 2007

eger 112 komuta, hekimleri aracılığı ile hastanelerde yerinde tespit yaptırırsa ve hastane acillerinde birer 112 telsizi bulunursa ve isini doğru yapan takdir edilip , yapmayan hakkında yasal uygulama yapılırsa ve bu sevkleri eger o sırada ilgili brans hekimi yoksa nobetçi sefler takip ederse, ilk etapta çok sorunun çözüleceği inancındayım..

2991 Cihat Rifat YILMAZER 03 Aralık 2007

sayın resit bey

yazdıktan sonra bunun yanlış anlaşılacağını ben de farkettim...tabi ki demek istediğim , sizin de bahsettiğiniz gibi 112 hekimlerinin gerçek görevlerini tam olarak yapmasıdır...yoksa nasıl çalışacakları ile de bir sıkıntı yoktur...bu arada , malesef bazı perifer hastanelerden de uygunsuz sevkler yapılmakta ve hastalar da belediyenin mavi seritli hasta nakil ambulansları ile 112 ambulanslarını bir tutarak boş yere 112 yi meşgul ettiğini ve sosyal endikasyonlardan dolayı 112 hekimlerinin zor durumda kaldığını ve emniyet açısından da sıkıntı çektiklerini biliyorum...

her yaptığım görevde ilk düşündüklerim; benim de bir gün hasta olabileceğim, bir yakınım hasta olabileceği ve benim de bir gün farklı bir birimde çalışabileceğimdir...öncelikle o an yapmakta olduğumuz birimdeki görevimizi en iyi şekilde yapmalı ve birbirimize yardımcı olmalıyız...suistimalleri önlemeliyiz...istisnalar , iyi yonde kullanılmalıdır...

özellikle imkanları kısıtlı ve halkının ofkeli olduğu bazı perifer hastanelerinde , uzman hekimler tarafında boş sevk kağıtları imzalanmak ta ve bir konstipasyon vakası genel cerrah imzası ile veya bir renal kolik, bir urolog imzası ile genel cerrahın da olduğu ama icaplara gelmediği bir hastane tarafından akut batin denerek sevkler yapılmaktadır...bunun muhatabı ise malesef acil servisteki pratisyen hekimler olmaktadır...

ssk zamanında gece boyunca evden uyanıp çok kez mavi seritli bir ambulans ile yanımda kimse olmadan izmitten istanbula, hastanın kabul edilip edilmeyeceğini bilmeden 6 saat boyunca 5 hastane gezerek ve icaba davet için de cep telefonumuzdan hastaneye geri donusu kendimizin yaptığı bir çok ambulans icabına gitmişimdir....

ertesi gün ameliyatlara da gerekli oldukları için anestezi teknisyenlerinin sevk kağıdından çizildiği, hemşire yerine sadece hastayı taşımak için bir hizmetlinin zorla verildiği bu sevklerde 130 kiloluk hastaları rampasız tomografi merkezlerine bizzat taşımışızdır...

burada önemli olan , en uygun yere , en uygun ambulansla ve en uygun ekiple hastanın götürülmesidir...

çocu sevkte, uzman hekimi yolda bir sorun çıktığında ne yapacağımız sorulduğunda ' bir sorun çıkacak hasta değil ' denilmekte ama nükleer tıp randevularına bile hekim eşliğinde sevkler düzenlenmiştir...

sonra hekim sayısı azaldığı bir dönemde, hasta yanında hekim gitmesi gerekirken bu sefer de anestezi teknisyenleri gönderilmiştir...veya bazı uzman hekimlerin anlaşmalı olduğu merkezlere sevklerde veya özel hastalarda, uzman hekimin hatası olan hastalarda hemen sevke hekim eşliğinde notu düşülmüştür...

burada önemli olan günü kurtarmak değil...bir sistematigi oturtmaktır...

herkese saygı ve sevgilerimle...yanlış anlaşılmanın olmaması ve bunların düzeltilebilmesi dileğiyle...

2992 Selahattin KIYAN 04 Aralık 2007

Uygunsuz hasta sevkinden dogal olarak en cok hasta ve yakınları magdur olmaktadırlar. bir kac ornekle anlatmaya calısayım;

ornek 1. universitemize cok yakın bir hastaneden ayda yaklasık en az 2 defa olmak uzere, hastaya resüsitasyon yapılırken 112 cagrilip alelacele ambulansa koyularak hasta universitemiz aciline yönlendirilmektedir. her defasında mide entubasyonu yapılmıs sekilde hastayı karsınızda bulursunuz. yaklasık 10 dakikalık bir mesafeden ambulans icerisinde yapılabildigi oranda resüsitasyon yapılarak hastalar getirilmekte ve tahmin edeceginiz gibi hastalar kurtarılamamaktadır.

bahsi gecen hastanenin acil sorumlusu uygunsuz sevkelerin nedeni bulmak ve cozum

uretmek icin aranmaktadır. fakat her defasında duzeltmeye calıacakları soylenmektedir. fakat uygulama degismemektedir. saglik il mudurlugune olay yazıyla bildirilmekte fakat cozum alınamamaktadır.

ornek 2: usakta 4 gundur hastanede interne edilmiş hasta, hic bir kimseyle gorusulmeden, hastanede yer olup olmadığı teyit edilmeden, hasta ve hasta yakınlarına ege universitesi gastroenteroloji klinigine "hepatik yetmezlik" on tanısıyla sevki uygundur diye gonderiliyor. hasta gece saat 02:00' de acil servisimize hasta yakınının özel aracıyla getiriliyor. hepatik yetmezlik olarak gonderilen hasta yuruyerek acil servisimize giriyor ve sabah saat 04:00 de hastada hic bir patoloji saptanmadığı icin çıkısı veriliyor fakat izmirde gidecekleri yer olmadığı icin acil serviste sabah saat 9:00'a misafir ediliyor.

ornek3. ege univ. 'de yanık unitesi vardır on dusuncesiyle yine gorusulmeden %80 yanıklı hasta afyondan yanında hic bir saglik personeli olmadan 18 gauge calısmayan bir damar yoluyla, sıvı verilmeden gonderiliyor. ege uni.de yanık unitesi olmadığından ve bu tur hastaları genel cerrahi ve plastik cerrahi almadığından acil servis yogun bakımında kalıyor ve hasta 3. gununde ex oluyor.

ornek 4. izmir icerisinde bir devlet hastanesinde 4 gundur femur frakturu nedeniyle ortopedi servisinde yatmakta olan hastanın yatısı esnasında yeterli oranda sıvı resüsitasyonu yapılmadığı icin kreatini 1.8'e yükseliyor ve hasta konusulmadan ege acile yönlendiriliyor, ortopedi ve dahiliyede yer olmadığı icin hasta acil serviste 4 gun kalmak zorunda kalıyor. sevk eden hekim arandığında benim diyaliz kosullarım yok, bu hastaya bakmak zorundasın diyor. oysa hastanın sıvı resüsitasyonu ile böbrek degerleri 12 saat icerisinde duzeliyor.

ornek5. manisada trafik kazası oluyor, devlet hastanesi yeterli olanakları olmadığı gerekcesiyle hastayı manisa universitesine konusmadan gonderiyor, universite hastayı kabul etmiyor, 112 hekimleri caresiz bir sekilde hastayı ege acile getiriyor, multiple kemik kırıkları, minimal pnomotoraksı ve akciğer kontuzyonu olan hastayı, multiple travma olduğu ve yogun bakım ihtiyacı olmadığından dolayı (yogun bakım ihtiyacı olan bu tur multiple travma hastalarını anestezi yogun bakımda yer varsa yatırabiliyoruz) hicbir bolum sahiplenmiyor ve hasta acil serviste kalıyor, bizde mecburen konusarak hastayı

izmir icinde baska bir devlet hastanesine sevk ediyoruz.

ornek 6. manisa devlet hastanesinde trafik kazasıyla 10 yasında cocuk goturuluyor, hastaya tomografi cekiliyor fakat degerlendirecek kimse yok denilerek hasta manisa univ. acile yonlendiriliyor, hasta acil servise alınmıyor, bu nedenle hasta 112 tarafından ege acile getiriliyor. hastanın yanında getirdiği tomografiye bakılarak patoloji olmadığı saptanıyor ve 2 saatlik gozlem sonrası hasta taburcu ediliyor. gonderen hekime telefonla ulasılıyor, "ne yapayım kardesim degerlendirecek doktor yok denilerek telefon yuzumuze kapatılıyor"

ornek 7. universitemize yakın olan hastaneden bisikletten dusme sonucu sag iç inguneal bolgede yaklaşık 4 cmlık cilt ciltaltı kesisi olan hasta genel cerrahi uzmanı tarafından degerlendirilip, damar yaralanması olabilir denilerek konusulmadan ege acile "sevk" ediliyor. hastanın yapılan muayenesinde damar sinir yaralanması olmadığı gorulup, suture edilip çıkarılıyor. hastayı sevk eden hekime ulasılmaya calısılıyor, cok isim var hasta bakıyorum diyerek telefona gelmiyor. acil sorumlusuna ulasılıyor, bir daha olmaması icin elimizden geleni yapacağız diyor ama uygunsuz sevkler devam ediyor.

örnek8. hasta saglık ocagina siyah diskılama sikayetiyle basvuruyor, hastaya recete kagıdına melena + yazılıp ege acile "sevk" ediliyor. hastanın yapılan rektal bakısında normal gayta bulas oldugu goruluyor, hastaya siz buraya gönderilmeden once makattan muayene yapıldımı diye sorulunca hayır yanıtı alınıyor.

sonuc: ornekler daha da arttırılabilir. hatta bu gibi orneklerle bir gunde yaklaşık 10-15 defa karsılıyoruz. bu sorunları tabii ki mantıklı bir sekilde cozmeye calısıyoruz. ASKOM toplantılarında dile getiriyoruz, saglık il mudurlugune yazılı olarak basvuruyoruz ama acıkcası uygunsuz sevklerde duzelme pek saglanamıyordu. fakat problemlere daha hızlı mudahale icin kurulduğunu tahmin ettiğim 184 hattı gercektende uygunsuz sevklerle bir cozum olma yolunda ilerliyor gibi gorunuyor. en azından biz bunu goruyoruz.

burada sanırım bir yanlış anlaşılma oldu. 184'de saglık bakanlığı tarafından olusturulmus, sikayetlerin halkla veya medyayla paylaşılmadığı bir saglık bakanlığı organizasyonu. uygunsuz sevk kagıtlarımıza saglık il mudurlugunce gunlerce yanıt alınamaz ve sorun cozulemezken bu hat sayesinde hem sorunun nasıl cozulduğu bizlere bir hafta icinde bildiriliyor hemde uygunsuz sevklerimizde ciddi bir azalma yasanıyor. bu nedenle 184'un aranmasıyla saglık il mudurlugune yazılı basvuru arasında bir fark goremiyorum. sonucta sorunun cozulmesi icin saglık bakanlığının gösterdiği farklı yollar. bizim yaptığımız uygunsuz sevklerin telefonla veya yazılı olarak bakanlığa bildirilmesi, amac aynı, uygunsuz sevkleri cozum uretilsin diye bakanlığa bildirmek.

turkiyede saglık sisteminde bazı durumlarda hasta ve yakınları hekimler tarafından ne yazık ki magdur edilmektedir. bazı olaylar medya tarafından sundurulsede hekimlerin bu olaylarda hatalı olmadığını gostermez, acil servislerde yaklaşık 8 yıldır calısan bir hekim olarak bu orneklerle cok sık karsılastım ve karsılastıma da devam ediyorum. amacım hic bir hekimi sikayet etmek değildir, olamazda; ama aynı oranda da yapılan yanısları gormezden gelmek

bir insan olarak beni rahatsız eder. benim için hastanın sağlığı herşeyden daha önemli olmuştur. hekimler olarak birbirimizi korumamız gerektiğinin bilincinde olmakla beraber bu hiçbir zaman yapılan yanlışın üstünün örtülmesi anlamına gelemez. yanlışın üstünün örtülmesi bir anlamda yapılan yanlışla ortak olmaktır.

türkiyede sağlık sisteminde hepimizde arasına mağdur olduğu olaylar olmaktadır. amaç iyi hasta bakmak ve sağlık konusunda hekim dışında güvenebileceği hiçbir kimse olmayan hastalara uygun hizmeti vermek olmalıdır. bu vicdani, mesleki ve bunların doğal sonucu olarakta etik kaygılardır. unutulmamalıdır ki yukarıda kısaca örneklere çalıştığım hastalar biz veya yakınlarımız da olabilirdi.

amacı iyi, kaliteli ve etik kurallara bağlı olarak hasta bakmak ve hekim yetiştirmek olan bir hekimin uygunsuz hasta sevgisiyle ilgili ugraslarının ve düşüncelerinin bir özetini okudunuz, umarım grup üyelerini sıkımsamıs ve üzmemişimdir, amacım sadece ve sadece tartışmalara olumlu bir katkı sunabilmektir.

tartışmalarımızın hasta ve yakınlarının mağdur edilmediği güzel bir sevk zinciri uygulamasına ışık tutması dileğiyle...

saygılar.

Ege Üni. Acil Tıp Anabilim Dalı
Dr. S. Kıyan

2993 Utku ERSÖZLÜ 04 Aralık 2007

Sayın Dr. Kıyan,
Verdiğiniz örneklerin herbirinin ve hatta daha da anlamsız sevk örneklerinin yaşadığından eminim. 20 yıllık hekimlik hayatımın 18,5 yılı acil hekimi olarak geçti ve geçmeye devam edecek. Bu sevklerden bin beterlerini de yaşadım ama kimseyi şikayet etmedim. Öncelikle yanıtlamanız gerektiğini düşündüğüm bazı sorular soracağım. Bunların yanıtını bana ya da gruba vermeyin. Kendinize verin yeter.:

Saçma ve usulsüz sevkler yeni TCK'dan sonra arttı mı?
Defansif Tıp Uygulamaları diye adlandırabileceğimiz bir anlayış mesleğimize yerleşmeye başladı mı?

Ülkemizdeki Tıp eğitiminin kalitesi düştü mü?

Her ile bir tıp fakültesi sloganı bu kaliteyi artırır mı , düşürür mü?

Bu usulsüz sevkleri yapanların içinde sizin çalıştığınız üniversiteden mezun olanlar var mı?

Varsa bu usulsüz sevkleri yapanların eğitim eksikliğinde kliniğinizin sorumluluğu yok mu?

AH pilot ili olan İzmir de 15 Mayıs'tan sonra (AH yerleştirme tarihi) bu tür sevkler arttı mı?

AH seçmeyen ve hiç acilde çalışmamış hekimlerden acile verilenler oldu mu?

Türkiye'nin en iyi 112 sistemlerinden biri (belki de 1. si) olan İzmir'de ne kadar 112 hekimi AH nedeniyle yer ve görev değiştirdi?

Sevk zincirinin ortadan kaldırılmasının ve her isteyen istediği yere başvurmasının bu işlerde katkısı yok mu?

Sistemin hatalarını hekime yüklemek adil mi? (Hekim hatalarını da sisteme yüklemek)

Sayın Meslekdaşım; eğer bir meslekdaşınızı şikayet edecekseniz bence bunun tek adresi Tabip Odası olmalı, tek gerekçe de "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi"...

Dostça bir tıp ortamı ve şikayetsiz bir ömür dileği ile

Dr. Utku ERSÖZLÜ
ADANA

2994 Neşe KOP 04 Aralık 2007

Sayın Dr. Kıyan öyle örnekler vermiş ki, insan ister istemez "bu sevkleri gönderen tarafta gerçekten bir hekim var mıydı" diyor.

Bu örnekler daha önce de belirtildiği gibi 112 sisteminin, uygunsuz hasta sevkini önlemede ne kadar etkili olduğunu da gösteriyor bir taraftan.

Mesela, hastanelerarası hasta transportunda 112 atrial ritimde olmayan hastayı kabul etmez. Değil ki mide entübasyonu ile resusite edilmeye çalışılmış hastayı kabul edecek. Bu, verdiginiz birinci örnekte yaşanan türdeki uygunsuz sevkleri tamamiyle engelleyen bir tutum. 112 nin bu prensibi, sevki, sevkeden ekibin kişisel yetilerinden ve olası subjektif yaklaşımlarından da bağımsızlaştırıyor.

2995 Tanju TAŞYÜREK 04 Aralık 2007

Bir 112 komuta kontrol merkezi hekimi olarak soruyorum sayın Cihaner, Sizce hastaneler tüm imkanlarını şeffaf olarak bildiriyor mu? Herkes dürüstce benim şu kadar yerim boş diyor mu?

Bunu nasıl garanti ediyorsunuz? Demeyenleri nasıl tespit ediyorsunuz?

Bir başka sorum öneğin kafa travmalı bir hasta için Ankara'da Numune, Dışkapı, Ankara, Atatürk, İbni Sina, Hacettepe, Gazi Başkent hastaneleri beyin cerrahimiz dolu derse 112 KKM ne yapacak, ambulans hekimi ne yapacak? Bu durum hiç seyrek olan bir durum değildir.

Komuta Kontrol Merkezinde "çalışmadan" orası hakkında iddialı yorum yapmayın. Bu kadar iddialıyım.

Sonurun çözümüne gelince;

Oyun kuramı, "Bireyler, etkileşimli bir ortamda, kendi çıkarlarını kollamak için sergiledikleri davranışlarla, sonunda kendilerine zarar verecek çevreyi kendi elleriyle inşa eder" Bu durum matematikçilerin çok uzun zamandan beri üzerinde çalıştığı ve bildiği bir konudur. Üç defa Nobel ödülü alan "Oyun teorisi" (Game theory, minimaks teorisi) bu yaşanan sorunlar için kurulacak sistemin "bilimsel temellerini" ortaya koyuyor.

Ben bunu meslektaşlarıma anlatamıyorum çünkü kavramları bilen yok. Ama bir kere de burada deneyeyim.

Kapalı bir sistemde herkesin herkese "kazık" atma dürtüsünü nasıl önlersiniz?

Burada çözeniz gereken ilk sorun kazık atana ne ceza verileceğidir? İdam olabilir mi? Olabilir amaç idam etmek değil kazık atmasını önlemek değil mi? Yeterince caydırıcı.

Bu sefer ikinci sorunla karşılaşılıyor? Ya kazık atmıyor biz yanlış anladıysak. O zaman vereceğimiz ceza caydırıcı olacak kadar yüksek, ama hata yapıldığında kişileri madur etmeyecek kadar düşük olmalı

Peki kim kazık atıyor? İşte en önemli açmazımız. Kurulacak sistem iyi niyet ve karşılıklı yardımlaşma üzerine kuruluyor değil mi? Hastaneler imkanlarını merkeze bildirecek, boş yatağı olan hastaneye uygun hasta gidecek. İçlerinden birisi "yalan" söylüyorsa nasıl anlayacağız? Hastaneler arası nakillerde ve genelde 112 sisteminde en önemli sorunumuz bu. Bunun için hastaneler "karşılama" adı altında "ajanlar" koyduk. Şimdi direk ona oynuyorlar. Öyle bir durum var ki anonsa önce onlar koşarak yer yok diye yanıt veriyor.

Kimin kazık attığını bulduk diyelim. Peki bu "kasten mi yapılmış yoksa o hekimin dalgınlığı, yanlış anlamamsı, yorgunluğu ile mi olmuş? O halde "kısasa kısas" hemen başlamamalı. Hoşgörüyü yola çıkılmalı. Siz ikna edecek kadar ısrarlı kazık mı atıyorlar. O zaman "kısasa kısas". Başta belirlediğiniz cezayı uygulayınız.

Hastane nakillerinde ve genelde 112 sisteminde tek tek fertlerin kendi çıkarlarını kollayan tutumları kural gibidir. Oyun teorisi bunu da bilimsel yöntemlerle aydınlatmış. Herkes kendi en iyi stratejisini baskın strateji olarak kullanır. Siz bir durum karşısında seçenekleriniz içerisinde en iyisini uygularsınız. Bu sizin "baskın stratejinizdir" karşıdaki de aynıını yapacağına göre ne yapılacak. İşte ne olduğunu bulan John Nash'e (Şu akıl oyunlarındaki Nash) Nobel bu buluşundan dolayı verildi. İki tarafında baskın stratejileri ortak bir noktada dengeleniyor ve bir denge durumu oluşuyor. O halde siz baskın stratejiniz biliyorsanız, karşıdakiinkini tahmin ediyorsanız sonucun ortak bir dengede olacağından emin olabilirsiniz.

Büyük paralar harcayıp, hastanelerarası koordinasyon sistemi sorununuzu çözmez. Çözmüyor bunu her nöbetimde yaşıyorum. Sistemin kurucuları ve yöneticileri sisteme eğer "kimin kazık attığını belirleyecek mekanizmayı" koyamazlarsa ilerleme olmaz. Bu hastanelerarası nakiller sorununun da kilit noktasıdır. Ancak o zaman güvenle başlayan ilişkiyi istikrarlı yürütebiliriz. Kazık atmaya yeltenecek bunun anlaşılacağını bilir, karşılığında ceza alacağından da emin olursa işbirliğini sürdürür.

Bilmem ilginizi çekebildim mi?

İlginizi çekmişsem eğer google'dan oyun teorisi diye aratarak işe

başlayabilirsiniz. Olaya ısınırsanız da size önerebileceğim ilk kitap: Avinash, K., Dixit, B., Nalebuff, J. "Stratejik Düşünme; İş, politika ve Günlük yaşamın Rekabetçi Yanı" Sabancı Üniversitesi yayınları 2002.

Matematiği seviyorsanız Casti, J. "Beş altın Kural, 20. Yüzyıl Matematiğinin Önemli Teorileri" Sabancı Üniversitesi, 2000 (MİNİMAKS TEOREMİ)

Ben acille ilgilenen ve çalışan herkese "oyun teorisini" öğrenmelerini öneririm. Daha iddialı konuşayım asistanların eğitim müfredatına konmalı. Bunu ilk uygulayacak eğitim kurumu büyük rakipleri karşısında büyük bir sıçrama yaşayacak. O kadar iddialıyım. Ön kapıdan giren hastalarla savaşıyor ve arka kapıdan servislere yerleştirmek için çırpınanların "rakibinizin yanıtını önceden sezmek, rakibinizin stratejisini öngörmek, tutuklular ikilemini halletmek, stratejik hamleler, inandırıcılığı olan taahhütler, öngörülebilir olmama, uçurumun kenarı oyunu, işbirliği ve eşgüdüm, oy verme stratejisi, pazarlık ve teşvikler" konularında donanımlı olmaları çok işlerine yarayacaktır. İsrarlıyım ve eminim.

Tanju Taşyürek

2996 Selçuk KOÇLAR 04 Aralık 2007

Üniversitede çalışan meslektaşlarımız gereksiz sevklerden yakınıyorlar.

Antalyada tek ortopedi uzmanının nöbet tuttuğu birim biziz. Çünkü biz eğinliyiz.

Atatürk hastanesine gelen hastalara burada doktor yok denilmekte. Akdeniz Üniversitesinde de hiçbir zaman yatağa raslanmamaktadır. 112 ni sevk oranları %45 Antalya devlet Hastanesi, %21 Atatürk hastanesi, %14 Üniversite %7 özel hastaneler. Oranlar kabaca çünkü 112 komuta merkezi binbir zorlukla bu oranları veriyor.

Özeller SGK ile bağlantılı olmalarına rağmen hastada biraz problem olsun doğrudan Antalya Devlete.

Üniversite elbette araştırma hastanesi olacak elektif acil oranında oran elektife kayacak ama mikroşirurjiye yaş ortalaması 50 olan bizlermi yapacağız? Bizim zamanımızda Mikroşirurji vardıda bizmi yapmadık? Ampute kolu pakete koyup üniversiteden sosyal güvencesi yok diye elinde kolla hasta gelmekte.

Saygılarımla. Dr. SELÇUK KOÇLAR

2997 Ahmet Deniz UÇAR 04 Aralık 2007

Tartışmalar uzuyor...

Daha önce sayın Taviloğlu ile yaşadığım bir yazışma zincirinde bir tespitte bulunmuş idim ki galia bu doğru.

Bu ülkede hekimler 2 gruba ayrılıyor:

1: "Benim bu hastaya nasıl yararım dokunur" diyenler

2: "Bu hastanın bana nasıl yararı dokunur" diyenler

İşte bu ayırmadan sonra her hekim buna uygun kategoride değerlendirilebilecek uygulamalar geliştiriyor.

Kendimden örnek vereyim. Üniversitede uzman olarak çalıştığım yıllarda hiç bir zaman yer yok diye hasta reddetmedim. Çoğu zaman koridorda sedye üzerinde postop hasta izledim. Ama kendimi ne enayi, ne vatan kurtaran şaban, ne de işgüzar hissettim.

Yaptım yine yapıyorum ve bahtiyarım...

Herkese de öneririm...

2999 Cihat Rifat YILMAZER 04 Aralık 2007

Sayın Tanju bey

olaya gerçekten çok farklı ama çok değerli bir bakış açısı ile yaklaşılmış...bunu uygulamakta başarılı olabilmek için bir yerde uzun süre çalışmanın çok büyük avantajı olur bence...ben hem tabip odası acil sağlık hizmetleri başkanı hem de 7 yıldır aynı şehirde hem ssk hem de devlet acilinde hem idareci hem de acil hekimi olarak çalışmanın avantajlarına sahibim ...malesef çoğu hekim bu kadar net yaklaşamaz olaylara...gecen gün bir perifer hastanesinden kabul ettiğim sevkten dolayı, bana patlaması gereken uzman arkadaşım sadece 'bu golu nasıl yedin ' diyebildi...daha sonra hastayı getiren 112 hekimi ile biz aynı hastaneye başka bir oyun oynadık....tabi ki 112 komuta hekimi aracılığı ile ve pek tabi ki hiç bir hastayı mağdur etmeden... kendi acımdan her nobeti bir mac olarak düşünüyorum...kendi kadrom, o an diğer hastanelerdeki kadrolar, o ana kadarki performanslar....en iyi hizmeti verebilmek için kendi geliştirdiğim metodlar vardır...bunları bir hastayı kabul etmek te, sevk etmek te, gereken icapçı brans hekimini hastaneye çağırarak ta, eksikliklerimizi tamamlamak için idareye karşı hep oyunlar oynarım...bunların nedeni ise daha huzurlu bir çalışma ortamı, herkesin kendine düşeni eksiksiz yapması, hastalara en iyi hizmetin verilmesi içindir...

112 komuta ve ambulans hekimi çok arkadaşım olduğu için sizlerin de sıkıntılarınızı biliyorum...

prensibim ödül yoksa ceza da yoktur....ceza muhakkak olmalıdır...ama ödül de olmalıdır...

Ankara 112 den gelen bir arkadaşımızın bize anlattığı, 112 komuta merkezinin hastanelere belli saatlerde ambulans yollayarak hastaneler hakkında yerinde tesbit yaptırıldığıdır...

anlaşılan bu konudan rahatsız olan o kadar kişi var ki, uzun süreden sonra bir konu bu kadar tartışılıyor hala...

bu sorunların çözümüne katkıda bulunmak isteyen bir sağlık çalışanı olarak huzurlu bir ortamda çalışabilmemiz dileğiyle...

3000 Halil ALIŞ 04 Aralık 2007

Sayaın Meslektaşlarım br örnek te benden;

Nöbette 8 hasta yatarmışam, 4 ünü şaraya koyup amelyathaneye alıyorum.Klini»in yataklarına yananda 2 KBB ve 2 de gö»üs cerrahisinde hasta yatıyor. Bu arada acil şefi arar 112 komuta kontrol % 80 yanakla hasta getirmek istiyor. Cevabım belli yerim yok. Hastanede başka yataklar olmasana ra»men ameliyathanede olaca»am için ilgi gösterebilme şansam yok (Bu arada yo»un bakamaı dolu oldu»unu

belirtmeme gerek yok merak edenler için) Biraz sonra 112 şefi ile hararetli bir tartışma : benim gibi başka E»itim Hastanelerinde yeri olan var ma? Var. O zaman en az iş yükü olana (ameliyata olana yönlendirelim ltf) Hayaı en yakarı olan sizsiniz cevap bu. tartışma uzar gider. Araya hatarla dostlar girer ve hasta o akşam hiç ameliyat yapmada»ana ö»rendi»im bir başka e»itim hastanesine yönetim kademesi vasatasayla hasta gider. Bu arada ben de muhatabama inandaramamaş olmanarı yananda alda»am tehditlerle kalaram. Ben hekim olarak sözüme güvenilmemesine mi, ancak araya yönetim kademesinden birileri girince bu fikrini de»iştiren meslektaşama ma yanayam.Bilemiyorum.

Ben @zmir deki dostlardan farklı düşünüyorum. Periferdeki bir arkadaşam başa şakaşmasa (tabbi-sosyal bunlar benim için eşit derecede önemli) bu hastalara göndermez. Ancak burada 112 nin görevi nedir? En yakarı hastaneye hastaya barakarı

gitmek mi? Yoksa en yakarı uygun hastaneye barakmak ma? Çalaştama klinikteki gibi gecede 350-400 acil hasta bakıyorsanız 112 nin en yakarısanız diye size barakta»a hastaya sevk edecek yer arayaca»anaza kendimiz bakıyoruz. Çünkü buna

harcayacak vaktimiz maalesef yok. Keşke olabilse.

Gelelim sadede

Bu şakaıaların ben kolaylıkla aşabilece»ini de düşünüyorum. Günümüzde artak medulla sistem üzerinde hastaların ICD 10 kodlara ile tanılara belirlenerek yollanmakta. Ve yönetim kademeleri bunlara çok rahat görebilmekte. Sevkedilen her hastanın bir üst sevk kademesindeki tanıana bakarsanız. ©lki ile uyum-uyumsuzluk gösteren her tanı için sevk eden doktora bir ceza -ödül artak ne dersiniz verirsiniz. 2 yıl sonra sevgili meslektaşlaramaı bu konudaki davranış paternindeki de»işikli»i hep birlikte görürüz.

Şeffalık konusu da artak oldukça basit görünüyor. Tüm büyük hastanelerde otomasyon sistemi standart ve buralarda hastane yatak dolulu»unu ya da kimin ne kadar hasta bakta»anaı kimin ne yaptamaı görmek kadar kolay bir şey yok .Görmek için bir tuş yeterli.

Saygılarımla

Op. Dr. Halil ALIŞ

3001 Tanju TAŞYÜREK 05 aralık 2007

Ne olur beni yanlış anlamayın. Oyun burada (Game) karşılığı. Ve

önermelerim kendi yorumlarım değil öncülüğünü Princeton

Üniversitesinin yaptığı, başta ekonomide ama siyasette ve yönetimbiliminde

de kullanılan bilimsel şeyler. Pek çok öneli Amerikan Stratejik Araştırma

Merkezi oyun teorisini kullanıyor.

2007 Nobel Ekonomi ödülünü oyun teorisinin bir alt bölümü "Mekanizma

Tasarım Kuramı"

aldı. İlginizi çeksin diye Ege Cansen'in çok ilginç bir yazısını aşağıya ekledim.

Acil Servisler baskı altında kararların verildiği, önceliklerin "analitik olarak bir hiyerarşiye" konduğu, ardışık hamlelerin ve eş zamanlı hamlelerin olduğu, arkadaşınız dediği gibi "goller" yendiği, (ben bunu toplamı sıfır oyun olarak algılıyorum, bir tarafın kazandığı, bir tarafın kaybettiği oyunlar) en önemlisi de kararların hızlı ve bir defa verilmesinin sık olduğu çalışma ortamları. 112 istasyon ve Komutasında kararların geri dönülemezliği çok daha yaygındır. Az kararlar vardı (Ambulans çıkar, ya da çıkarma, şu istasyonu ya da bu istasyonu görevlendir, hastayı ambulansa lal ya da alma, şu ya da bu hastaneye git) ama kararlar geri dönüşürdür zira zaman en ağır baskı aracıdır.

Ben uzun yıllardır oyun teorisini okuyorum. Şıp diye anlaşılacağını sanmayın. Ama elimdeki en önemli "bilimsel" düşünce aygıtları.

Komutada kararlarımda ise "analitik hiyerarşik yöntem" ya da "bulanık analitik hiyerarşik yöntemi" ağırlıkla kullanıyorum ya da başka bir söylemle bu yöntemlerin ilkeleri klavuzluğunda düşünüyorum. (İlgilenenlere google öneririm)

Eğer sorunları "bu düşünce düzleminde" aşamıyorsak, başka bir düzleme ihtiyacımız var demektir. Ben Oyun Teorisinin ilkelerinin karar verenlere bilimsel temelleri olan bir düşünce sistematigi kazandırarak işlerini kolaylaştıracağını iddia ediyorum.

Şu sıralarda da 2007 Nobelini alan "mechanism design theory"yi anlamaya çalışıyorum. Ekonomi alanında verilen bir nonel ama politik bilimlerde (political science) de kullanılıyor.

Saygılarımla

Tanju Taşyürek

http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/2007/press.html

http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/2007/info.pdf

3002 tanju TAŞYÜREK 05 Aralık 2007

112 KKM konuşmalarının hepsi kayıt altındadır. kanıtları mevcuttur yani. Otomasyondan yatağı boş görüp yolladığımızda hastane karşılaması apar topar arar yer yok diye. E ama bizde var görünüyor deriz. Şu anda o yataklar da dolud der!! İspat??

Sabah nöbete başlırsınız. Daha sabah... Sırayla malum aciller arar sedyemiz kalmadı diye. Bismillah. Hepsinin ses kayıtları mevcuttur. Acillerin karakterleri vardır. Çalışanlarının yarattığı. (Mesela Numune mesela Gazi saygıyla eyilirsiniz önlerinde)

Şeffaflık ve otomasyon ilerlemdir ve büyük kolaylıktır. Ama sistemin sorununu çözmiyor. Her nöbette yaşıyorum ben bunu.

En yakın hastane diye bir şartta yoktur. Hasta için en uygun olanıdır hiyerarşide en üstteki kriter.

Acil servis asistanlarını komutaya bekliyoruz. Bir ay altı nöbet tutsunlar yeter. Beş güne bir. Çok yorulmazlar ama ufukları çok genişler eminim.

Tanju Taşyürek

3009 UTG 06 Aralık 2007

112 ile ilgili ilginç örnekler bitmez.

Yer: okmeydanı hastanesi
hastane acili tadilat altında ve ameliyathane
inşaat halinde yaklaşık 2-3 haftadır her gün 112 ye
faks çekiliyor. Hastanenin durumu ile ilgili fakat
gece 4 sularında 5. katdan düşen bir hasta geliyor...

Kağıthane de okul servisi kaza yapıyor. 1 ölü
10 yaralı, okmeydanı acile bir 112 şoförü ve bir
paramedik 'çok büyük kaza oldu 30-40 yaralı var size
9-10 tane getirdik' ve sıra ile 10 adet yaralı
getiriliyor. acil felç oluyor. Acil servis asistanları
sabah haberleri izleyip 112 kkm iyi ki var diyor...

Bunlar şu an aklıma gelen çarpıcı örnekler;
tabi yukarıda yazanlar rezaletin çok küçük bir kısmı,
damar yolu açılmamış, tansiyon ve nabız bakılmadan
getirilmiş travma hastaları, teslim edilmeden hastayı,
karantinaya bırakılıp kaçan ekipler vs vs vs ...

112' nin bir ayağı bölge hastanesi olmalıdır ve
KKM ile sürekli temas halinde acilin durumu ve boş
yatak sayısını rapor etmelidir. (gerekirse saat
başı) Benim çözüm önerim bu, acil asistanlarının
yeterince işi var ve YORULUYORLAR...

KKM'yi işini iyi yapmaya davet ediyorum...

3011 Kayhan ÖZOĞUL 06 Aralık 2007

Sayın UTG,

Görüşlerinize bende katılıyorum fakat 112 hakkındaki gözlemlerinizi yazarkenki üslubunuz bence kabul edilebilir değil. Hepimiz aynı gemide yol alıyoruz. C3 komp frakturu acil sevk diye balıkesirden izmire sevk edilen hastayı, bırakın sırt tahtasına tespit etmeyi boyunluk takmayan (hastayı gördüğümüzde sedyede acisi

nedeniyle saga sola donup duruyordu) , içinden 3 ext çıkan arabadan aldığımız ve muhtemel kafa travmalı dedğimiz hastayı gördüğünde ilk is boyunlugunu çıkarıp tek eliyle karpuz secer gibi bakan beyin cerrahi(cocukta merak etti iseniz diye celvikalde kopm frakturu ve frontalde çokme kirigi tanilandi 3 saat sonra hayatini kaybetti) , evden kalkip gelmek zor geldiği için febril konv. sevk eden pediatrist, gece izlemeyim diye komplikasyonlu dogum dedikleri çok hastayı biz yolda gayet rahat dogurttuk. bunu hangi kabzimal yolladi diye soran (yorum benim degil Uludag tip acilde hasta karsilayan hekim arkadasimiza ait) arkadaslarla karsilastik.

Her sepette çürük elma var simdi ben uzman arkadaslari ,hastaneleri isini yapmaya mi davet edeyim. Size 112 de çalıştığım süre içinde gördüğüm yüzlerce olayi anlatirim bir yere varicaksak daha önce Resit ve Dr Tanju beyde benzer örnekler verdi ve bence çok haklılar. Elestirilerimizde hedef göstermek, yipratmak yerine yapıcı uzlaşmaci bir tutumuzlersek çözüme daha kolay ulaşabiliriz kanisundayim.

Saygılarımla
Kayhan Özogul

3012 Ahmet Deniz UÇAR 08 Aralık 2007

Bozuk düzende sağlam çark olmuyor...

Bu arada 112 hekimlerinin aslında siradan "hasta tasiyicisi" olmadigini vurgulamak lazim. Sicak yumurta misali hastayı bir an önce bir hastaneye teslim etmekten ziyade hava yolu, nabiz, tansiyon bakilmali, damar yolu açilmali vs. vs. Ama A sinifi 112 istasyonlarında artık hekim zorunlulugu kaldirildi. Bunun anlami hastalari karga tulumba hastaneye yetistirme isi kaniksanimis olmadı mi? ATT ya da paramedik arkadaslar alınmasin ama hizlica ön tani koyup hastaneye ulasana kadar uygun tedaviyi planlamak onlar için neredeyse imkansiz.

Ilçe veya küçük il devlet hastanesi hekimlerine de haksizlik etmeyelim. Egitim hastanelerinde çalışanlar için farkında bile olmadıkları öyle imkan ve kolayliklar var ki insan bunlari anca periferde gidince anliyor. Tek basiniza, son derece yetersiz ortam, egitimsiz personelle kolay denilebilecek hastalar bazen kabusa dönüşebiliyor.

3014 Tanju TAŞYÜREK 08 Aralık 2007

"Travmalı hastayı" ya da acil hastayı sadece tıbbi çerçevede inceleyemezsiniz. Acil hastanın sağlık hizmetine ulaşması, multidisipliner bir hizmeti alması ve rehabilitasyonuna kadar olan süreçte bir "olay" yönetilmektedir. Zaman çok farklı kriterlerin ve önceliklerin olduğu süreçte değişik kriterler zaman zaman kendi içerisinde hiyerarşik bir yapıda önceliklendirilmektedir.

Örneğin

maliyet, kabul edilebilirlik,uygulama kolaylığı,zaman kriterlerini önce kendi içerisinde hiyerarşik olarak derecelendirilir.(1/10,1/5, 1, 5 ve 10)

Multitravmalı bir hastanın pnömotoraksiyla karşı karşıya kaldığınızda yukarıdaki dört kriteri, birbirleriyle karşılaştırın (x eksenine ve y eksenine kriterleri yazın ve eş keriterleri (örn x'te zaman

y'de zaman) karşılaştırmayın.

Bu hastada zaman kriteri tüm diğer kriterler karşısında 10'dur. Hastanın yaşamını düşündüğünüzde maliyetin diğer kriterler karşısında değeri 1/10'dur. Bu hastayı Ankara Opera binasının önünde bir aracın altından aldıysanız Ankara hastanesine götürmeniz kabul edilir değildir (Hem zaman hem de orada göğüs cerrahisinin olmaması nedeniyle- bunu hala anlayamamışım bir eğitim hastanesinde nasıl göğüs cerrahisi olmaz), Sonra çıkan sonuçları (x ve y deki değerlerin çarpımlarının toplamı) Numune, Ankara Tıp, Hacettepe, Gazi, Atatürk, Ankara Dışkapı hastaneleriyle kıyaslayın.

Bakın, tansiyona nabıza takılmayın. Operanın önünden aldığınız hasta için intraketi çıkarana kadar numune hastanesine girersiniz. Bizzat yaşadım. Hastaya elinizi süremeden acil servistesinizdir. Mevki hastanesindeki bir istasyon damar yolu acık bir hasta getirmişse bilin ki Keçiörene falan gitmiştir.

Kafa travmalı ama glaskovu 15 olan bir başka hasta alın. Bunu da Kızılay göbekten alalım. Bu hasta için beyin cerrahisi için uygun olan yer Atatürk hastanesi olsun. 112'de maliyet= zamandır. İstasyon bölgesinin boş kalması ve ekibin fazla enerji harcamasıdır bunun açılımı. Yine kriterleri önce kendi içerisinde sonra seçenekler arasında karşılaştırın. En yakına gitmek zaman kazanmak değil hasta alınmayacağı için zaman kaybı olacaktır. O halde uzağa Atatürk'e gidecek bu hasta.

Aynı bakış açısını acile uygulayayım. Alt ekstremitte fraktürü, femur cisim kırığı. Sizin boş yeriniz de, uygun zamanınız da var. Ama ortopedide bir kıdemli var hastayı almamak için acili birbirine katacağına eminsiniz. Tüm diğer kriterler 10 olsada uygunluk 1/10'dur sizin için.

Öncelik matriksi ya da analitik hiyerarşik yöntem aslında hepimizin bir biçimde zihnimizden hızla yaptığımız bir yaklaşım. O nedenle bir olay diğerini bir vaka başkasına benzemeyen biçimde yönetiliyor.

Tanju Taşyürek

3015 Gürkan ÖZEL 09 Aralık 2007

Suregelen tartışma içerisinde cimbizla laf çekip yorumluyor olma riskine karsin devam etmek istiyorum:

Bir paramedik olarak uzerime aliniyorum cunku yaptiginiz genelleme gercekleri yansitmiyor. Turkiye genelinde 112 sisteminde hasta tasiyicisi konumunda bulunan tip fakultesi mezunu hekimlerin oldukca ama oldukca fazla sayida oldugunu dusunuyorum. Tip fakultelerinin mufredatinda, hekim yetistirme formasyonunda, hekimlere hastane oncesi yaklasimda acil hasta tedavisi ve transportu ogretilmemektedir (aksini iddia ediyorsaniz bana bunu ogreten okul ismi, mufredat icerigi gosteriniz lutfen). 112 sisteminde

calisan hekimlerin pek ama pek azi bu isi severek ve "bu is benim isim"diyerek yapmaktadirlar. Geri kalanlari TUS sinavina hazirlanirken parasiz kalmamak, 2-3 isin arasinda 5 gunde bir nobete giderek ya da kendi rizalari disinda gerceklezen "gecici gorevlendirmelerle" calismaktadirlar. "Ben hizlica on tani koyup gerekli tedaviyi yapiyorum" diyen hekimlerin icerisinde konulan on tanilarin hata orani fazla olmakla birlikte, bunlara istinaden secilen ve uygulanan tedavi yontemlerinde de cok ama cok sayida hatali olan, hastane oncesi asamaya uygun olmayan, hastaya acil yaklasim ve tedavi ilkelerine uymayan ve potansiyel olarak hastalar icin zararli olan uygulamalar yapilmaktadir. Bunun temel nedeni hekimlerin hastane oncesi saglik bakimina yonelik olarak hicbir spesifik egitim almadan, sadece hekim olmalarina dayanarak bu pozisyonlarda calismalaridir. Bir hekim bir ampul dapomin'i puse olarak hastaya verebilmektedir. Bu ilacin bu sekilde verilmemesi gerektigini soylediginizde bunu ya anlamamakta, ya da hatasini kabul etmeyip "ben veririm iste" diyebilmektedir. Asistolde olan hastaya defibrilasyon uygulayan, ve bunun neden yapilmamasi gerektigini anlamayan (uzun uzun anatomi, fizyoloji ve patofizyoloji aciklamalarına ragmen) hekimler vardir. Ambulansta hastayi defibrile ederse kendisinin de elektrik akimiyla carpilacagini dusunen hekimler vardir. Bu liste daha da uzatilabilir...

Paramedikler ise (ATT'leri hekimler ile karsilastirilacak bir grup olarak degerlendirmiyorum) 2 yil boyunca hasta ve yaralılara hastane oncesi donemde acil tedavi ve transport konusunda egitim almaktadirlar. Varliklerinin, meslek tanimlarinin tek sarti budur. Bu arkadaslar imkansizliklarla dolu okullardan mezun olsalar da bu tur olanaksizliklarla mezun veren tip fakulteleri de mevcuttur.

Iddiam sudur ki yeni mezun bir paramedik, hasta ve yaralılara hastane oncesi asama ve ambulansta, yeni mezun bir tip doktorundan daha iyi tedavi verir ve transport saglar.

En sik karsilasilan, hastayi suratle olume goturen 10 durum soyleyin: multipl travmalar, kafa travmaları, MI, konjestif kalp yetmezligi, zehirlenmeler, vs., vs. Bunlara yaklasimda, destekleyici tedavide, hastaneye ulasana kadar yapılacak hayat kurtarici girisimlerde bir paramedik en az bir hekim kadar etkilidir - ki cogu zaman daha etkili yaklasim sergilediklerini de dusunuyorum. Bunun disinda spesifik hastaliklarin tanilanmasi, sitma ile bir baska durumun ayirt edilebilmesi, cocuklarda soguk alginliginin 5-10 farkli turu, vs., vs. konularda bir hekim bir paramedikten daha bilgili ve deneyimli olabilir ancak bunlar hastaya yaklasimin temel ilkelerini ve hastane oncesi tedavi stratejisini degistirmez. Dolayisiyla bu avantajlar hastane oncesi hasta bakim kalitesini karsilastirma da gercek bir avantaj teskil etmez.

Paramediklerin eksiklerinin yaslarinin genc olmasi, fiziksel olarak

yeterince guclu olmayan arkadaslarin varligi (ancak bunun zamanla asilacagini dusunuyorum), ve cok fazla sayida hasta gormemis olmalarinin verdigi deneyimsizlik (bu saydiklarim sadece paramediklere ozgu degil, hekimler icin de soz konusu olabilecek dezavantajlar) oldugunu dusunuyorum. Ancak orta vadede bu eksikliklerin giderilerek sistemin (ASH sistemi) vazgecilmez ogeleri olacagini dusunuyorum.

Eger comez bir paramedikle deneyimli bir hekimi karsilastiriyorsaniz yukaridaki degerlendirmelerimin aksine durumlar tespit edebilirsiniz. Ancak tersi, deneyimli bir paramedikle comez bir hekimi karsilastirirsaniz da hastane oncesi bakim asamasinda yukarida cizdigim tablo daha dramatik sekilde hekimlerin "aleyhine" doner. Turkiye kosullarinda ortalama bir ambulans hekimi (3 yil deneyimli) ile ortalama bir paramedigi (3 yil deneyimli) karsilastirirsaniz yukaridaki tablo daha gercekci olarak yerine oturur.

Bu nedenle hekimler kusura bakmasinlar ama ambulanslardan ayrilmalari, "hastane oncesi bakimda" , "acil tedavi ve transportta" orta/uzun vadede bir eksilik yaratmayacagi gibi, onlardan bu gorevi devralacak paramedik arkadaslarin sayesinde hasta bakim kalitesinin daha standart ve daha yuksek seviyede seyredecegini dusunuyorum. Hekimlerin ambulanslardan cekilmeleri ile "hastalari karga tulumba hastaneye yetistirme isi" ongordugunuzun aksine azalacak, hasta bakiminda algoritmalar dahilinde sistematik yaklasim, analitik degerlendirme, kritik muhakeme ve sorun cozme becerileri artacaktır.

Iyi calismalar dilegimle,

Gurkan Ozel

Istatistikci (Lisans, ODTU 1998)

Saglik Kurumlari Yonetimi (Y.L., Ankara Univ., suruyor)

Paramedik (yogun bakim transportu paramedigi, ucus paramedigi, taktik paramedik, ekspedisyon paramedigi, ACLS, PALS, PHTLS, vs. egitmeni; Denver, Colorado, ABD ve Ankara 112)

3016 Mehmet ERYILMAZ 09 Aralık 2007

ÜLKEMİZDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN SORUNLARI DÜZELMEZ...
(20 Aralık 2005 tarihli ve 1679 sayılı mesaj)

Düzelmez..

Çünkü..

Sorunlar çok karışık..
Kafalar puslu..

Toplumumuza ait anlaşılama, anlatama, anlayama ve anlamama sorunlarının örneklerine grubumuzda da şahit oluyoruz. Puzzle'in parçalarını belirleyip, hepsini tek tek ele almadıkça birbirimizi kavrama ve ihtiyacımız olan sinerjiyi yakalayabilme şansımızı kullanamayacağız.

Klivajını bulamadığında hiç bir tümoral doku ekstirpasyonu cerrahını mutlu kılmaz.
Klivaj slubumuzdadır.. Sorun iletişimsizliğimiz de..

xxx

Sorunları sadece acil sağlık hizmeti verilen atmosferlerden zmeye çalıştığımızda, gözden kaçırdığımız önemli gerçekler var. Olayın birden çok kompartmanda değerlendirilmesi gerektiğine inanıyorum.

İnsani Boyut : Zeka, Dil, Duygu, Davranış, Düşünce vs.

Sosyal Boyut : Siyasi, Dini, Yasal vs.

Ekonomik Boyut: Gelir, Gider vs.

Evrensel Boyut :Coğrafya, Kültür, ağ, Eğitim vs.

Stratejiniz yoksa çözümünüz de olamaz.

xxx

Biz sağlık çalışanlarının  tür sorumluluğu vardır.
Hukuki...Tıbbi... Vicdani ...

Hukuk tıbbi gelişmelerin açığını kapatabilecek denli hızlı değişim sağlayamıyorsa,
Tıbbi gelişimleri uygulayacak kişiler hukukun katı anlayışı ile kıpırdamıyorsa,
Vicdan; değer yargıları yıpratılmış bir toplumda, ortak kaygı olamamışsa...

Konu hangi mesleki sorunumuz olursa olsun..
Doğru ve yanlış düşüncelerin düzen kavgası hep devam edecektir.

Saygılarımla

Sağlıcakla

Dr Mehmet ERYILMAZ

3017 Atilla KURTULUŞ 09 Aralık 2007

Gurkancigim

Akıllı esek atla yarışmaz... Kotu örneklerden yola çıkarak kavram karmaşası yaratma istersen.

Ben İstanbul ve Eskişehir Acil Yardım Sistemlerini senin eğitimini aldığın yerlerin ağababası sayılacak bir eğitimle doktorları eğiterek yaptım.

Eskişehiri bir süre il takip etti. Tıp fakültesinde verilmeyen eğitimi kitaplardan aldık verdik. Su anda asistoliye defibrilasyon yapmayan bunu söyleyenlere de kiciyle gülen bir Eskişehir doktor kadrosu var halihazırda..

Yıllarca ilkokulda ortaokulda lisede on sınıflarda oturup sürekli ailelerine ve çevrelerine başarı yasatan doktor kadrosu ile ilgili konuşabilmen için en az onlar kadar ders alman gerekir. ,

Sözlerinde haklılık payı olabilir. O da bazı doktorlar bilmeyebilirler hasta tasımayı. BU doğru. Mufredatta yok olduğu için bilmeyebilirler... Ama emin ol öğrenme kabiliyetleri çok yüksek bir grup oldukları için, hayatları yıllarca hep öğrenmek üzerine kurulu olduğu için, çok kısa sürede öğrenirler. Hatta kitaplardan öğrenmeleri de olasıdır. Çünkü öğrenmeleri için altyapı zaten fakültede verilmiştir.

Bilmediğin konu hakkında hüküm verme. Elbette hastaya müdahale için bir doktorun ambulansla gönderilmesi gereksiz maliyet ve bu paramedik arkadaşlarımızın yokluğundan kaynaklanıyor. Onların sayısı yeterli seviye artsın, komuta merkezindeki eğitilmiş bir doktorun emriyle defibrilasyon da yapabilirler, morfin de uygulayabilirler. Bunun adı da Medical Dispatch dir.

Tekrar söylüyorum Akıllı esek atla yarışmaz. Doktorların işi farklı paramediklerin farklıdır. Eğer paramedikler çalışsın onlara sağlık bakanlığı kadro versin demek istediysen buna bütün doktorlar da dahil herkez sevinecektir. Ama yooo paramedikler de doktorlar kadar zeki, çevik ve çalışkandır dediysen burada yanılıyorsun. Sınavlarla rustunu ispatlamış bir grubu karşına alma derim sana... ,

Selam,

Dr. Atilla Kurtulus

3018 Reşit AĞAR 09 Aralık 2007

Sevgili Gürkan Bey,

Bu atışmalar o kadar uzadı ki artık sen sunu ben bunu noktasına geldigimizi görüyorum.Eğitiminizi altta yazdığınız açıklamalara bakarak yurt dışından aldığınızı varsayarak oardaki koşullar ile yurdumuzdaki koşulları orada yetistirilen paramediklerle bizde yetistirilen ATT ve Paramedikleri hiç karşılaştırdınız mı?Avrupa topluluğu standardına getirmek için zırt pırt fakülte açan ,gereken kadrolara sahip olmayan bu fakültelerde sadece atlasdan bakarak anatomi öğrenen tıp fakültesi öğrencilerinin mi suçu vardır yoksa siyaset adamlarımızın mi?Kisi basına düşen hekim sayısını artırmak için bir telefon servisi sağlayıcısının reklamında ki tarife yumurtlayan tavuk misali tıp fakültelerinden eğitimsiz igne bile yapamayan kendine özgüveni olmayan doktor adaylarını periferik gidip öğreneceklerini üman bir sağlık politikamız olması elbette bizim suçumuz değil.El oğlu nüfus planlaması ve onyıllar bazında ihtiyacına göre eleman yetistirme formasyonunu yaparken biz nüfusta attırırız

kariyer de yapariz (!) demis dr hasatina girismisiz.Bozukluk sen daha iyisin ben daha iyiyim den çoooo ötelere taaa baslara kadar gitmiyormu?Af çıkarir hapise attıklarimizi,vergi ödemeyenleri ,okuldan atılanlari,üniversiteyi kazandigi için lise sonda kalanlari,kisaca herseyi bagislayan bir sistemden tutunda kalkinma planlari ve nüfus planlamasından haberi olmayanlari bu isle görevlendirenler,liyakatla degilde bir yerlere sadece emmisi dayisi yardimi ile gelenler yokmu çevrenizde.?Nedden 112 formasyonu yapilmiyor bu ülkede peki?Neden

112 Acil Uzmanligi ??? icat edilmiyor?ben hizir acil servis zamanından beri bu sistemin bir parçasıyım.Severek önem vererek hatta kendimi ve ekibimdeki (her defasında degismesine ragmen) herkesi eğitmeye çalışan biri olarak bir ATT nin bir paramedigin yeri geldiginde 112 isini zoraki yapan bir hekimden daha iyi olabileceginde sizinle hemfikir olmakla beraber sizin de birgün ihtiyaciniz oldugun da size müdahale edenin bir dr olmasını isteyeceginizden de eminim.

Bu sistemde 15 yıldır gördüklerimi yazsam inanin BEST SELLER olur.Siyasetçilerin pesinde full+full eskort 112 ler le ,vatandasa giderken kullanmak zorunda birakildigimiz dandik ambulanslardan tutun da eğitilmemis ama emmi dayi ile o yere gelmiş soförlere(Araç kullanmamis ama ehliyeti her nasilsa var olan),tayin yaptiramadigi için 112 yi kabul etmiş hemsirelere,112 yi yatma yeri sana doktor ve uzmanlara kadar ne isterseniz yüz katini anlatirim size. 6 yıl okudugu halde yanlis yaptigini söyledigniz doktor dan 2 yıl okuyarak daha iyi teshis koyan bir PM ya da ATT olacagini söylemek sizce ne kadar mantikli olabilir????

112 sistemi ne tek basina dr ne tek basina ATT veya paramedik ya da soför degildir sevgili arkadasim.Bu bir ekip isidir ve birbirine güven gerektirir.Ben uçuruma indigimde arkamdaki ekip arkadaslarima güvenmek isterim.Bu birbirimizi tanıma ve uzun süreli bir çalışma ortamı ile saglanır.ne yazik ki bu kadar süre hiçbir zaman saglanmiyor.

Simdi size (derken tüm hekimleri,PM ve ATT de kastediyorum) sunu sormak istiyorum.Yagmur kar demeden yollarda kelle koltukta giderken,çoğu zaman vaka ya ulasmak için hayatlarımızı riske atarken,vakaya ulastigimizda denizin içinden uçurumun dibinden yada çevre emniyeti bile saglanmamis araçlardan yarali kurtarmak mi rahat yoksa oturduğu sicacik yerden getirilen reçeteleri RPT etmek mi daha kolay? 3 kurus döner alan 112 çalışani olmak mi kolay yoksa ne kadar reçete o kadar döner mantigi ile dünyanın parasini cebe indirmek mi kolay? :))))))

Alemi cihan hekim bile olsanız hatta tanınız cuk otursada gittiginiz yari yasinizdaki beberuhi bir uzman hekimin sirf kaprisi ile hastanizi kabul ettirememek size de " komaz " miydi yoksa ? 15 yıldır binlerce hayat kurtaran bir dr olarak hiçkimse tesekküre gelmedi sevgili dostum.Ama bu isi yaparken ben zevk aldığım için yaptım.Tesekkür beklemedim,ödül beklemedim,döner sermaye beklemedim,araçta vakaya giderken kazaya ugramam halinde arkada biraktığım esimi

- çoluk çocuğumu düşünmedim.Severek yaptım.Zevk aldım.Kimseyi suçlamadım.Suç

birilerine atmak en kolay kaçma yoludur.15 yıldır savasiyorum elimden geldigince bu sistemdeki çarpikliklarla.Ömrüm yeterse bir 15 yıl daha hem savasip hem de görevimi yapacağım.

Inanın bana bu sistemde çok harika 112 Dr. PM ve ATT leri tanidim.Heryerde 1-2 çürük elma vardır ve kim olursa olsun bunlar seleksiyona uğrar ve zaman içinde yok olurlar.Son olarak 6 yıl ile 2 yıl okuyanları kıyaslamamanızı kabul ederseniz bir dost olarak hatırlatırım.Elma ile Armut her zaman farklıdır ve her ikisinin de yeri ve lezzeti ayrıdır ;)

Dr.Resit AGAR
Marmaris 1 nolu 112 (A tipi iken 3 yıldır B tipi :))))

3019 Utku ERSÖZLÜ 09 Aralık 2007

Sayın Taşyürek,

Şu ana kadar yazdıklarınızın tümünü okudum. Katılmadığım tek satırı yok. Öncelikle bu analitik düşünce sisteminiz önünde şapka çıkartıyorum. Sonra da işletme biliminin vazgeçilmez unsurları olan SWOT analiz ve "maliyet muhasebesini" acil tıbbı bu kadar uyan tanımlamanız için de kutluyorum. Genelde tıbbın işletme bilimi çerçevesinde irdelenmesi hemene hemen her hekimi rahatsız ederken bu kadar "rasyonel" ve rahatsız etmeyen tanımlarınız için "bravo" dan başka diyecek söz bulamıyorum.

Sevgiyle

Dr. Utku ERSÖZLÜ
ADANA

3020 Cihat Rifat YILMAZER 10 Aralık 2007

Keske acil tıp uzmanlarının sayısı artsa ve her acilde bir tane sef olarak bulunsa...

Keske her ambulansda ve acil servis triajında paramedikler olsa da doktorlar sıkıntı çekilen ; acil servislerde ve sağlık ocaklarında asli görevlerini yapabilseler....

Sağlık, hata affetmeyen ve her şeyiyle , istikrarlı olarak birbirini tanıyan ekiplerle yapılması gereken bir bilim dalıdır..

hep beraber sağlıklı günlere...

3021 Şenol YILDIZ 10 Aralık 2007

Ben mesleğe has üslubun daha saygın olması gerektiğini düşünüyorum.Verilen hizmet (sağlık hizmeti)iyi bir ekip çalışmasını gerektirir.Ancak çok özür diliyorum AKILLI EŞEK ATLA YARIŞMAZ ibaresini çok yakışık bulmadığımı belirtmek isterim.Diğer yandan tartışılan üstünlük meselesi değil zaten herkesin görevini yapması gerektiğidir medical doktor yani hekim tedavi sürecinde tabiki zaten tartışmasız etkindir.Ancak ambulans hizmeti acil müdahale ve transport konularında paramedik daha etkin olmalıdır.Yanlış olan, ortak konu sağlık olsa dahi görev ve sorumluluklar farklıdır.Olaylara at gözlüğü ile bakmamak gerekir değil mi???

3022 Ahmet HARMA 10 Aralık 2007

Teşbihte hata yoktur!

Kişisel görüşüm, hekim olamamanın birikimi ile hekimleri bu tarzda eleştirebilme cüretini gösteren bu paramedikal beyin bu grup vesilesiyle hekimlere bir özür borçlu olduğu yönündedir.

Müstakbel meslektaşlarım olarak algıladığım hekim adayı öğrencilerimize kendi payıma düşen müfredatı anlatırken zaman zaman paramedikal sohbetlerimizde bazı tecrübelerimizi de anlatır bu arada "aman gardınızı iyi alın, gittiğiniz yerlerde ilk işe başladığınız sıralarda sizi ham yapmak isteyen hemşire, sağlık memuru, hastane idarecisi, idari amirler vs. ile sıkça karşılaşırsınız ve onlar hekim olamamanın birikimi ile sizi her fırsatta ezmeğe, açığınızı kollamaya çalışırlar" şeklinde uyarırım.

Bundan sonra her dönem 3 dersimde ve her ay yeni stajyer doktor grubu geldiğinde kendi anılarımdan aktarımlar yapmakla yetinmeyeceğim. Bu gün anlatacağım dersim "politravmalı hastaya yaklaşım" ve hekim adayı stajyer doktor arkadaşlarıma bu konuda bir de güncel delil sunacağım. (bundan sonraki her dersimde de yer ayırmaya çalışacağım). Bu delil gruba mail atan bu paramedik beyin yazısı olacak.

Yazıda her nedense pek bi iddialı bulduğum tarzda okul adı müfredat falan sorulmuş! Okul adı İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi. Müfredat içeriğini daha ciddi bulduğum bir istek karşısında herkesle paylaşabilirim. Ancak bu tarzda sorulunca merak eden gelsin dersime girsin diyeceğim!.

Çünkü "eşeklik" bu sorunun bu tarz bir ifade ve iddia ile sorulmasında!

Bu densiz ve kendini ele veren yazıya daha fazla zaman ayırmak isterdim, gerekirse de uzatırım. Ancak sadece müfredat ile ilgili soru ve benim dersimin içeriğine ilişkin kısımla yetineceğim.

Hekimlerin bu ülkede en fazla eğitim alan ve en az kazanan meslek grubu olduğunu, sistemin hekimi kullanmamak için neden yıllarca direndiğini, bu hekim düşmanlığının neden ve 1980 den sonra başladığını, her yerde çürüklerin bulunabileceğini ve bu konuların birkaç paragraf yazı ile, kıskançlık ve birikmiş husumet duyguları ile kestirilip atılamayacağını, hekimlerin başçavuş maaşından fazla maaş ve statü hak ettiğini vs. vs. uzun uzun konuşuruz.

Bu arada teşbihte hata olmaz, akıllı eşek at ile yarışmaz. Bu teşbih için bunu gruba sunan Dr. Attila KURTULUŞ'a teşekkür ederim.

Gerginliimi tebessüme dönüştürdünüz için ayrıca tesekkürler.

Sayfalarca yazılıp anlatılacakları bir solukta ifade ediyor. Az kalsın bu paramedikin her satırına cevap yazmaya girişecektim!

Öğleden sonra dönem 5 dersim var bir paramediğin duyguları ile konuya girip dersimin konularını ilgi odağı yapmayı düşünüyorum.

(öğretme stratejime dolaylı katkısından dolayı paramedik beye teşekkür etmek lazım)

Saygılarımla

Doç.Dr.Ahmet HARMA

Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

3023 Ahmet Haki TÜRKDEMİR 10 Aralık 2007

Tartışmanın boyutu başka yöne kayıyor gibi görünüyor. Sistemler hakkında bilgi sahibi olunmadan şöyle olursa daha iyi olur, böyle olursa daha kötü olur dememek gerekiyor. Her ülkenin kendi özgün koşullarında etkin hizmet üretimine yönelmesi gerekir.

Hastanelerin vaka reddi konusundan çıkılarak doktorlu veya doktorsuz sistemleri konuşmamak gerekir.

Paramedik kelime anlamı ile sağlık personeli olmayan acil müdahale uygulayıcısı olarak, ilkyardımcıdan farklı statüde oluşturulan, polis veya itfaiyecilere verilen addır. Türkiye'de yanlış olarak kullanılan paramedik adı ile çalıştırılan personel ise sağlık personeli statüsündedir. Dolayısı ile maliyet azaltmada etkili olamayacaktır. Diğer taraftan ise müdahale başarısı uluslararası düzeyde oldukça yüksek olan Türk-112 sisteminin eleştirisinin yapılırken hizmet planlaması ve organizasyonu açısından ele alınması gerekir.

Belli sayıların üzerinde nakil işleminin gerçekleştirilebilmesi için paramedikler vaz geçilmezdir. Ancak müdahale etkinliğinin yüksek tutulması için de doktorlar vaz geçilmezdir.

Türkiye'deki paramedik eğitim müfredatı halen daha istenen düzeyde olmadığı için Sağlık Bakanlığı tamamlayıcı sertifikasyon eğitimleri açmak zorunda kalmaktadır. Yurt dışındakilerde de zaten müdahale yeterliliği kendiliğinden sınırlandırılmıştır.

Sistemlerden bahsederken bütünü görmek gerekir.

Sahanın ihtiyacına uygun eleman yetiştiremeyen üniversiteler gerek doktor, gerek paramedik, gerek ATT, gerek sağlık memuru, gerek hemşire ve gerekse diğer teknik elemanların durumları ortaya konmadan bu konuda çok fazla tartışmamak gerekir.

Bugün okuldan mezun olan ortalama bir paramedik sistemin nasıl çalıştığından tutun komuta çalıştırmaya, ambulans değişim prosedürlerinden, malzeme talep ve bakımına kadar pek çok konuda yeterli düzeyde mezun olamamaktadır. 112 sistemi iç içe geçmiş haberleşme, iletişim, donatım, ambulans ve personel vb. sistemlerinden oluşmaktadır.

3024 Ahmet Deniz UÇAR 10 Aralık 2007

Elbette bazen bir paramedik bir hekimden daha yetili olabilir. Aslında konu bu değil ama...

Tek genel cerrah ve bashekim olarak çalıştığım hastaneye (Kiraz Devlet Hastanesi - İzmir) her ay il merkezinden geçici görevle hekim arkadaşlar gelir ve acil serviste nöbet tutarlar. Doğum evi, VSD, sağlık ocagi vs. vs. değişik yerlerden gelen tüm hekim arkadaşlara sorsanız acilde B statüsünde çalışan paramedik ve

ATT ler olmasa acaip çuvallardık derler eminim. Ege ve Konak doğum evindeki pratisyen arkadaşlara sorup teyit edebilirsiniz. Bergamali Galen hangi okulda eğitim aldı da doktor oldu?. Sahada çalışma ve tecrübe çok çok önemli. Bizler asistanlığımızın ilk yıllarında servis ve ameliyathane kıdemli hemşirelerinden az mi şey öğrendik?

Tartışmayı naçizane başlatan kişi olarak belirtmek isterim aslında sorduğum soru hastaneler arası nakil usulleri var mı? Yoksa burada tartışarak oluşturmaya katkımız olsun. Belki de burayı hasta sevki konusunda biraz "itiraf.com'a" çevirmekte fayda var. İçimizde bir kerede olsa gereksiz hasta sevki yapan ya da kabul edebileceği halde kabul etmeyen hiç mi yok? Sarkıda dediği gibi "masum değiliz hiç birimiz".

"Ya sev ya sevk et" dememin sebebi de budur. Hasta sevki konusu 112 ile birlikte fasızan bir hal aldı bence. Eskiden zaten sevk edemiyordunuz ki. Şimdi 112 var ve Kars'tan İzmir'e bile hasta sevk edebilir hale geldik. Sonuçta 112'yi de kendimize benzettik galiba.

3025 Gürkan TAN 10 Aralık 2007

Herkese merhaba ..uzun süredir bu grubun üyesi olmama rağmen şu ana kadar hiç bir yazı yazmamıştım ..şu ana yani paramedik doktor karşılaştırması yapıncaya kadar ...Birkere bu şekilde bir karşılaştırma kesinlikle doğasına aykırı.nasıl oluyorda hekim ile aynı kulvarda bile olmayan ,hani yazınızda demişsiniz ya parantez içinde att leri katmıyorum diye,(ki bence özellikle doktorla çalışmış, çoğu att paramediklerden çok daha iyi),paramediklerde işte aynı şekilde.İleride ne olur bilmem ama şu an için att den hiç bir farkı yok paramediklerin..Ben hiç bir zaman boş konuşmuyorum ..Tanıdığım ve aynı zamanda benimle birlikte çalışan paramedikler var.Malesef öyle bir hale gelmişlerki ,artık okullarında mı öğretiliyor,biz biliyoruz ,biz en iyiyiz ,doktordan bile iyiyiz diyen ,112 ciliği sadece entübe etmekten ibaret olduğunu varsayan,entübe edebilirlerse herşeyi başarabileceklerini sanan ,egoları son derece yüksek ama iş pratiğe geldiğinde malesef ileri derece yetersiz sağlıkçılar.belki bu kadar popoflanmasalardı daha çok şey bilir ve öğrenirlerdi diye düşünüyorum .Amacım kesinlikle doktormu paramedikmi değil ..başta da söyledim ..ikisi aynı kulvarda bile değil .benim burdaki tek amacım paramedikler..paramediklerdeki yetersizlikler.keşke çok iyi bir şekilde dediğiniz gibi amerikadaki gibi işlerini yerine getirselerde doktorlar 112 den gönül rahatlığı ile çekilse ..Çünkü doktorlar gerçekten çok değerli,..deneyimsiz paramedikle deneyimli bir doktoru karşılaştırmayın demişsiniz.iyide söylersiniz neyle karşılaştırsınlar,bildiğiniz deneyimli kaç tane paramedik var ..malesef ben çevremde hiç görmedim .Dediğim gibi sadece çok laf az iş ..Ben öncelikle insan olarak şunu söylüyorum ,başıma birşey gelirse umarım paramediklerin eline düşmem ..belki çok ağır oldu ama malesef benim çalıştığım yerde gördüğüm şahit olduğum paramedik arkadaşlar bu şekilde.Ve ben bunu onların yüzlerine de söylüyorum,hani belki gücenirlerde kendilerini daha iyi geliştirirler diye,ama malesef işin garip olan tarafı ne biliyomusunuz ..kendilerini geliştirmek için hiç bir

çabaları yok .Nedenmi,çünkü onlar buraya gelmeden önce zaten yeteri kadar kaba tabirle gaz verilmiş ,siz en iyisiniz ,siz herşeyi yaparsınız vb ..diye ..İddiam şudurki yeni mezun paramedik yeni mezun doktordan daha iyi yardımda bulunur demişsiniz.Hangi cüretle ve de acaba neye dayanarak bu şekilde konuşuyosunuz inanın çok merak ettim ..acaba üniversitelerde paramediklere verilen eğitime dayanarak mı ..Amerikada bir paramedik olmak için bir sürü sınavdan geçirilip ardından mülakat yapıp ve de elliküsür krediyle mezun olunurken ,türkiyede prm okullarında verilen eğitim sadece bu kredilerin 1 ya da 2 sine denk gelen eğitimlerine dayanarak mı.lütfen bunu en azından kendileri bile kabul ediyorlar,çok yetersiz bir eğitim aldıklarını.Lütfen gerçekçi olalım.Belki dediğiniz gibi tıp fakültelerinde hasta tranportu eğitimi verilmemiş olabilir ..Ama inanın bunu tıp fakültesinden mezun olan bir arkadaşım emin olun pratik zekasıyla en fazla 1 ayda fazlasıyla en iyi şekilde benim diyen paramediğe taş çıkartırcasına öğrenir.Zekanın herşey olmadığını herkeste az yada çok var olduğunu asıl önemli olanın pratik zeka ,ve özellikle 112 gibi bir işte ,olduğunu eminim sizde benim kadar iyi biliyorsunuz.Bir vakaya yaklaşırken ya da ilaç verirken onun tüm yan etkilerini olabilecekleri bir sonraki adımı öngörme yetisine sahip bir hekimle , ağrısı var dikloron ver,tansyonu yüksek lasix ver,şeklinde modomod bilgilerle donatılan bir paramediği nasıl kıyaslıyorsunuz ,inanın gerçekten benim için şaşılacak bir şey.Unutmayalım ki bir hastalığın birçok komplikasyaonları olabilir,bir ilacın bir çok yan etkisi olabilir,ve işte bunları öngörme yetisiyle hocalarımız tarafından donatılan tek meslek grubu doktorlardır.Lütfen buna saygı duyalım .Ve doktorla paramedik karşılaştırması gibi saçma bir tartışmaya girmeyelim.Ha bu arada dopamin örneği vermişsiniz,emin olun ben size öyle örnekler veririm ki,bir paramedikle yoldan geçen birinin acil yardım konusunda hiç bir farkı olmadığını düşünürsünüz.

Dediğim gibi amacım hiç bir zaman aynı kulvarda bile olmayan iki grup hakkında karşılaştırma yapmak değil.Söz dalaşına girmesini hiç sevmeyen bir kişiyim,bu nedenle bir kez yazıyorum birdaha da yazmayacağım.Amacım sadece gerçekleri göz önüne sermek.Amacım sadece paramediklerin popoflanması yerine gerçekten iyi bir eğitim almalarına ışık tutmak.Belki o azaman daha önce de belirttiğim gibi,zaten ülkemizde az sayıda olan değerli hekimlerimizi buradan çekip daha çok ihtiyaç olan alanlarda kullanabiliriz.Ama şu an için çok bariz bir gerçek var ki,kesinlikle ve kesinlikle paramediklerin 112 de doktor olmadan çalıştırılmaması.Bana göre çok kutsal bir iş yapıyoruz,ve gerçekten işimi çok ama çok severek yapıyorum.Bu uğurda emek harcayan herkese de bu nedenle başta hocalarımız olmak üzere büyük saygı duyuyorum.Ve duyulmasını da istiyorum.Umarım paramediklerde iyi birer eğitimle ya da şu an için en azından kendi çabalarıyla isimlerini hak edebilecek düzeye gelirler(ha mutlaka hak edenlerde vardır kendi çabalarıyla,ama hepimizin bildiği gibi bunlar malesef ki parmakla gösterilecek kadar az sayıda)

Tüm meslektaşlarımı saygıyla selamlıyor sağlık ve mutluluk dolu nice mutlu bayramlar ve yıllar diliyorum...

3026 Mehmet KOŞAGELİR 11 Aralık 2007

Galiba paramedikler havaya girdi. neyi neyle tartıştığının farkındamısınız. lütfen grubu bu gereksiz konularla meşgul etmeyelim. paramedik paramedikliğini bilsin. adı üzerinde paramedik. doktor değil yardımcı. bizde elimizdeki sertifikaları yazarsak yazılan metinden çok tanıtım yeralır. bunlar gereksiz yer işgal eden şeyler. tüm o sertifikaları toplasan bir reçete yazabilir mi. bir sistem muayenesi yorumu yapabilir mi. HANGİSİ DAHA FAYDALI TARTIŞMAK ABESLE İŞTİGAL. Farkındamısınız ambulasta çalışan tüm yardımcı personelleri aynı ortamda eğitime alıyoruz. sağduyulu olup saygı ve sevgi sınırlarını aşmayalım.

3028 Emine ÇINAR 11 Aralık 2007

2 yıldır 112 de çalışıyorum ve hemşireyim sn.koşargelir yazısında gerçekten önemli bir noktayı vurgulamış aynı ortamda eğitim alıyoruz kısmı özelliklede , ilk defa bu kadar çok sayıda ve bir anda att ve paramedik 112 de çalışmaya başladı pek çoğu ilk kez ambulasta çalışmanın nasıl bir şey olduğunu gördü, noktada bununla ilgili gerçekten çok ciddi problemler yaşıyoruz çünkü herşeyi bildiklerini zannediyorlar ve bu nedenle de yeni şeyler öğrenmeye açık değiller aynı ortamda eğitim alıyoruz ve bize sürekli hissettirdikleri burası bizim çalışma alanımız sizin işiniz yok, att ve paramediklere ise siz süpersiniz herşeyin en iyisini yaparsınız çünkü bu işin eğitimini aldınız, daha sonra bu insanlar noktalara dönüp hemşire ve sağlık memurlarıyla birlikte çalışıyorlar, böyle bir ortamda iş huzurundan bahsetmek mümkün değil çünkü artık bu tartışmalar yüzünden pek çok arkadaşımız işe eskisi gibi mutlu bir şekilde gitmiyor ,bize sürekli 112 de yerimiz olmadığı söylemleri yapılıyor ,oryantasyon ve adaptasyonlarını kolaylaştırmak için bilmediklerini öğretmeye yanlışlarını düzeltmeye çalışıyorsunuz ama nafile ,noktamızda göreve başlayan bir paramedik arkadaşımıza cpr ile ilgili klavuzdan değişikliklerden bahsettiğimde bana hemşire cpr dan ne anlar dedi ve ben gerçekten nasıl cevap vereceğimi bilemedim bu arkadaşlar yokken acaba cpr ı kim yapıyordu dr arkadaşlarla birlikte ,paramedik olmayabilirim ama ilkyardım eğitici eğitmeni ve çiyad eğitmeniyim ayrıca bizim mesleğimizin uzun bir geçmişi var ve ilk paramedik ne zaman mezun oldu merak ediyorum herkesin bilmediği beceremediği şeyler olabilir ama amaç birbirimize ne bildiğimizi ne kadar çok bildiğimizi kanıtlamaya çalışmaktan ziyade doğruları paylaşmak ,yanlışları düzeltmek ve ortak bir dil oluşturabilmek olmalıdır, umarım bu tartışma hem mail grubunda hem noktalarda sona erer

çünkü bu konu artık att ve paramedik olmayan 112 personeli gerçekten çok yıprattı.....saygılar

3029 Tolga AYL A 11 Aralık 2007

lyı gunler:

hic bir zaman tıp etiğinde paramedikle doktoru karşılaştıracak değilim.. Bu mail grubunda bu tartışmaya ne gerek var onuda anlamış değilim..

Madem yerı geldi yılların paramedığı olarak bir iki sey soylemek istedim..

Ozellikle ülkemizde ve tum dunyada doktorluk meslegi en zorlu meslek gruplarından biri..

Acil hastaya yaklasımda alanda doktorlara gereksinim duyulmayabilinir.. Acil hastanın hayatının kurtarılmasında alanda yapılacak onca ısın altından (hem kas kuvveti hemde medikal olarak) paramedikal personel kalkabilir.. Hastaya acil olarak gerekli olan a,b,c,d,e,f,g... (ki bunların acılımlarını biliyorsunuz) uygulanır.. Bunları saglamak icinde doktorluk gibi zor ve degerli bir emege sahip olan kisıyı sahaya ya da alana surulmesi yerı geldiğinde emegin israfı olabilir.. Cunku ambulanslarda yapılacak mudehale acil servislere gore cok ama cok sınırlıdır.. Bu sınırlar icersinde calısacak olan paramedikal personelin ogretim duzeyını arttırırsanız daha da iyi sonuclar alırsınız..

Peki acil alanda hic mi doktora ihtiyac yok.. Elbette var.. Ama her türlü vakaya doktoru ambulansla gonderırseniz hoyratca emegi sarfedersınız.. Demekki burada vakaların cesitliliği, sureleri, ayna anda vaka sayısı, afet sayılacak durumlar.. Vs vs bir cok etmen var.. Vaka ihbarı cok iyi degerlendirilip telsiz ya da telefonla periferdeki paramedik ya da doktorlu ekibin olay yerine sevki yapilir.. Yine bu tercihi yapacak olan kimdir? Yine doktordur..

Anlatmaya calıstığım ozetle sudur: ister paramedik olsun ister att olsun ya da diger hekim dısı saglık personeli, onemli olan hastanın ihtiyacına en ekonomik cozumu bulmaktır.. Maalesef gunumuzde tum gelismis ulkelerin cozumu budur.. Bizde kendi acil saglık cozumumuzu zamanla ortaya koyacagız.. Biraz sancılı bir donem olacak ama turkiye kendi dinamigine en uygun cozumu bulacaktır..

Saygılarımla..

Paramedik tolga ayla
sile 112 - istanbul

3030 Utku ERSÖZLÜ 11 Aralık 2007

Arkadaşlar,

Hekim, hemşire, ebe, ATT, paramedik, anestezi teknisyeni... Hepimiz acil tıbbın sahadaki ekibinin elemanlarıyız. Uzun süre ambulanslarda bu

meslekler bir arada çalıştı ve çalışıyor. Hiç bir emek , hiç bir bilgi , hiç bir eğitim diğerinin ikemesi olamaz. Paramedik hekimi , hekim de paramediği ikame edemez. Ekip işinin kuralı saygıdır. Maksadını aşan sözler ayrışma yaratır; çalışma barışını bozar. Onun için bu konuya yeterlilik önerisi veriyorum. Ve bu tartışmayı sürdürenlere şunu hatırlatmak istiyorum; ambulans şoförü olmazsa ekip hiç bir yere gidemeyeceğine göre 112 ekibinin en önemli unsur şofördür dese birileri ve şoför olmadan hekim (ya da paramedik) hiç bir işe yaramaz (!) dese birileri ne kadar haklı ya da haksız olurdu?

Sevgiyle ve çalışma barışıyla dolu bir iş hayatı diliyorum

Dr. Utku ERSÖZLÜ
ADANA

3031 Salih ÖZEN 12 Aralık 2007

Sayın grup üyeleri bu tartışmanın neden yapıldığını nasıl buralara kadar

geldiğini hala çözebilmiş değilim; bir Paramedik olarak hiçbir Paramedik'in

biz doktordan daha iyiyiz dediğini düşünmüyorum, fakat şunu belirteyim özellikle yeni atanmış ve bu işi benimsemeyen hekimlerin bilgi, beceri ve tecrübe yetersizliğini sizde kabul ederseniz, örneklendirmek istersek kelimeler yetmez. Bu yüzden biz Paramedikleri artık aşağılamak, yerden yere vurmak yerine kabullenin ve destek olun, biz doktor değiliz sizde Paramedik değilsiniz . Dr. Atilla Kurtuluş, Dr.Mehmet Koşargelirin sarfettiği cümleler hiç hoş değil yakıştıramadım. Biz işimizi yapmaktayız kesinlikle

eşek değiliz Paramedik'iz sizde At değilsiniz Hekimsiniz lütfen bu tartışmayı uzatmayalım sistemin gerekliliği ne ise onu yapalım. Artık bu iş

Paramedikler ve ATT lerin omuzlarında lütfen bunu kabul edin.

Sağlıcakla kalın...
Prm. Salih ÖZEN

3032 Gürkan ÖZEL 12 Aralık 2007

lyi gunler,

Asagidaki mesaji 9 Aralik pazar aksami Sn.Agar ve Sn.Kurtulus'un mesajlarin atfen yazmis ve listeye gondermistim. Ertesinde iki gun boyunca suren yogun nobet ve toplanti tempom nedeniyle mesajlarimi bir sonraki kontrolum sali aksamini buldu. Gordum ki asagida yazdigim bu ilk mesaj listeye gitmemis (kendi internet baglantimdaki sorunlar nedeniyle) Bu arada liste katilimcilarindan gelen diger yorumlari da sindire sindire okuma sansim oldu. Eger izin verirsiniz ilk mesajimi oldugu haliyle tekrar gonderiyorum. Bu mesajimin altinda, simdi yazacagim birkac konuya daha deginerek konuyu kendi acimdan sonlandiracagim. Lutfen okumaya devam ediniz:

Sn.Agar ve Sn.Kurtulus,

Degerli katkilariniz icin tesekkur ederim. Her iki yazidan da anladigim kadariyla sizler 112 ASH icerisinde uzun yillar emek harcamis, kendini ve cevresindekileri gelistirmis ve buna devam etmeye hazir insanlarsiniz. Buna saygi duyarim ve keske sizler gibi insanlar cok ama cok ama cok sayida olsa da 112 AHS'nin durumu, kendini adamis personelle, kendisini surekli gelistiren, olmayan egitimleri yaratip ogrenen, hasta bakimini en ust seviyede uygulayan bir ekiple dunyaya sistem ihraci yapiyor olsak.

Her iki mesajda da nazikca ifade edilen gorusunuz 6 yil okul okumus bir insanla 2 yil okul okumus bir insani karsilastirmanin dogru olmayacagi seklinde. Ben bu gorusunuze katilmiyorum. Bu, 6 yil okul okumus hekimlere saygi duymamam, onlara deger vermemem anlamina gelmez. Ancak kapitalist sistemin tetikledigi, sagligin birer meta konumuna getirildigi, mikro uzmanlasmalarla modern tip hizmetlerinin sadece kendi alaninda bilgi sahibi olup hastaya (hastaliga degil) butuncul bir yaklasimdan uzak kalan calisanlar yaratildigi bir ortamda, tip alaninda genel bir egitim alan pratisyen hekimler ile sinirli bir alanda detayli bir egitim alan farkli calisanlar arasinda bir fark olduguna inaniyorum.

Daha baska bir deyisle soyle ifade edebilirim. Mesele 6 yillik egitimin sure olarak 2 yillik egitimden uzun olmasi degil. Mesele bu sureler icerisinde neyin ogrenildigi. Ben histolojiden cok anlamam, kanser bilgim sinirlidir, dermatoloji alaninda hemen hemen hicbirsey bilmem sivilceler disinda, vademecumda yazan ilaclarin %80'ini tanimam, prostatin turleri bilgim disindadir, IYE ya da artrit nasil gerceklesir yine bilemem. Bir saglik ocagina basvurup tedavi ihtiyacini belirten hasta populasyonunun %80'ine onerebilecegim spesifik birsey olmayabilir. Ancak hastane oncesi acil bakimda kullanacagim baska, ozel ve amaca yonelik bilgilere ve becerilere sahibimdir

Uzun paragrafimin basinda da belirttigim gibi mesele diploma almak icin gecen surenin uzunlugu degil. Mesele o sureyi ne ile doldurdugun olmalı. Bugun tip fakultesinden mezun olan hekimler acil kardiyoloji (kardiyoloji demiyorum, acil kardiyoloji diyorum) alaninda ne kadar egitim aliyorlar acaba? 20, 30, 50, 100, 200 saat? Mezun olana kadar kac yetiskin ve pediyatrik entubasyon gerceklestiriyorlar? Solunum sikintili hastaya acil yaklasim konusunda kac saat egitim goruyorlar? Multipl travmali bir hastada onceliklerini nasil belirlemeyi ogreniyorlar? Tum bunlarin hepsini hastane disinda nasil gerceklestirecekleri konusunda nasil bir egitim aliyorlar? Ve bence hepsinden onemlisi mezun olana kadar kac tane acil hastanin (acil hasta kisminin uzerine vurgu yapmak istiyorum) on tanisini koyup tedavi planini olusturuyor ve bunu uyguluyor? Bir baska deyisle bir hastada hayat kurtarici girisimleri tum sorumlulugu alarak bastan sona kadar uyguluyor?

Eger tip fakultelerinden mezun olan hekimlerin acil hastaya hem de hastane oncesinde yaklasim konusunda bilgileri yeterli degilse bunun sorumlusu ben degilim. Eger "hayir yeterlidir, al bu hekimleri 1.gunden ambulanslara koy, sana en iyi sonuclari alip dunsunler, acil serviste hasta karsilayan acil tip uzmanlarına ayirici tanilari belirlenmis, birinci tur tedavileri tamamlanmis sekilde hastalari teslim etsinler" diyorsaniz buna ben katilmiyorum.

Ama eger sunu soyluyorsaniz size sonuna kadar katilirim ve desteklerim: Tip doktorlari kendilerine gerekli egitim materyali ve ortami verildiginde, hastane oncesi acil bakim konusunda bilimin isiginda en etkili ve en guncel egitimler kendilerine sunulduygunda, analitik dusunme, kritik muhakeme ve liderlik ozelliklerini gostererek bunlari uygulamaya soktuklarinda, ve alandahasta sorumlulugu almadan once ogrendikleri becerileri onceden belirlenen sayida hasta uzerinde, sorumluluk alarak, ilgili gozetmenlerin esliginde tamamladiklarinda paramediklerden cok daha etkili birer hastane oncesi acil bakim saglayici olurlar.

Ben de zaten uzun zamandır bu ve benzeri diger platformlarda ambulans hekimligi adi altinda bir alt uzmanlasma yoluna gidilmesi gerektiğini belirtmekte ve savunmaktayim. Ister fakulteden yani mezun, ister 5-10 yillik pratisyen hekim, bu arkadaslara en az 3 ay teorik ve yine 3 ay yogun uygulamali (uygulama gercek hasta basinda, deneyimli egitmenler gozetiminde ve objektif kriterleri yerine getirmeleri beklenerek) bir egitim programıyla birlikte abartmak gibi olmasin ama dunyanin en donanimli hastane oncesi acil bakim saglayicilari olurlar. Boyle hekimlerin yaninda bir paramedik olarak calismak bana gurur verir. Onlardan da cok sey ogrenirim.

Sanirim 6 yil-2 yil egitim konusunda dusuncelerimi yeterince acikca ifade edebildim. Onemli olan nicelik degil niteliktir. Egitimin uzunlugu degil amaca yonelik olup olmamasidir. Bir tip doktorunun bir paramedige kiyasla anatomiye, fizyolojiye, farmakolojiye, ve bircok baska konuya hakimiyeti suphe goturmez derecede fazladir. Bu fazlalari tani koyma ve tedavi plani olusturma konusunda avantaja donusturme sanslari da fazladir. Ancak acil hastalara hastane oncesi asamada (burada bu iki sinirlamanin altini ciziyorum, acil hasta ve hastane oncesi) bu avantajlarini kendi lehlerinde etkin bir sekilde kullanmalari her zaman mumkun olmamaktadır. Yeni mezun bir tip doktoru bir kardiyak arresti yeni mezun bir paramedik kadar iyi yonetemez diye dusunuyorum. Eger bir tip doktoru 5-10 yil deneyimliyse ve bu deneyimini bir kurum hekimi olarak, saglik ocaginda recete yazarak gecirmisse yine bir arreste yaklasimi 5-10 yil deneyimli bir paramedik kadar etkili olamaz. Ancak ne zaman siz bu hekimleri alir, yukarida belirttigim sekilde bir ihtisas egitimi programina tabi tutarsiniz, aralarindaki curukleri egitim boyunca eleyip zorlu egitimi gecenleri uygun donanimla destekleyerek sahada calismaya cikarsiniz, o zaman o doktorlari elleri opulur, her dedigi dinlenilir.

Inanıyorum ki sizler bu yolda çok mesafeler kat ettiniz. Hem kendinizi hem de birlikte çalıştığınız meslektaşlarınızı en iyi şekilde yetistirdiniz. O halde sizler bu çok saygı duyulacak gruba dahilsiniz. Ancak çevrenizdeki herkes böyle mi bir bakın lütfen. Elinizi vicdanınıza koyun ve çevrenizdeki her 6 yıl okul okumuş hekim böyle mi soyleyin bana. 6 yıl okul okumak sağlık alanında her konuda bilirkisi olmayı gerektirmiyor. Ancak kendisini belirli alanda yetistirmiş (bizim örneğimizde hastane öncesi acil bakım alanında), okumuş, öğrenmiş, uygulayarak yapabileceğini kanıtlamış birisi o alanda bilirkisi olma yolunda bir şey iddia edebilir. 6 yıllık bir okul hastane öncesi acil bakım alanında eğitim almak, bir şeyler öğrenmek ve kendini geliştirmek için kişiye daha iyi bir altyapı verir (doğru), ancak 6 yıllık kendi başına, bu işi kendisine meslek edinmiş ve 2 yıl süreyle de olsa sadece spesifik bir konuda eğitim-öğretim görmüş, yeteneklerini ispatlamış ve uygulamaya koyulmuş bir kisiye daha fazla üstünlük sağlamaz.

Bunun dışında 6 yıl - 2 yıl karşılaştırmalarını, elma-armut, at-eseke örneklerini çok gerçekçi bulmuyorum. İş işi yapanıdır. Ben 2 yıl boyunca sadece bir konuya odaklanarak okursam, kendimi geliştirirsem benim uzmanlık alanım budur. Adım doktor olmaz, ama hastaya sağladığım fayda ortadadır ve yerine göre bir doktorun buna saygı duymasını beklerim. Bu durumda da sınırları çizilmiş haliyle bir paramedik de doktor kadar zeki, çevik ve çalışkandır diyebilirim. Ve eğer başıma acil bir sağlık durumu gelirse sadece 6 yıl okul okumuş diye işinin ehli olmayan bir doktorun bana bakmasındansa deneyimli bir paramedığın ellerinde olmayı tercih ederim.

Sonuçta aynı kayıktayız. Ülkemizin eksikleri çok. Sistemin eksikleri çok. Acil sağlık hizmetlerinde eksikler çok. Bunlara rağmen insan potansiyelimiz çok iyi. Bu potansiyeli amaca uygun şekilde eğitip değerlendirebiliriz. Ancak arzuladığımız sonuca ulaşabilmek için sadece bu yeterli olmaz, sistemde değişikliklerin oluşturulması gerekir. Bu değişikliklere direnen mekanizmalar vardır, kültür vardır, ekonomik koşullar vardır, vizyon eksikliği vardır. Ancak bunlar asılmayacak şeyler değildir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri konusunda ATT, paramedik, doktor ve sistemin diğer öğeleriyle elbirliğiyle çalışarak istediğimiz düzeylere ulaşabileceğimize inanıyorum. Bu mesajımı da belirli bir grubu karşıma almayı riske eden bir meydan okuma olarak almamanızı, sadece bir durum tespiti ve alınması gereken yol konusunda küçük referans noktaları vurguları olarak almanızı temenni ederim.

Saygılarımla,

Gurkan Özel

9 Aralık'ta yazdığım ancak listeye gönderemediğim mesajım yukarıdaydı. Bunun ardından gelen yazımlarda dikkatimi çeken bir husus şu oldu. Listeye daha önce gönderdiğim mesajın alt yapısını oluşturan, yukarıdaki mesajımda da üzerine daha fazla vurgu yaptığım kavramın dışında yazdıklarım "context" dışında değerlendirilmiş ve yanıtlar yazılmış idi. "6 yıl > 2 yıl => 6 yıl her zaman, her koşulda 2 yılı dövmek" mantığı doğru bir mantık değildir. Ben, sınırlarını net olarak belirlediğim koşullar içerisinde önermemi sizlerle paylaştım: 6 yıl okul okuyan bir tip doktorunun "hastane oncesinde acil bakım" konusunda aldığı eğitim, teorik ve pratik bilgi yumağı ya çok kısıtlıdır ya da hiç yoktur. Çünkü ülkemizde tip fakülteleri ambulanslarda acil sağlık bakımı sağlayacak hekimler yetistirmezler. Bu nedenle bu hekim arkadaşlar okuldan mezun olup 6 yıl emek harcadıkları diplomalarıyla ambulanslara binerlerse, ve hekim olarak tek söz sahibi olurlarsa en fazla kendileri sıkıntı yaşarlar. 2 yıl boyunca kapsami belirli, amacı belirli bir şekilde spesifik konuda eğitim görmüş bir paramedik, kendisinden daha uzun süre okul okumasına rağmen hastane öncesi acil bakım alanında a) kendisini geliştirmemiş, b) özel eğitimler almamış bir tip doktorundan daha fazla faydalı olabilir.

Benim önermem, sınırlarını, çerçevesini belirlediğim konu budur.

*** Adasım Sn.Gurkan Tan yanıt mesajında ağırlıklı olarak paramedik pofpoflandıklarını, kendilerine olan asiri özgüvenleri ve bununla birleşen yetersiz altyapıları ile sisteme bir doktordan daha fazla fayda sağlayamayacaklarını, bir doktor olmadan kesinlikle kendi başlarına 112 ASH hizmetlerinde görev almamaları gerektiğini belirtmiş. Sn.Tan'ın vurguladığı bazı noktalara katılıyorum. Türkiye'de paramediklerin eğitimlerinde eksiklikler vardır, kendilerine asiri güvenip gerektiği zamanda doğru hareketi yapamayan paramedik arkadaşlar da vardır. Benim kendi mesajımda yaptığım bir hata belki de ABD'nde aldığım paramedik eğitimi ve 7 yıla yakın süre kara ambulanslarında, helikopter ambulanslarda, yoğun bakım transportunda, uygulayıcı, eğitimci, idareci gibilerle yaptığım çalışmalarla birlikte bu yazımda kendimi bazı örnekler vermem olabilirdi. Ancak bunu da biliyorum ki Türkiye'de yetişmiş, kendisini geliştirmiş, neredeyse 10 seneye yakın süredir alanda bilfiil hasta bakımı tecrübesine sahip değerli paramedik arkadaşlarımız var. Bu arkadaşlar sizlerinde belirttiği şekilde "ağrısı var dikloron ver, tansyonu yüksek lasix ver, şeklinde modomod bilgilerle donatılan" paramedikler değiller. Bu dediginiz uygulamaları yapan arkadaşlara "neden böyle bir tedavi yaparsın?" diye sordüğünüzde ise şu yanıtı alabilirsiniz: "Hastanedeki doktor öyle söyledi!" ya da "112'deki, bizim ambulanslarda çalışan doktorlar öyle yapıyor!" Bunun dışında standartlaşmaya yakın durumda bulunan paramedik mufredatında ağrıya dikloron, hipertansiyona lasix uygulamaları öğretilmemektedir.

*** Sn.Mehmet Kosargelir sertifika isimleri konusunda benim yapmak istediğim vurguyu kacırmış olacak ki eleştirel bir yazı yazmış. Şunu belirtmem gerekir

ki aldığım sertifika eğitimlerinde hastalarımın yararlı olabilecek 1-2 bilgi almış ve bunları uygulamışumdur. Ancak ambulansta baktığım hiçbir hasta reçete yazmadığım için olmadı, durumu ağırlaşmadı, sakat kalmadı. Hastane öncesi acil bakımında reçete yazabilme yetkisi ve yeteneğinin hastanın outcome'ına bir etkisi olduğunu düşünmüyorum. Bir başka deyişle 10 sertifika bir reçete etmeyebilir, ama reçete ambulansta bakılan acil hastaya bir fayda etmez hocam.

*** Sn.Doc.Dr.Ahmet Harma mesajına saygı duyduğum ancak hiç katılmadığım bir kişisel görüşle başlamış. Ahmet Hocam, bu memlekette ya da başka memleketlerde herkesin doktor olması gibi bir mecburiyet yoktur. Memlekette binbir türlü meslek grubu mevcuttur. İnsanlar yaşamlarını kuracakları meslek dallarını tercih ederler. Böyle bir gerçekliğin olduğu ortamda insanları "hekim olabilenler" ve "hekim olamayanlar" diye ayırt etmeye kalkmak klasik bir aydın hastalığı örneğidir. Ben bilerek, isteyerek hekim olmamış bir insanım. Zamanında tek okumak istediğim okul olan ODTU'ye, o tarihlerde (1991) birçok tıp fakültesine girmeme yetecek bir puanla girdim ve severek, isteyerek okudum. Daha sonra başka meslek dallarında kendimi ilerlettim. Bugün bir tıp doktoru olmamamın öndeki tek engel kendimin bunu hiçbir zaman istememiş olmasıydı. Hal böyleyken tıp doktoru olamamış bir insanın tıp doktorlarını eleştirme çabası yorumunuza da katılmadığımı belirtmek isterim. Tıp doktorları tanrı mıdır ki eleştirilmesin? Allahın hatasız kulları mıdır tıp doktorları? Tıp doktorlarını sadece tıp doktorları elestirebilir diye bir zorunluluk mu vardır hocam? Bir mühendis bir tıp doktorunun verimliliğini elestirebilir (kendi bakış açisiyle), profesyonel bir idareci idarecilik yapan bir tıp doktorunun idarecilikini elestirebilir. Kendini geliştirmeye adanmış bir tıp doktoru bu eleştirileri alır, içlerinde ciddiye alacaklarını belirler ve keyfi isterse bunları kendi pratiğine uygular. Ancak bir tıp doktoru "beni sadece bir başka tıp doktoru elestirebilir, bunun dışında kimse buna CURET dahi edemez" derse ben uzulürüm bu tıp doktorunun yaklaşımına.

Oğrencilerinize fakulteden çıktıklarında nelerle karşılaşabilecekleri konusunda tavsiyelerde bulunduğunuzu belirtmişsiniz. Hekim olamamanın verdiği birikimle hekim olarak çıkacak meslektaşlarınızı ham yapmaya çalışacak bazı meslek grupları olacağını ve bunlara karşı gardlarını iyi almalarını önermişsiniz. Gerçeklerle çok örtüşmeyen bu değerlendirmenizle sizin tavsiyelerinize uyacak olan öğrencileriniz de ileride dünyayı "hekim olabilenler" ve "hekim olamayanlar" diye görmeye başlayacaklar korkarım ki. Gerçekten yazık.

Densizlik ve esneklik ile bağdaştırdığınız yazıma ithafen eğitim kurumunuz ve mufredatinizle ilgili açıklamalar yapmışınız. Eminim sizin öğrencileriniz çok şanslılar ki onlara çoklu travmalı, ortopedik travmalı ya da uzmanı olduğunuz diğer bütün travmalı hastalara hastane öncesinde acil yaklaşımı öğretiyorsunuz. Bu öğrenciler pelvis fraktürüne alanda eksternal fiksasyon takmayı düşünmüyor. Aklına ilk gelen şey grafilerine bakmayı istemiyor. Böyle öğrenciler hastanın eklemler, kas ve kemiklerden ibaret olmadığını, hastayı hızla ölüme götüreceği diğer faktörleri

biliyor, bunlari tanimayi ve en uygun mudahaleyi ogreniyorlar. Etkin bir havayolu sagliyorlar, gerektiğinde hizli seri entubasyon yapiyorlar, hastane oncesi asamada uygun sivi tedavisinin hangi kosullarda, hangi yoldan ve hangi sivilarla yapilabilecegini biliyorlar. Kafa travmali hastaya mannitol, lasix, dekort ile saldirmiyorlar, hipotansif kalan kafa travmali hastaya sivi replasmani yaparsam kanamayi arttiririm, en iyisi hic dokunmayayim demiyorlar. Bir baska deyişle ABD'nde "ortopod" diye tabir ettigimiz ortopedi uzmanlarinin klasik yaklasimi "bone broke, me fix!", (Turkesiyle "kemik kirik, ben var tamir etmek!") yontemini izlemiyorlar. Umarim sizin ozenle egittiginiz bu meslektas adaylariniz yine bir ortopedi uzman hocamizin (profesor olur kendisi) tabiri ile "ben kardiyak arrest yapmayi iyi bilirim" demeyip acil kardiyolojiyi, arrest yonetimini ve resusitasyon gerceklerini ogreniyorlar. Eger bu ornekleri diger butun branslarin acil olgulara olan yaklasimi ile destekleyip bir hastaya (MI'li, solunum sikintili, pedyatrik, ekslamsili gebe, vb.) hastane oncesinde nasil acil mudahale yapilacagini ogreniyorlarsa ben, yaslari benden cok kucuk olmasina ragmen, onlarin ellerinden oper, ayni ambulansa birgun calisabilmek icin dua ederim.

Derslerinizde ogrencilerinizle gercek yasam anektodlariniz paylasmaniz, gerceklerden ornekler vermeniz cok guzel hocam. Ancak gercekleri tek bakis acisi ile degil farkli bakis acilariyla sunabilmek eminim daha yararli olurdu. Eger birgun sansim olursa sizleri merkezinide ziyaret etmek, yuzyuze sohbet etmek, hatta ogrenci arkadaslarla tanismak ve belki bir dersleri sirasinda onlari mezun olup meslek hayatina atildiklarinda karsilayacak ocu insanlardan biri olmadigimi belirtip vizyonlarına, dunyaya ve meslek hayatlarına daha farkli bir bakis acisi katabilecek bir sunum/konusma yapabilmek isterim. Inanin bana bu soyledigim turde sunumlari tip fakultesi ogrencileri de dahil olmak uzere Turkiye'nin farkli illerinde farkli meslek gruplarına yaptim ve oldukca olumlu yanitlar aldım.

Sayin liste uyeleri,

Konu basladigi noktadan (sev yada sevk et!) daha farkli bir noktaya geldi. Ancak en kotu tartismalardan bile ogrenilecek birseyler olduguna inaniyorum. Kirma dokme bir yana, uygar insanlar gibi tartisabilmeliyiz. Biz yazi yazmak, bir onermede bulunmak "CURETKAR" olmayi gerektirmemeli. Ozgurce dusuncelerimizi ifade edebilmeliyiz. Bu dusuncelerin ifade sartlari "egitimin kadar konus, diplomn kadar konus" olmamali. Kucumsemek, kaale almamak bir konu hakkında goruslerinizi hakli cikarmaya yetmez. Karsi gorusunuzu saglam delillerle belirtirsiniz ki herkes birseyler ogrensin. Ben yazimin basinda da belirttigim gibi, sinirlarini cizdigim cok spesifik noktada goruslerimin arkasindayim. Herkes benimle ayni fikirde olmak zorunda degil. Ancak bu kiliclari kusanip, meslekler arasi, topyekun bir muharebe, savas ilani haline donmemeli.

Hepinize saygılarımı sunuyorum.

İyi çalışmalar dileğimle,

Gurkan Özel

3033 Tolgay ŞATANA 12 Aralık 2007

Benzer tartışmayı akut grubunda yine colorado'ya biyoistatistik eğitimi olarak gidip orada comitiny center paramedik eğitimi alan, hekim düşmanı biri ile yaptım. Muhtemelen aynı kişinin bu grupta spekülasyon yapmasını gereksiz buluyorum. Zira yapıcı bir tartışma ve sonuca bağlanacak bir fikir paylaşımı olmayacaktır.

Ülkemizde çok kesin olmasa da insan hayatı konusunda müdahil olan meslek grupları ve sorumlulukları bellidir. Pratisyen hekimliğin son yıllarda düşürüldüğü acı manzara bu eleştirileri hak etmemektedir. Acil servis-arama-kurtarma-acil müdahale gibi yasal boşluğu ve düzenleme eksikliği çok olan konularda referans olmadığından bu grupta tartışmayı gereksiz buluyorum.

Saygılarımla

Tolgay Satana

Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı

3035 Sinan NURAL 12 Aralık 2007

İyi günler

Birkaç gündür süren tartışmalar oldukça çığırından çıkmışa benziyor.

Sanırım ilk eleştiriyi yapan ve karga-tulumba taşımadan söz eden arkadaşımız ya hiç hayatında paramedik görmedi ya da bu işte bir tuhaflık var ardından sn koşargelir adı üstünde paramedik demiş çok doğru paramedik zaten biz başka bir sıfat uydurmadık hastane öncesi acil bakımdan söz ediyoruz hatırlatırım ve at ile eşek bencede yarışmamalı. Paramedik ve ATTlerin sisteme girişi belli aşamalardan sonra olmuştur ve işlerindeki başarı gittikçe yükseliyor.

Paramedikler sisteme girince kalite arttı ve kendini eksik gören arkadaşların bundan göçtüğünü düşünüyorum araç kullanılacak denildi elimizden geleni yaptık arkada çalışacaksınız denildi bütün gücümüzle işimize sarıldık.

Travma grubunda sürüyor tartışma o halde sayın taviloğlu paramediklerin gittikleri eğitimlerdeki başarılarından söz etsin ya da resüsitasyon derneğinin ve bakanlığımızın düzenlediği ileri yaşam desteği eğitimindeki başarıyı merak eden var mı?

Türkiyede Ambulans güvenli sürüş eğitimini ilk gündeme taşıyan kimler peki?

Yurt dışındaki paramediklerden söz eden arkadaşşa cevabımızı ambulans ralisinde verdik farklı eğitim aldığımızı yazmış buda doğru onlardan daha eğitilmiş olduğumuzu biliyor mu acaba biz bunu her platformda ispatlamaya hazırız ya siz?

Bu Meslek grubu ile ilgili gelişmeler Bakanlığımızca Zaten sık elenip dokunuyor ve hayata bu şekilde geçiriliyor bu Ajitasyonun sebebini anlamak mümkün değil

Pratisyen hekimlerin düşürüldüğü durumdan söz etmiş arkadaşlardan biri bunu sorumlusu paramedikler yada ATTler mi Bütün bunlara rağmen ülkemizdeki acil yardım sisteminin doruğa çıkması için meslek grubu olarak azimle çalışmaya devam edeceğiz ekip ruhunu baltalayan bu tartışmaları başlatanlar bu düşmanca tavrından vazgeçmelidir.

iyi çalışmalar

Paramedik
Sinan NURAL
ANKARA 112

3036 Korhan TAVİLOĞLU 12 Aralık 2007

Sayın Nural,
Bahsetmemi istediğiniz ne basarisidir anlayamadım?
Dr. Korhan Taviloglu

3038 Atilla KURTULUŞ 12 Aralık 2007

AKILLI OLMAK LAZIM

Oncelikle tum katilimcilara calisma hayatlarında basarilar diliyorum. Belki bu tartismaya yol acan en onemli motivasyon -gozlerden kacmis gibi duruyor ama- Ozel sektorun saglik hizmetlerinden pay almasiyla birlikte patlayan personel istihdami sorunu demeliyiz. Ucuz isgucu ile kar marjini arttirmaya calisan her sektor gibi saglik sektoru de elbette kendisine maliyeti kalın gelen doktorlar yerine paramedikleri calistirmaya yonelecektir. Bu paranin dogasinda bulunan bir ozelliktir. Oncelikli olarak 6>2 demedim. Ben bir doktordan paramedifin yaptigi hizmeti alabilirsiniz, bir paramedikten doktorun yaptigi hizmeti alamazsiniz dedim. Bu "AKILLI ESEK ATLA YARISMAZ" sozu bir atasozudur ve haddini bilmeyi, konusurken kaz ile kozu karistirmamayi ogutler torunlarına. 4 yil eğitim almış bir Kamu Yöbetimi mezunu da Vali olup binlerce doktora amir oluyor sonucta... Bu tartismamızın asil konusunu olusturmuyor.

Saglik Bakanliginda paramediklerin kullanimi ve eğitim kalitesine göre EMT siniflandırılması, Yuksekokul acılması su anda Hudut Sahiller Saglik Genel Mudurlugu Seyahat Sagligi Sube Md.'de görev yapan, o zamanlar Acil Saglik Hizmetleri Sube Mudurlugu olarak Temel Saglik Hizmetlerine bagli bir Subenin Muduru arkadasimiz Dr. Celil Bedir, Istanbul Saglik Mudur Yardimcisi

(su anda ACSAP Genel Muduru) Uz.Dr.Rifat Kose ile baslar. Bu koca sistemin yol haritasini cizen Rifat agabeyimiz (o herkesin agabeyidir) Saglik Bakanligini ve bizi yonlendirdi ve calismalarimiz basladi. Bir ara Almanyada egitim aldiktan sonra tekrar katillip bilgilerini esirgemeyerek paylasan Uz.Dr. Ayhan Ozsahin, su anda herkesin tanidigi Prof.Dr. Haydar Sur, bir baska abimiz Dr. Aytac Gocecek, sonralari guncellestirmede Bakanlik ayagini goturen Dr.Huseyin Okunakol, Tacettin Kakillioglu, su andaki daire baskanimiz (bagislasin adini hatirlayamadim gece gece) , izmirden Dr.TuranSofuoglu, bundan 13 yil once vardik. Ve temeli olusturmak icin surekli beraber olduk. Calistik calistik...

O zamanlar ABD'ye John Fowler'dan rica ederek ingilizce yazdirdigim bir yaziyi tum ABD eyalet meclislerine yollamis ve gelen koli koli cevapleri, projeleri, kaynak ve dokumanlari arkadaslarimla paylasmistim. Bu arada bazi yazili urunler ortaya koymustuk. Maine Eyaleti EMT-P el kitapçigi, Massachusettes Eyaleti Mudahale Protokolleri, Nebraska Eyaleti YÃ¶netmeliÄYi idi bunlar. Bu arada doktor arkadaslara birer kopya vererek mudahalelerinde bu formata uymaya calismalarini onermistik. Sonucta diploma sahibi olduktan sonra sinirlama sansinizin olmadigi bir gruba egitim veriyorsunuz... Onlar da Fransa Acil Yardim Sistemi baskani Maurice Soustielle'i sasirtacak sonuclara imza atmislardi.

Neyse bu donemde 112 Acil prim yapmiyordu. Uniforma bile yoktu. Telsiz sistemleri kimi yerlerde cekmiyordu calisanlarin hayati tehlikelerini soylemiyorum bile... vs. vs.

O zamanlar paramedikler kafamizda sadece bir hayaldi. Keske olsalardi diye hayal ederdik. Olsalardi da su isi yaptirabilseydik... Simdi goruyorum ki sayilari artmis. Eee ozel sektorun de istahi artmis bu ucuz isci gucune; anliyorum...

ABD ile Turkiyeyi karsilastiriyorsunuz anladigim kadariyla.. Kafaniz da iste burada karisiyor. Akilli olun diye tembihlemem de buradan.. Ucuz isci olarak istihdam edebilmek icin ozel sektor Saglik Bakanligina cullanmis paramedik istiyor. Aaaa ABD de boyle ama diye de imliyor... Eskisehir ve Antalyada 911 gibi bir merkez kuruluyor su anda pilot calisma olarak. Niye? Aaaa ABD de oyle de ondan... Bir kere biz sistem olarak ABD sistemini benimsemedik. Her ne kadar o zamanlar ayar olsam da (ben ABD sistemini turkiyeye adapte etme yonunde dusunuyordum) Dr. Ayhan Ozsahin Avrupa Topluluguna uyum sureci sebebiyle arama numarasi 112 olarak konan sistemi Almanyada etÃ¼d etmis ve Turkiye'yi de bu sisteme adapte etmeye calisiyordu. Hakliyim...

ABD'de hemen hemen ayni sure egitim goren Paramedik, itfaiye ve polis ayni cati altinda calisabilir. Kalifikasyonlari birbirine yakindir. Ama hastaya ilk varildiginda mudahale yetkisi (CPR) sanilanin aksine itfaiyenindir. Bu da bir hasta basinda tartisirlarken hastanin kaybedilmesi sonucu olayin

kamuoyu gündemini yıllarca mesgul etmesi sebebiyle NY eyalet meclisi kararıyla tüm ABD'ye tasınmıştır.

Yani yangın sonucu yaralı bulunan yerde kim yöneticidir. Cevap itfaiye... Hadi ülkemize adapte edelim....

112'yi yöneten şu anda polis olacak, altındaki personel ise doktor, itfaiye ve güvenlik güçleri... Bu da potansiyel olarak geçmişte yaşadığımız birkaç anekdotu akla getiriyor. Emniyet Müdür yardımcısı filan kimin esi ve çocuğunu polikliniğe taşıma işi de sicil amiri polis olan ambulans personeline tekrar yapılacak demektir. Bunu engellemek için biz tüm kurumlardaki ambulansları tek çatı altında toplamamız mıydık. Atıl kapasite duran yüzlerce ambulans devreye sokmamış mıydık.. Vah bize....

ABD'de gördüğümüz her şey bize uymuyor dostlarım. Onlar eyalet meclisiyle yönetiliyor. Ruhsatlandırılmış merkezlerin standartlarını çok sıkı takip eden bir sağlık müdürlükleri var ve hemen her şey orada özelleşmiş durumda. Doktoru çalıştırmak da bu yüzden bu sistemde hiç ekonomik değil. Tabii yasalar da özel sektörün isteği çerçevesinde çiziliyor. Paramedik icat ediliyor.. Silvester Stallone'nin dinamit bile kullanmayı bilen paramedik filmindeki becerikli kahramanlardan ama....

Sunu biliyoruz. Sağlık hizmetinin özelleştirilmesi hasta tarafında maliyeti arttırırken, sağlık çalışanlarının kalifikasyonu yüksek olanlarının yerine dolgu materyali olarak kullanılacak personeli gündeme getirir. Madem gidisat bu yönde o zaman karşı çıkmak anlamsız. Ama iyileştirmeye gayret etmeli..

Nasıl olur? Avrupa Topluluğu ülkelerinde ambulanslar sınıfı sınıf. Mükemmel hizmet gereken vakalarda Anestezi Uzmanı bile olay yerine gidebiliyor. Ve bedelini cebine koyuyor. Fasarya diyebileceğimiz vakalara ise Medical Dispatch yönetiminde bir komuta doktorunun gözetiminde paramedik te gidiyor. Bu sebeple yıllardır bu işe kafa patlatmış sonra da değişik üniversitelerde farklı alanlarda uzmanlaşmış eski insanlara kulak vermenizi öneririm. Ben de Paramediklere eğitim verdim. Sonuçta bu çocuklar akılları yetseydi doktor olmak isterlerdi. Becerileri biraz daha düşük olduğu için paramedik olmuşlardı. Bu küçümseme değil gerçek. Dr. Özgür Yazıcı Paramediklere verdiği bir eğitim toplantısında sormuştu: "İçinizde üst tercihlerinde tıp fakültesi yazmamış olanınız var mı? - Tüm sınıf sessizliğe burunmuştu" Tabii ki görevlerini yetkin bir şekilde yapabilseler hasta teslim edilebilir onlara.. Ama bence simdilik Ankarada ambulansa hastayı bağlamadan gaza basan soforun hatası sonucu sedyeye yere çakılan yaralıyı paramediklerle eğitimi bir olmayan sofor arkadaş yerine paramedikleri ambulansta önce hem sofor hem de yardımcı sağlık personeli olarak istihdam etmeli, sonra sayı ve kalifikasyonları ve tecrübeleri artınca Komuta Doktoru gözetiminde mudahaleye izin vermeli diye düşünüyorum. Ve paramedikleri yönetmelikle doktor yerine kullanmak isteyen özel sektöre yem yapmamalı. Bundan hem paramedikler, hem halkımız karlı çıkacaktır.

Herkese iyi niyetinde devam, çalışmalarında başarılar diliyorum. Su ana

kadar emegi gecen tum arkadaslarima, adlarini ansam da anamayip hatirlamasamda cok tesekkur ederim. iyi ki bu DOKTOR arkadaslarim varlar. Ben kendimi onlara emanet ederim, TAArk Doktorlarına... Bunlar da benim son sozum.

Dr.Atilla KURTULUÅ

3041 Turhan SOUOĞLU 15 Aralık 2007

Değerli grup uyeleri,

Bir suredir grupta hastane oncesi acil sagl'k sisteminde hekimin yeri, paramedikler mi daha iyi yoksa hekimler mi gibi tartismalari hep birlikte izliyoruz. Bunlar sistemin icinde yer alan personel yapisinin degismesinin dogal sonuclari. 20 yilin uzerinde bu sistemin icinde yer alan bir hekim ve yoneticisi olarak bu tartismalar beni bir yandan sevindiriyor, bir yandan da uzuyor. Sevindiriyor cunku bizler yillarca bu sistemin yasamas' ve gelismesi icin her türlü engellemeye ragmen cal'ist'k, ulkemizde bu sistemin uluslararası standartlarda verilebilmesi icin yurt ici yurt d's' yuzlerce egitim ve toplantiya katildik. Simd©, goruyoruz ki genc paramedik ve ATT kardeslerimiz en az bizler kadar bu sisteme ve islerine sahip cikiyorlar, daha iyi olmak icin caba gosteriyorlar. Beni uzen taraf tartismalarda konuya kendi hakliligi ve penceresinden bakan arkadaslarimizin biraz da duyduklari heyecan ile karsi taraf kucultucu soylemleri. Butun dunyada bu tartismalar olmustur ve hala da olmaktadır. Onemli olan bu tartismalardan yararli bazi sonuclara ulasmaktir. Burada cok sevdigim bir sozu de hatirlatmak istiyorum " Bilgi sahibi olmadan fikir sahibi olunmaz".

Acil Ambulans Hekimleri Dernegi (AAHD) uyeleri ve Izmir 112 Ambulans Servisi yoneticisi ve cal'sanlar' olarak bizler bu konuda personel yapisindeki cesitlilikin avantajimiz oldugunu dusunuyor ve tum 112 calisanlarina bu sistemde sahip cikiyoruz. Onemli olan isini seven, benimseyen ve iyi yapan bireyler. Hepinizde cok iyi bildigi gibi dunyada bu konuda tek bir sistem yoktur. Bircok Avrupa ulkesinde ambulanslarda b'rak'n pratisyen hekim uzman hekimler yillardir gorev yapmaktadır. Ulkemize Ambulans Rallisi ile gelen yabanci ekiplerdeki Anestezi, Ortopedi, Genel Cerrahi uzmanlarini hatirlayin ve islerini nasilda severek, isteyerek yaptiklarini. Kacinilmaz bir gercek olarak ulkmizdeki sistemde paramedik ve ATT'lerin sayisi giderek artacaktır, ayni sekilde yapılan yonetmelik degisiklinin dogal bir sonucu olarak hekimsiz ambulans sayisi da artacaktır. Aile hekimliginin cazip maddi avantajlari butun dunyada oldugu gibi bizde de hekimlerin o yone

kayisini hizlandiracaktır. Burada bizim yapmamiz gereken bu dengenin sistemin kalitesi ve selameti acisindan kabul edilebilir oranlarda kalmasi icin caba gostermektir. Hekimlerin yer almadigi bir ambulans sistemini dusunun, ne derecede basarili olabilir, ayni sekilde uzun yillardir bizim de sisteme girmeleri icin mucadele verdigimiz paramediklerin yer alamadigi bir sistemi gozunuzun onune getirin. Konuyu isini bilmeyen bir hekim, acemi paramedik basit tartismalarına indirmeden, sistemde calisan hekim, paramedik, hemsire, ATT, saglik memuru ve soforlerin islerini ulke duzeyinde uluslararası standartlarda nasil yapmalari gerektiği tartismalarimizi yogunlastirmaliyiz. Hala ulke duzeyinde ambulans sayisi nufusa ve vaka yogunluguna gore yeterli degil ve isini iyi yapan tum personele ihtiyacimiz var. Ozellikle egitimli ve tecrubeli

hekimlerin sistemde kalmaları için maddi yonden düzenlemelerin yapılması, 112'ye ait müstakil doner sermayenin bir an önce kurularak, çalışan tüm personelin yararına kullanılması bu günlerde hayati bir önem taşımaktadır. Hepinizin de çok iyi bildiği gibi bu ülkede gerek hekimler, gerek diğer sağlık personeli farklı okullarda farklı düzeyde eğitimler ile bu konuda yetersiz olarak okullarından mezun olmaktadır. Son yıllarda yoğunlaştırılan mezuniyet sonrası eğitimler, değerli hocalarımızın ve Sağlık Bakanlığının katkıları ile yapılmış olsaydı uluslararası düzeyde bir başarıdan, 112'nin tüm ülkede kabul gören vazgeçilmezliğinden söz edilebilirdi acaba. Ambulans Rallileri bunu 3 yıldır açıkça göstermektedir. İyi eğitilmiş bir hekim, paramedik ve ATT'nin yer aldığı Türk ekipleri bu konuda dünyada söz sahibi ülkeler olan Çek Cumhuriyeti, Polonya, Almanya, İsrail gibi ülkelerin ekipleri ile aynı standartlar ve bilgi düzeyinde mücadele vermekte uluslararası ambulans rallilerine çağrılmaktadır. Hiçte kendimizi küçük görmeyelim, ama yeterli olduğumuzuda kesinlikle düşünmeyelim. Bilginin sonu yoktur, ben bu yaşta ve tecrübeme rağmen hala her gün yeni bir şeyler öğreniyorum ve bu konuda çaba sarfediyorum. Sonuç olarak hastane öncesi acil sağlık sistemine bilgi ve emeği ile geçmişte ve bugün katkıda bulunan tüm sağlık çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimiz ve birlikte bir şeyler başarabilmenin en büyük mutluluk olduğu düşüncesi ile hepimize başarılar ve birbirinize karşı hoşgörü diliyorum.

Dr.M.Turhan SOFUOĞLU
İzmir Sağlık Müdür Yardımcısı
112 Ege Bölge Koordinatörü
AAHD Başkanı
Hurriyet Bul.No:1 Alsancak/İZMİR
Tel: +90 232 4412177
Fax:+90 232 4412250
e-mail:turhans112@...

3043 Mustafa TURAN 14 Aralık 2007
iyi günler

Torgay beyin mailinde geçen ve bir yanlış anlamadan kaynaklandığını düşündüğüm yanıtı düzeltme gereği duyduğum için mail atma ihtiyacı hissettim.

Torgay beyin AKUT grubundan olduğunu kastettiği Gürkan Özel AKUT ekibinden olmayıp ORDOS ekibindedir. AKUT Arama Kurtarma Derneği gönüllüleri arasında biyoistatistik veya istatistik eğitimi aldıktan sonra Colorado'da comitiny center paramedik eğitimi almış herhangi bir gönüllü bulunmamaktadır.

Mustafa TURAN
AKUT ARAMA KURTARMA DERNEĞİ

3046 Gürkan ÖZEL 17 Aralık 2007
Sn. Kurtulus,

Aciklayici mesajiniz icin tesekkur ediyorum. Ancak liste uyelerinin de affina siginarak yanlis anlasilmalara meyil verebilecek birkac aciklamaniz icin kendi acimdan uzman gorusunu aktarmak ve bu bilgi paylasimi firsatini kullanarak duzeltmeler/eklemeler yapmak istiyorum. Sizlere birkac soru yoneltmeden de duramayacagim tabii. Yanitimi sizin yazinizin akisi icerisinde, daha kolay secilebilmesi icin *kirmizi *renkle aktariyorum. Lutfen okumaya devam ediniz:

> **AKILLI OLMAK LAZIM**

> *Oncelikle tum katilimcilara calisma hayatlarinda basarilar diliyorum.*

> *Belki*

> *bu tartismaya yol acan en onemli motivasyon -gozlerden kacmis gibi duruyor*

> *ama- Ozel sektorun saglik hizmetlerinden pay almasiyla birlikte patlayan*

> *personel istihdami sorunu demeliyiz. Ucuz isgucu ile kar marjini*

> *artirmaya*

> *calisan her sektor gibi saglik sektoru de elbette kendisine maliyeti kalin*

> *gelen doktorlar yerine paramedikleri calistirmaya yonelecektir.*

>

*Bugun paramedikleri varligini, paramediklere duyulan ihtiyaci ozel sektorun ucuz isgucu temini icin gercekestirdigi bir cabanin sonucu oldugunu soyluyorsunuz yanlis anlamiyorsam. Ozur dileyerek buna katilmadigimi belirtmeliyim Sn.Kurtulus. Paramedik eğitimlerinin Türkiye'de gündeme gelmesi 1990 dönemine rastlıyor. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesinden değerli hocalarımızın gayretleri ile ve Kanada'da yerleşik paramedik eğitim kurumlarından bir tanesi ile gerçekleştirilen temas ve karşılıklı çalışmalar sonucu ilk defa 1993-1994 döneminde 9 Eylül üniversitesi bünyesinde resmi olarak onlisans düzeyinde paramedik eğitimleri vermeye başlanıyor. Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri alanında en köklü ve yaygın servis ağı hizmet veren kurum olarak düşünebileceğiniz Medline'in kuruluş tarihi 1995. Medline öncesinde bir başka özel teşebbüs Türkiye'de ileride ucuz işgücü olarak somurmak amacıyla paramediklerin yetişmesini desteklemisse onu bilemem.

Uzun yıllar paramediklerin birer diploma ile mezun olmalarına rağmen SB bünyesinde acil sağlık hizmetleri/ambulans servislerinde çalışmadığını biliyorsunuz. O dönem boyunca bu insanlar özel hastanelerde, acil servislerde ve özel ambulans firmalarında görev yapmaya çalıştılar. Sağlık Bakanlığının yakın geçmişte çıkarttığı yönetmelikler bünyesinde devlet bünyesinde paramediklerin hizmet verebilmesinin onu acildi ve bu yolla devlette paramedikler istihdam edildi. Devlet özel bir sektör olmadığina göre paramedikleri özel sektör elinde somurulmaktan kurtaran bu hamleyi hangi amaçla yapmıştır bilemiyorum. Yok sizler eğer bu adımların Sağlıkta Donusum Projesi kapsamında, devletin hekimlere yönelik politikalarının birer parçası olduğunu iddia ediyorsanız onu da tartışırız. Ama konuyu başka yerlere çekmemek, paramediklerin özünü saptırarak sorgulamamak kaydıyla.

Ote yandan paramedikler kadar diger yardimci saglik personellerine de benzer bir soylemle yaklasabilmek mumkun olurdu sizin ozel sektor = ucuz isgucu denkleminizle. Yani rontgen teknikeri, anestezi teknikeri, laboratuvar teknikerleri ve ismini burada yazmadigim daha onlarca yardimci saglik bransindan arkadaslar o ya da bu sekilde doktorlari maliyetinin dusurmek hedefiyle ortaya cikmis sayilirilar oyle mi? Ben bunun dogru olduguna inanmiyorum. Onceden yardimci saglik personeli olarak siniflanan hemsire ve saglik memurlari ile birlikte spesifik alanlarda ihtisaslasmis ve sadece o isi gormek icin yetistirilmis kalifiye isgucunden bahsediyoruz burada. Bu branslasma kapitalizmin saglik sektorune olan bir etkisi mi onu tartisiriz, ancak dunyanin elde ettigi faydayi artik sorgulamadigi bu durumda, Turkiye'de branslasmis yardimci saglik personeli branslarini ucuz isgucu olarak nitelerek cok dogru olmaz. Elbette bunlari alacagi ucret daha fazla egitime sahipolan doktorlardan az olacaktir, ancak bu bir kiymetsizlik belirteci olamaz.*

- > *Bu paranin*
- > *dogasinda bulunan bir ozelliktir. Oncelikli olarak 6>2 demedim. Ben bir*
- > *doktordan paramedigin yaptigi hizmeti alabilirsiniz, bir paramedikten*
- > *doktorun yaptigi hizmeti alamazsiniz dedim. Bu "AKILLI ESEK ATLA YARISMAZ"*
- > *sozu bir atasozudur ve haddini bilmeyi, konusurken kaz ile kozu*
- > *karistirmamayi ogutler torunlarına. 4 yil egitim almis bir Kamu Yobetimi*
- > *mezunu da Vali olup binlerce doktora amir oluyor sonucta... Bu*
- > *tartismamizin*
- > *asil konusunu olusturmuyor.*
- >

*Ben sizin iyi niyetinizden, paramedikleri esek, doktorlari ise at olarak gosterme istemediginizden eminim. Nadide atasozumuzu sadece bir benzetme amaci ile kullandiniz. Ancak kimi katilimcilar yazilani yazildigi gibi alip atla esegi birbirine karistirdilar. Bu nedenle belki atasozlerimizi kullanirken yanlis anlasilmalara, bazi meslek gruplarına hakaret ediliyormus gibi yanlis anlasilmalara yol acacak seylerden imtina etmek gerekir diye dusunuyorum.

Ben her nedense onceki yazilarinizda rustunu sozlu sinavlar ve egitim programlarini asarak ispatlamis doktorlardan bahsettiginizde her zaman her kosulda 6>2 dediginizi anladim. Duzelttiginiz icin tesekkurler. Bir doktordan paramedigin yaptigi hizmeti ancak ozel birtakim egitimler aldiktan sonra alabilirsiniz, yoksa fakultede ogrendikleri ile bir doktordan gelecek bu hizmet bekledigimiz standartlarda sunulamayabilir. Ben de bundan onceki yazimda ayni sekilde bir paramedigin bir doktorun yerine gecebilecegini, onun yerine saglik hizmeti verebilecegini iddia etmedim. Dikkatli okudugunuzda goreceginiz sey sinirlari cizilmis haliyle (yani hastane oncesi acil saglik bakimi asamasinda) bir paramedigin, fakulteden yeni cikmis ya da mezuniyetinin uzerinden zaman gecmesine ragmen hastane oncesi acil saglik

bakimi konusunda özel bir eğitim almamış (örneğin 10 yıl kurum hekimliği yapmış, ya da 5 yıl sağlık ocakları hekimliğinde bulunmuş) bir pratisyen hekimden daha iyi hizmet sunabileceğini belirttim. Buradaki hizmet hastaların evine gidip teşhis koymak ve reçete yazmak değil, modern hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde beklediğimiz haliyle hastayı hızla olumsuz durumlardan düzeltilmesi ve güvenli ve ilk girişimleri yapılmış şekilde etkin acil sağlık hizmeti sunabilecek bir sağlık merkezine transportundan bahsediyorum. Daha önceki mesajımda belirtmediğim bu konuyla ilgili bir başka iddiam da burada vurgulayayım müsaade ederseniz: Hastane öncesi sağlık hizmeti alanında özel eğitimi olmayan pratisyen hekimler dışında örneğin bir hematoloji profesörü, dermatoloji doçenti, deontoloji uzmanı, enfeksiyon hastalıkları yardımcı doçenti gibi branşlar da hastayı hızla olumsuz durumlardan hastane öncesi ortamda bir paramedığın verdiği etkinlikte bu hizmeti veremezler. Burada durum şüphesiz 9>2, 10-11-12>2 haline döner ama hem sizin böyle söylemediğinizi belirtmeniz hem de benim önceki mesajımda "önemli olan nicelik değil nitelik" şeklinde açıkladığım gerçekler nedeniyle bunun böyle olmadığı konusunda hemfikirizdir diye düşünüyorum.

*

>

- > *Sağlık Bakanlığında paramediklerin kullanımı ve eğitim kalitesine göre EMT*
- > *sınıflandırılması, Yükseköğretim Kurulu'na su anda Hudut Sahiller Sağlık Genel*
- > *Mudurluğu Seyahat Sağlık Sube Md.'de görev yapan, o zamanlar Acil Sağlık*
- > *Hizmetleri Sube Mudurluğu olarak Temel Sağlık Hizmetlerine bağlı bir*
- > *Subenin Müdürü arkadaşımız Dr. Celil Bedir, İstanbul Sağlık Müdür*
- > *Yardımcısı*
- > *(su anda ACSAP Genel Müdürü) Uz.Dr.Rifat Kose ile başlar. Bu koca sistemin*
- > *yol haritasını çizen Rifat ağabeyimiz (o herkesin ağabeyidir) Sağlık*
- > *Bakanlığını ve bizi yönlendirdi ve çalışmalarımız başladı. Bir ara*
- > *Almanya'da*
- > *eğitim aldıktan sonra tekrar katılıp bilgilerini esirgemeyerek paylaştı*
- > *Uz.Dr. Ayhan Özşahin, su anda herkesin tanıdığı Prof.Dr. Haydar Sur, bir*
- > *baska abimiz Dr. Aytac Göcecek, sonraları guncelleştirilmedi Bakanlık*
- > *aygını*
- > *gotüren Dr.Huseyin Okunakol, Tacettin Kakillioglu, su andaki daire*
- > *baskanımız (bağışlasın adını hatırlayamadım gece gece) , izmirden*
- > *Dr.Turan Sofuoğlu, bundan 13 yıl önce vardik. Ve temeli oluşturmaya*
- > *icini sürekli*
- > *beraber olduk. Calistik calistik...*
- >

Bu saydığınız isimlerin birçoğunun ismi ya da şahsen tanıyorum. Gerçekten çok değerli insanlar ve Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin gelişimi için verdikleri hizmetleri göz ardı etme, küçük görme gibi bir cabam yok, olamaz da. Tanıdığım ve tanımadığım bu insanlara ve daha adını sayamadıklarımıza burada ben şahsim ve paramedik arkadaşlarım adına teşekkürlerimi sunuyorum.

>

- > *O zamanlar ABD'ye John Fowler'dan rica ederek ingilizce yazdirdigim bir*
- > *yaziyi tum ABD eyalet meclislerine yollamis ve gelen koli koli cevapleri,*
- > *projeleri, kaynak ve dokumanlari arkadaslarimla paylasmistim. Bu arada*
- > *bazi*
- > *yazili urunler ortaya koymustuk. Maine Eyaleti EMT-P el kitapçigi,*
- > *Massachusetts Eyaleti Mudahale Protokolleri, Nebraska Eyaleti*
- > *Yönetmeliği idi bunlar. Bu arada doktor arkadaslara birer kopya vererek*
- > *mudahalelerinde bu formata uymaya calismalarini onermistik. Sonucta*
- > *diploma*
- > *sahibi olduktan sonra sinirlama sansinizin olmadigi bir gruba egitim*
- > *veriyorsunuz... Onlar da Fransa Acil Yardim Sistemi baskani Maurice*
- > *Soustielle'i sasirtacak sonuclara imza atmislardi.*

Saniyorum mevcut sistemde yasanan sorunlardan bir tanesi sizin de burada degindiginiz gibi bir hekimin hizmetini sinirlayamama ya da sorgulayamama. Sunu demeye calisiyorum: Gunumuze kadar ambulanslarda hizmet veren hekimlerin verdikleri hizmetlerin uygunlugunu denetleyen bir mekanizma yoktu. Benim tecrube ettigim kadariyla gecerli olan uygulama "hekim nasil uygun gorduyse oyle mudahale etti" seklinde idi. Halbuki yetki verdiginiz bir hekime bir de sorumluluk ve denetim zorunlulugu eklenebilseydi hastane oncesinde sunulan acil saglik hizmetlerinin hasta lehine kalitesinde buyuk bir artis olurdu. ornegin bir hekim tipik gogus agrili bir hastaya EKG cekmeyi ya da herhangi bir ilaclı tedaviyi uygun gormezken, belki ayni istasyonda bir baska vardiyada calisan hekim arkadasi tam EKG, oksijen, aspirin, nitrogliserin, veriyor, hastanin agrisini azaltmak icin morfin vermeyi dusunuyor. Bir baska hekim de ayni durumda olan bir hastaya diazem verebiliyor (yasadigim orneklerden bunlari anlatiyorum). Hepsine sordugunda hepsi hakli, cunku fakultede gogus agrili hastaya yaklasimi boyle ogrenmisler. Hastaneye goturduklari hastalarin giriste alinan EKG'lerine baktiginizda hepsinde ileri duzeyde iskemi/infarkt bulgulari var. Hal boyleyken keske sizlerinde o yillarda yaptiginiz calismalar meyvelerini verseydi, Agri'dan Antalya'ya, Edirne'den Urfa'ya butun 112 ASH sistemlerinde doktorlar kendilerinden beklenenin bilimin en son vakif oldugu bilgiler isiginda en gecerli saglik hizmeti oldugunu bilselerdi, bunu pratige dokebilselerdi. Ha, hekimlik hizmetinde elbette farklılıklar olur, cerrahi bir hastaya agresif ya da konzervatif yaklasmak farklı ekoller geregi mumkun olabilir AMA hastane oncesi asamada, enzimlerini goremediginiz, EKG'sini yorumlayamadiginiz ama tipik gogus agrisi olan her hastanin oksijene, alerjisi yoksa aspirine, iki saglam damar yoluna, kontraendike olmadigi durumlarda nitrata ve hala devam ediyorsa agrisinin morfinle giderilmesine ihtiyaci vardir. Burada mevcut bilimsel veriler ekol farklıligini, "ben obur turlu uygun gordum" gorusunu cok desteklemez.

- > *Neyse bu donemde 112 Acil prim yapmiyordu. Uniforma bile yoktu. Telsiz*
- > *sistemleri kimi yerlerde cekmiyordu calisanlarin hayati tehlikelerini*
- > *soylemiyorum bile... vs. vs.*

*Inanın bana 2007 yilinin sonunda da hala uniformasi olmayan, telsiz sistemleri kritik anlarda ariza vermeden duramayan buyuk iller de dahil illerimiz var :o)

*

> *O zamanlar paramedikler kafamızda sadece bir hayaldi. Keske olsalardı diye
> hayal ederdik. Olsalardı da su isi yaptırabilseydik... Simdi goruyorum ki
> sayilari artmis. Eee ozel sektorun de istahi artmis bu ucuz isci gucune;
> anliyorum...*

Ozel sektorun ucuz isgucune olan istahi ile ilgili yorumlarimi yukarida belirtmistim. Bugun Turkiye'de oel sektor istedigini halde diledigi gibi paramedik bulup calistiramiyor. Medline dahi uzun yillar paramedik calistirmadi ambulanslarinda (tercih meselesi). Mevcut ortamda en buyuk isveren bir kamu sektoru olan Saglik Bakanligi.

> *ABD ile Turkiyeyi karsilastiriyorsunuz anladigim kadariyla.. Kafaniz da
> iste burada karisiyor. Akilli olun diye tembihlemem de buradan..*

Benim kafamin karistigi bir nokta yok. ABD sistemini alip Turkiye'ye uyarlayalim iddiasinda degilim. Cunku bunun ulkemizde birebir uygulanamayacagini, uygulansa bile dunyanin en guzel sistemi olarak ornek alinamayacagini biliyorum. Nasil mi? ABD 911 sisteminin icinde egitim gorup 6 yildan fazla sure calisarak, idarecilik ve egiticilik yaparak, sistemin 20'den fazla eyalette isleyisini bizzat gidip yerinde gorerek, profesyonel meslek gruplarinda tartisarak ve dunyanin baska sistemleriyle birebir karsilastirarak gordum. Tekrar etmem gerekirse Turkiye'ye ABD sistemini yerlestirelim demiyorum. ABD sistemi = paramedikli sistem olmadigini da burada belirtmem gerekiyor. Yani paramedikler varken de bizlere uygun sistemler kurulabilir ve isletilebilir. ABD ile Turkiye'deki sistem karsilastirilir. Bunda benim kafam cok net, ancak sizlerin asagida belirttigi bazi satirlara yanlis bilgilenmis oldugunuzu gorerek mudahale etmek durumunda kalacagim. Bu duzeltmelerden listenin diger uyelerinin de faydalanacagini ve daha guncel ve dogru bilgiye ulasacaklarini dusunuyorum.*

>

> *Ucuz isci olarak istihdam edebilmek icin ozel sektor Saglik Bakanligina
> cullanmis paramedik istiyor. Aaaa ABD de boyle ama diye de imliyor...*

>

* Nerede bu inleyen ozel sektor Sn.Kurtulus? Ozel sektor isterse alir calistirir paramedigi. Onunde bir engel yok. *

> *Eskisehir ve Antalyada 911 gibi bir merkez kuruluyor su anda pilot calisma
> olarak. Niye? Aaaa ABD de oyle de ondan...*

>

Kesinlikle ve kesinlikle, Turkiye'deki mevcut haliyle tek numara sistemine gecilmesine karsiyim. Bunu degisik platformlarda, bilimsel kongrelerde, calistaylarda dile getirdim. Saniliyor ki buyuk bir santral yapip numaralari birbirine baglarsaniz sistem duzelir ve guzel isler. Bunun bir hata oldugunu siz de dile getiriyorsunuz ve sanıyorum ayni kanida oldugumuz fikirlerden bir tanesi bu.

>

> *Bir kere biz sistem olarak ABD sistemini benimsemedik. Her ne kadar o zamanlar ayar olsam da (ben ABD sistemini turkiyeye adapte etme yonunde dusunuyordum) Dr. Ayhan Ozsahin Avrupa Topluluguna uyum sureci sebebiyle arama numarasi 112 olarak konan sistemi Almanyada etüd etmis ve Turkiye'yi de bu sisteme adapte etmeye calisiyordu. Hakliyim...*

>

Hata ettiginizi dusunmeyin lutfen. Agir aksak da olsa dogru yolda ilerliyoruz bu alanda. Benim dusuncem ABD gecmisim nedeniyle yanli gibi gorunebilir, ama Alman sisteminin Turkiye'de acil saglik hizmetlerinin (sadece hastane oncesi degil) yapilanmasi bunyesinde uygun bir sistem oldugunu dusunmuyorum. Doktorlar ile paramedikleri entegre eden Ingiliz sistemi deseniz belki size katilirim, ama Alman sistemi konusunda katilmam.

> *ABD'de hemen hemen ayni sure egitim goren Paramedik, itfaiye ve polis ayni cati altinda calisabilir. Kalifikasyonlari birbirine yakindir. Ama hastaya ilk varildiginda mudahale yetkisi (CPR) sanilanin aksine itfaiyenindir. Bu da bir hasta basinda tartisirlarken hastanin kaybedilmesi sonucu olayin kamuoyu gündemini yillarca mesgul etmesi sebebiyle NY eyalet meclisi karariyla tum ABD ye tasinmistir.*

> *Yani yangin sonucu yarali bulunan yerde kim yoneticidir. Cevap itfaiye...*

> *Hadi ulkemize adapte edelim....*

>

* Sn.Kurtulus, bu ana kadar olan yasizmalarimizda konular uzerinde ayri dustuk, anlasamadik. Ancak bu bolum hic ama hic anlasamayacagimiz bir bolum olacak. Burada en buyuk etkenin yanlis/eksik bilgilenmis oldugunuz oldugunu dusunuyorum. Eger musaade ederseniz bahsettiginiz sistemi bir de benden dinleyiniz:

ABD'nde polis memuru, itfaiyeci ve paramediklerin egitim duzeyleri arasinda benzerlikler oldugu kadar cok buyuk farkliliklar da mevcuttur. Oncelikle bu

3 meslek dalında da akademik bir eğitim formasyonunun ABD'nde bir standart olmadığını belirtmek isterim. Her üç meslekte de aslolan sertifikasyondur. Akademik diploma (genelde iki yıllık, istenirse lisans veya yüksek lisans düzeyine tamamlama) gönüllüdür. Ancak artık en az iki yıllık onlisans diplomasını zorunlu hale getirme çalışmaları her üç meslek dalında da mevcuttur. Burada belirleyici olanlar eyaletlerin kendisi olduğundan ülke çapında bir standarttan bahsetmek bütün eyaletlerde bu uygulama hayata geçmeden mümkün değildir.

Polisler çalışmak istedikleri şehirlerde yere yönetime iş başvurularını yaptıktan sonra (en az lise mezunu ve belirli diğer on şartları taşıyan gençler olarak) işe alınmaları halinde polis akademisine kaydolur ve en az 1 sene süren eğitimlerini tamamlarlar. Bu eğitimleri içerisinde yine ilkyardımcı, bir ileri düzeyi olan First Responder ve istekliler için EMT-Basic (ATT) eğitimleri de mevcuttur. ATT olmak polisler için zorunlu değildir, ancak polis memuru olup aynı zamanda ATT ve hatta paramedik olan kişiler vardır. Bu tamamen kendi tasarruflarında olan, zaman zaman maaş artışıyla faydalanmak için ya da kıdem basamaklarında daha kolay ilerleyebilmeleri için, zaman zaman da farklı rollerde farklı işlerde çalışmak istedikleri için tercih ettikleri bir yoldur. Bunun dışında paramedikler ve ATT'ler ile polis memurlarının eğitimleri arasında bir benzerlik yoktur.

İtfaiyeciler aynı şekilde lise mezunu belgeleri ile işe başvurup gerekli fiziksel sınavları geçtikten sonra (Firefighter Challenge denilen, benim de bir dönem katılıp geçtiğim bir engeller etabı) sonra itfaiye kurumunun verdiği Firefighter-I (FF-I) seviyesinde İtfaiye Akademisine girerler ve yaklaşık 3 ay tam zamanlı süren yarı askerî düzeydeki eğitimlerinden sonra en alt seviyeden itfaiye görevine başlarlar. Bu eğitimleri hizmet içinde verilmek üzere FF-II, FF-III ve daha sonra 2 yıllık on lisans eğitimi üzerine devam eden Fire Officer I-II ve III eğitimleri ile devam ederler. Mesleki kariyerlerinde ilerlemek, er statusundan lieutenant (teğmen), captain (yüzbaşı), battalion chief, assistant chief, ve sonunda chief asamalarına ulaşmaları için neredeyse 10 yıllık bir süreç geçer. İtfaiye erlerinin temel eğitimleri boyunca almaları gereken minimum sağlık eğitimi First Responder denilen ve minimum 40 saat üzerinden verilen bir eğitimidir. Ancak çoğu itfaiye birimi personelinin en az EMT-Basic (Acil Tıp Teknisyeni) eğitimi almasını sağlar. Kimi zaman bu personel paramedik düzeyinde de eğitim görür. Bunun nedenini birazdan açıklayacağım.

Paramediklere gelince, bu gruplardan farklı olarak paramedik eğitimleri ABD'nde yasalar gereği sağlık merkezleri yani hastaneler bünyesinde verilmek durumundadır. Paramedikler için 2 yıllık eğitim programları olmasına rağmen (4 yıllık ve yüksek lisans düzeyinde de var) bu bir zorunluluk değildir ve oradaki meslektaşlar açısından bunun bir dezavantaj olduğu dile getirilir (yani zorunluluk halinde olmaması - ancak bu konuda çalışmalar mevcut). İki yıllık eğitim sunan okullar da daha çok eğitimin mesleki kısmını sağlayacak ve medikal yetkiye onay verecek bir hastane ile işbirliği yaparak, kendileri de psikoloji, matematik, İngilizce, iletişim, sosyoloji, vb. yan dersleri

vererek gerekli krediyi doldurduklarında paramediklere onlisans diplomaları verirler. Günümüzde paramediklerin mesleki mufredatında bulunmasına rağmen hastanelerde verilen eğitim ve sertifikasyon boyutuyla yetinmek istemelerine rağmen lise diplomaları üzerine EMT-Basic belgeleri, en az 1 yıl = 2000 saat ATT düzeyinde iş deneyimi, bölgelerindeki onlisans ya da lisans düzeyinde eğitim veren bir okuldaki alacakları 1'er dönemlik anatomi, fizyoloji, matematik ve İngilizce dersleri ile birlikte paramedik okullarına başvurmaları ve kabul edildikleri takdirde minimum 1100 saat süren (benim okulum 1600 saate yaklaşıyordu, farklı eyaletlerde 2000 saate kadar eğitim görebilirsiniz) eğitimlere katılmaktadırlar. Sadece mesleki bilgilerin verildiği bu eğitimlerin saatlerini okul kredisine çevirdiğinizde yaklaşık 100 kredilik bir yük çıkar karşınıza. Bu, Beden Eğitimi, Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi, vb. diğer derslerin haricinde 2.5-3 yıllık bir eğitim yüküne denk gelir ülkemiz koşullarında. Yani onlar sertifika alsalar dahi aslında bir onlisans eğitimi kadar, hatta daha fazla eğitim almaktalar. Bendeniz ilk basta sertifikamı tamamladım (hem eyalet düzeyinde, hem de board sınavı gibi bir sınavı geçerek ülke genelinde geçerli bir belgeyi alarak), ardından Türkiye'ye dönmemeye yakın bir süre, burada gerekli olabileceğini düşünerek paramedik eğitiminde aldığım kredilerle birlikte bir yerel okula başvurduğum. Genelde Meslek Yüksek Okuluna benzer statüde ki ve kamu okulu şeklinde çalışan (bu şekilde maliyetleri özel okullara göre daha hesaplı olan) bir "Community College", benim onlisans diploması alabilmem için paramedik eğitimi yanında birtakım ek dersler daha almam gerektiğini söyledi (İngilizce, matematik, psikoloji, vb.) Ben de o zaman ODTU diplomamı, transkriptimi ve detaylı ders açıklamalarımı kendilerine sundum ve istedikleri dersleri tek tek saydım. Bu yolla fazla zahmete girmeden onlisans diplomamı aldım ve YOK tarafından denkliğini kabul ettirmek yoluyla Türkiye'de geçerli bir onlisans diploması sahibi oldum.

Birbirlerinden oldukça farklı eğitim alan polis, itfaiye ve paramediklerin ortak yanına gelince temelde yatan şu faktörü görürsünüz: ABD'nde bu üç meslek dahi Kamu Güvenliği (Public Safety) branşı altında gelişmiştir. Polis ve İtfaiye için bu rol tanımı daha uygun kaçarken paramedikler için büyük bir ikilem yaşanmaktadır. Bugün ABD'nde paramedikler polis ve itfaiye camiasına, tıp camiasına olduklarından daha yakındırlar. Bunu savunanlar olduğu kadar savunmayıp aksinin gerekli olduğunu düşünenler de mevcuttur. Paramedik mesleğinin ABD'nde gelişimine baktığınızda Amerikan Bilimler Akademisinin 1966'da yayınladığı "Accidental Death and Disability: the Neglected Diseases of Modern Society" raporunun ardından daha çok karayollarında meydana gelen kazalarda ölümleri azaltmak hedefiyle yola çıktığı için Ulaştırma Bakanlığı ve onun bünyesindeki National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) (Ulusal Karayolu Trafik Güvenliği İdaresi) öncülüğünde Federal Hükümetin verdiği yetki ile ambulansların satın alınması, yaygın ambulans hizmeti ağlarının kurulması ve bu alanda çalışacak personelin eğitilmesi çalışmalarını gerçekleştirmiştir. Önceleri standarttan yoksun olan bu çalışmalar neticesinde 1960'ların sonuna doğru önce Miami'de, sonrasında başka şehirlerde ilk paramedik eğitimleri verilmeye başlanmıştır. Bu dağın ortadan kalkması amacıyla Amerikan kongresinin 1973 kabul ettiği Acil Sağlık Hizmetleri Sistemi Yasası EMS Systems Act (Public Law 93-154) ile hastane öncesi modern ASH'lerinin sahip olması gereken 15 öğe

isimlendirilmiş, eyaletlere bu standartlara uygun yapılanmaya gitmeleri için sorumluluk yüklenmiştir. Zaman içerisinde ASH (EMS) özellikle 1980'lerde ülke çapında standardizasyonunu sağlaması ve 1990'lar boyunca da teknolojik gelişmelerin takibi sonucu büyük ilerlemeler kaydetmiştir.

Şimdi, günümüzdeki duruma bakacak olursak, ABD'nde hastane öncesi ASH'lerinin oluşumunda Ulaştırma Bakanlığının öncülüğü bir gerçek olsa da işlerin yürüdüğü eyaletler düzeyinde her eyaletin Sağlık Bakanlığı konumundaki "Health and Human Services" birimleri ambulansların denetlenmesi, personelin sertifikasyonu, hizmetin kalitesi, şikayetlerin alınması/değerlendirilmesi, vb. işlerin hepsini sürdürmektedir.

Gelelim CPR yapılan bir yerde itfaiyenin sorumluluğu alması durumuna. Bu tamamen gerçek dışı bir bilgidir. Ancak sizlerin yanılmasına neden olan gerçeğin şu olduğunu tahmin ediyorum: Günümüzde ABD'nde hastane öncesi ASH'nin yaklaşık %40'i özel şirketler, %50'si itfaiye birimleri, %10'u da ucuncu servis dediğimiz türden hastane merkezli, gönüllü, vb. karışık hizmet ağları tarafından sunulmaktadır. Buradaki şu gerçeğe dikkatinizi çekmek isterim. Vatandaşlar hastane öncesi ASH'in sunulması için yerel yönetimlerin işidir (oranın idari sistemi bizimkinden farklı olduğu için yerel yönetimleri belediye diye algılamamak lazım. Orada eyaletlerin içinde county'ler, bunların içinde de city (şehir)ler bulunmaktadır. Çoğu zaman city düzeyinde, zaman zaman da county düzeyinde hizmetlerin sunumu tek elden yürütülmektedir). Bu yükümlülük altındaki şehir isterse bu hizmeti kendi kuracağı sistemle (ambulans temini, personel temini, eğitimi, finans departmanı, vb.) ile sağlar. Sonuçta topladığı vergiden bu sistemin finansmanını yapacaktır. Eğer şehir idaresine daha mantıklı ve hesaplı geliyorsa bu hizmeti ihaleye çıkarak kaydıyla özel şirketlere devreder. O zaman sağlık alanındaki acil çağrılar doğrudan bu özel şirketin komuta ve haberleşme merkezine yönlendirilir ve hizmeti şehir idaresi denetler. İşler böyle giderken özellikle 1990'ların ortalarında başlayarak itfaiyeler ASH'ne el atmaya başlamıştır. ABD'nde şehirlerde itfaiye hizmetleri de yine şehir idaresinin sorumluluğunda verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilebilirliğine rağmen itfaiye ve polis hizmetlerinde bu uygulama çok yaygın değildir. ANCAAAAKKK, örneğin Arizona eyaletinde kimi şehirlerde itfaiye hizmeti özelleştirilmiş ve özel şirketler tarafından sunulmaktadır. İtfaiye birimleri genellikle toplum eğitimi ve yangın güvenliği alanından iyi çalışmalar yaptıklarından ulkede kendi asli işleri olan yangın sayıları belirgin oranda düşmüştür. Ancak bu birimler ASH sunan ambulans şirketleri aksine yerel hükümetten yüklü miktarlarda vergi parası almaktadırlar (finansmanları bizdeki gibi vergilerden karşılanmaktadır). İtfaiye personelinin maaşı hemen hemen her zaman için paramedikten, %50'ye varan oranlarda daha fazladır. Sonuçta halkın gözünde itfaiyeciler bütün gün yatan, günde belki 1 ya da 2 vakaya çıkan ve ayda 5000 dolar maaş alan insanlar olurken, paramedikler günde 12-14 çağrıya çıkan, sürekli halkın gözü önünde, sirenlerle bir oraya bir buraya koşan ve 3000 dolar maaş alan insanlar şeklinde görünmektedir. Gerçekten de acil çağrı istatistiklerine baktığınızda ambulans/itfaiye oranının %85-%15 civarında olduğunu görürsünüz. Bu nedenle halk itfaiyenin rahatını söğürlemeye başlıyor (orada vergi veren vatandaş bizdekinden daha fazla hesap

sorma/sorgulama hakkına sahip). Kendi kaynaklarından olmak istemeyen itfaiyeler kendi asli hizmetlerinin yanısıra ASH hizmetlerini de vermeye talip oluyorlar. Bu durumda yerel yönetimi ikna edip ihaleye cikilmasi yerine ASH'nin kendilerine devredilmesi ve karsiliginda belli bir miktar daha ek odenek almaları konusunda anlaşıyorlar. Zaten kendi kurulu istasyonları mevcut. Bunun yanında zaten en az ATT düzeyinde saglik eğitimli kendi personellerini paramedik düzeyinde eğitirlerse personel sorununu çözeceklerini planlıyorlar. Geriye itfaiye aracı bulunan istasyonlara birer tane ambulans almak kalıyor. Böylelikle itfaiye akademisinde FF-I sertifikası ile mezun olan itfaiye erlerini, bedellerini itfaiye departmanından karsilamak ve eğitimleri suresinde ücretli izinde sayılmaları kaydiyla paramedik okullarına gönderiyorlar. Böylece dual role dedigimiz, gerektiğinde paramedik gerektiğinde itfaiye eri rolünde görev yapabilen personeller yetisiyor. Acikca söylemem gerekirse ben de hem itfaiyeci hem de paramedigim. Ancak ben itfaiyede gönüllü çalıştığım için, kendi paramedik eğitimimden farklı olarak onların akademisine katılmış ve itfaiye olmuştum. Dolayısıyla yukarıda çizdiğim tabloya uymuyor benim durumum.

Konuyu sizin değindiginiz CPR idaresi konusuna bagliyorum. Örneğin New York şehri Rudolph Guillianini'nin belediye başkanlığı döneminde (1996 yılı içerisinde) ASH, tam da yukarıda saydığım nedenlerden dolayı New York İtfaiyesi bünyesine verilmistir. Şimdi siz eğer New York'da dolaniyorsanız ve bir kardiyak arrest vakasına denk gelerseniz, büyük ihtimalle itfaiye uniformaları giymis, üzerinde itfaiye logoları olan ambulansları bulunan paramedikleri görürsünüz. Doğal olarak, itfaiye-ASH birlesiminin tarihsel geçmişi konusunda bilginiz olmazsa olay yerinde mudahale yetkisinin itfaiyede olduğunu zannedebilirsiniz. Ancak gerçekte onlar itfaiye bünyesinde çalışan paramediklerdir ve paramedik sıfatlarıyla olayın yönetimini gerçekleştirmektedirler.

Basında tartışılırken hastanın kaybedilmesi sonucu bütün ABD'ne tasınan sistem derken itfaiyenin medikal çağrılarda olay yerini yönetmesi sistemi diyorsanız bu doğru değildir. Medikal hastanın yönetimi her zaman için medikal acidan en yüksek statüde bulunan paramedigin elindedir. Bu paramedik itfaiye adına çalışıyorsa ne ala, ancak özel şirket adına çalışıyorsa ve itfaiye de olay yerindeyse hasta hakkında söz sahibi olan paramedikdir. Olay yerinin güvenliğini polis sağlar ve paramedige yol verir. Hastaya erişim konusunda sorun varsa itfaiye görevini yapar ve paramedige yol verir. Hastanın bulunduğu yerden çıkarılması vb. durumlarda hastanın medikal durumunu göz önünde bulundurarak itfaiye ya da polise isteklerini bildirecek ve yöntemi belirleyecek olan yine paramedigin kendisidir.

Bu konuyu burada netleştirebildiğimi umarak bununla bağlantılı bir başka önemli bilgiyi daha arz etmek istiyorum. California eyaletinde itfaiye birimleri bünyesinde FIRESCOPE adı altında 1980 yılında ilk temelleri atılan Olay Yeri Yönetimi (Incident Command System) kavramından bahsedeceğim. Bu sayede bir karmaşıklığı daha çözüme kavuşturacağımı inanıyorum. ABD'nde itfaiye hizmetlerinin tarihi ASH'ndan çok daha eski ve

kokludur. Itfaiye birimlerinin butceleri, fiziksel olanaklari, politik gucleri ASH'nden daha gucludur. Tarihsel deneyimleri isiginda, bahsettigim sekilde 1980 yilinda ortaya cikan ve zaman acil durumlarda acil mudahale birimleri (polis, itfaiye, ambulans, vb.) tarafından kullanilmak uzere standardize edilen olay yeri yonetim sistemi itfaiyecilerin bir calismasidir. Itfaiye zamanla, ozellikle ASH'ni kendi bunyesinde verdigi bolgelerde yangin, kurtarma ve bunlarin yaninda sadece medikal icerigi olan cagrilara mudahale etmektedir (ornegin benim gorev yaptigim Colorado'da her medikal cagriya ambulansimizla yanit verdigimizde olay yerine itfaiye araci da gelir, ornegin obez hastalarin tasinmasi ya da arrest vakalara mudahale gibi isgucu gerektiren durumlarda itfaiye erleri bizlere destek olurdu. Ornegin arrest vakalarda partnerim arabayi kullanirken ben arkada, yanimaaldigim iki itfaiyeciden birine gogus kompresyonu yaptirip digerine entube ettigim hastayi ambulatmak suretiyle hasta bakimini gerceklestirmekteydim. Yazimin basinda da belirttigim gibi bu kimseler zaten en az ATT duzeyindeydiler. Hastaneye ulastigimizda bu itfaiyeciler kendilerini takip ederek hastaneye gelen itfaiye aracina binip istasyonlarına donmekteydi). Sonucta itfaiye birimleri, farkli acil mudahale birimlerinin gorev yaptigi olay yerlerinde genellikle Incident Command (Olay Yerin Yoneticisi) gorevini uzerine almaktadirlar. Bizdeki durumun aksine bu uc birim daha ic ice gorev yaptigi ve rol ve sorumluluklari daha net belirlendigi icin cok fazla sorun cikmadan olayi yonetmekte ve gorevlerini yapmaktadirlar. Ancak modifiye sistemlerde polis ve ambulans birimleri kendi olay yeri yoneticilerini belirleyip itfaiye yoneticisinin yaninda ortak karar alma gorevi yuklenebilmektedir.

*

- > 112 yi yoneten su anda polis olacak, altindaki personel ise doktor,
- > itfaiye
- > ve guvenlik gucleri... Bu da potansiyel olarak gecmiste yasadigimiz birkac
- > anekdotu akla getiriyor. Emniyet Mudur yardimcisi filan kimin esi ve
- > cocugumu poliklinige tasima isi de sicil amiri polis olan ambulans
- > personelince tekrar yapilacak demektir. Bunu engellemek icin biz tum
- > kurumlardaki ambulanslari tek cati altinda toplamamiz miydik. Atil
- > kapasite
- > duran yuzlerce ambulansi devreye sokmamis miydik.. Vah bize....
- >

* Simdi Sn.Kurtulus, burada sanirim kavram karmasasini tekrar yasiyoruz. ABD ornegi uzerine konusuyorsak orada polisin ambulans hizmetlerini yonettigi yok. Ancak siz ornegin cagri karsilama merkezi, yani 911 cagrilarinin geldigi yerden bahsediyorsanız onu da soyle aciklayayim:

ABD'nde tek numara olarak belirlenen 911 acil durum numarasinin yonetimi ve temel olarak 3 birim (polis, itfaiye ve ambulans) arasindaki idare su sekilde yapiliyor. Kimi sehirlerde ortak bir Public Safety (Kamu Guvenligi) binasinda bu cagri merkezi yer almakta. Cogu zaman 3 ya da 4'e bolunmus cok buyuk odalarda her 3 birimin ve bazen afet durumu koordinatorlerininin cagri

karsilayicilari yer aliyorlar. Genellikle (ama her zaman degil) polisler primer cagri karsilayicilar oluyorlar. Bunun birkac nedeni var: yasama kasteden olaylarda devriye gezen polis ekipleri istasyonlarında cakili olan itfaiye ve ambulanslara oranla daha hizli sekilde olay yerine ulasabilirler. Hani bizim ulkemizde "polis gelmedi, olay yerinde can guvenligimi saglamadi ki ben gidip ambulans hizmetini vereyim!" sikayetlerimiz oluyor ya, iste o nedenle polis ilk cagriyi ve mudahaleyi aliyor. Size acil bir cagrinin anatomisinden bahsetmem gerekirse havuz sistemin dusen acil cagri en gec ama en gec 3 telefon zili calisinda (yani 12 saniye icinde) operator tarafından yanitlaniyor (hicbir zaman mesgul calmaz 911 telefonu). Operatorun dedigi sey "iyi gunler 911, acil durumunuz nedir?" ilk gelen yanita gore operator cagriyi tek tusla primer birime aktariyor. Ornegin "cocugum boguldu, nefes almiyor" dendiye ambulans birimine, "evden duman cikiyor" dendiye itfaiyeye, araba kazasi dendiye polisin de mudahale etmesi gerektiginden polise bagliyor (ya da kendisi polisse cagriya devam ediyor). Bu ilk islem cagri yapildiginda ilk telefon zili calmasindan 30-45 saniye icinde tamamlaniyor. Ayni buyuk salonun bir baska kosesinde oturan ambulans operatorlerinden birisi cagri karsilayan operatorun kendisine yonlendirdigi cagriya yanit veriyor (tipki Turkiye'de cagriyi alan karsilama personelinin cagriyi ilgili komuta hekimine yonlendirmesi gibi, ancak belki daha suratli sekilde). Bu operator bir yandan cagri ile ilgili bilgileri karsidaki kisiden alirken, gelismis 911 sistemi ile (Enhanced 911) arayanin telefon numarasi, aranan adres (sabit telefonsa...eger degil cep telefonu ise yavas yavas standart haline gelen - yani cep telefonu ureticilerinin telefonlara yerlestirdigi vericiler sayesinde- yer tespit etme teknolojisi yardimiyla ucgenleme yoluna giderek yaklasik yer tespitini sagliyor) bilgisayar ekraninda beliriyor. Bilgisayar es zamanli olarak bu adrese en yakin ambulansve itfaiye birimlerini bilgisayarda belirtiyor. Ikinci operatorun cagriya yanit vermesi ve acil durumun mahiyetini ogrenmesi ile (ornegin 9 yas erkek cocuk, havuzda bogulma), ilk 30 saniye icerisinde yine tek tusa basarak bilgisayarın tespit ettigi ambulans ve itfaiye biriminin cagri cihazlarina (her personel birer tane tasiyor) adres, yas, cinsiyet, acil durumun mahiyeti ve adresin bulundugu harita sayfasinin numarasi ve kodu ile birlikte (ornegin 11-M3 diye yazinca haritanin 11.sayfasindayatayda M harfi duseyde 11 numara ile belirli kucuk karenin icerisinde bir yere dusuyor olacaktir soz konusu adres - ve bunun hepsini bilgisayar yapiyor) mesaj gonderiyor. Bu islemler asil operatorun cagriyi yapanla konusmaya baslamasindan 30 saniye sonra, cagriyi yapanin telefonunun ilk calisindan ise en gec 1 dakika 15 saniye sonra (12 sn yani 3 zil icinde cagriya yanit verilmesi - ilk zilden 30-45 saniye icinde cagrinin mahiyetini ogrenen cagri karsilayicidan asil operatore aktarma, 30 saniye icinde de sahadaki personele bilginin ulastirilmesi). Biz cagriyi aldigimizda iki dakika icinde tekerlerimiz donecek sekilde yanit veriyoruz. Turkiye'de bu sure 1 dakika olarak belirlenmis ama acikcasi cok gercekci olmuyor bu. Yani 1 dakika icinde teker donduren istasyon sayisi cok az olmalidir diye dusunuyorum. Tum bunlar olurken operator telefonda cagriyi yapadan daha detayli bilgiler aldikca yol boyunca telsizle ya da ozel telefonlar araciligiyla bizlere detay bilgileri aktariyor. Ayni zamanda operator gerektiginde cagriyi yapana ilkyardim direktifleri vererek bizler olay

yerine gelene kadar yapilabilecek mudahaleleri yaptiriyor.

Bu saydigim mekanizma ambulans ve itfaiyeyi ayni anda harekete geciriyor. Olay yerinde itfaiyenin yardimina ihtiyac yoksa (sadece medikal cagri ve iki kisilik ambulans personeli isi gorebilecek durumda), itfaiye istasyona geri donuyor. Her vakaya ambulans ile birlikte itfaiye cikarilabilmesinin bir nedeni orada itfaiyenin bizlerdeki gibi buyuk istasyonlarda kumelenmis degil, mahallelerde kucuk birimler halinde teskilatlanmis olmasidir. Ornegin benim yasadigim sehir olan Denver'in nufusu 600.000'in biraz uzerinde iken 36 tane itfaiye istasyonu bulunmaktaydi. istasyonlarda genelde 4 personel ve 1 itfaiye araci bulunmakta (engine, truck ya da tower denen araclar, yani su basanlar, merdivenli araclar ve kurtarma malzemeleri tasiyanlar).

Simdi gelelim polis ilk gelen cagriyi karsilarsa ve cagrıda butun birimlere ihtiyac varsa (ornegin buyuk bir trafik kazasi). O zaman polis ilk cagriyi alip kendi ekipleri ile birlikte itfaiye ve ambulansi da harekete geciriyor bilgisayar tusu yardimiyla. Zaman zaman polisin ardindan itfaiye ve ambulansa telsizle haber veriliyor. Bu durumda zaman kaybi 30 saniyeden fazla degil. Bu bizler icin su acidan iyi oluyor: polis hemen her zaman bizden once olay yerine ulasip (devriye gezdikleri icin zaten avantajlilar) bolge guvenligini sagliyor.

Butun birimler olay yerine toplandiginda buyuk olaylarda biraz yukarida bahsettigim sekilde Olay Yeri Yonetim sistemi devreye giriyor. Itfaiyenin en deneyimli personeli liderliginde polis ve ambulansin da temsilcileri ile olay yerinde calismalar gercekleliyor. Ancak elbette olay kriminal bir olaysa polis primer lider. Is cikana kadar itfaiye ve ambulans geri planda bekleyip polisten gelecek talimatlara gore hareket ediyorlar. Bolge tehlikeden arindirildiginda ambulans personeli olarak ben olay yerine ve yaralinin yanina ulastigimda isin medikal sorumlulugu bende ve ne istersem polis ve itfaiye yapmak durumunda.

Sonucta hangi sartlarda kimin kimin onayi altinda olay yerinde gorev yaptigini biraz daha net aciklayabilmisimdir umarim.*

- > ABD de gordugumuz hersey bize uymuyor dostlarim. Onlar eyalet meclisiyle
- >yonetiliyor. Ruhsatlandirilmis merkezlerin standartlarini cok siki takip
- > eden bir saglik mudurlukleri var ve hemen hersey orada ozellesmis durumda.
- > Doktoru calistirmak da bu yuzden bu sistemde hic ekonomik degil. Tabi
- > yasalar da ozel sektorun istegi cercevesinde ciziliyor. Paramedik icat
- > ediliyor.. Silvester Stallone'nin dinamit bile kullanmayi bilen paramedik
- > filmindeki becerikli kahramanlardan ama....
- >

* Uymuyor elbette Sayin Kurtulus. Uymadigini oralarda bu sistemin farkli ogeleri icinde yillari boyu calismis olan ben biliyorum. Burada bana "boyle

sistemi getirsek ne guzel olur" diyenlere en basta ben karsi cikiyorum. Cunku sistem mevcut idari yapilar ve kurumlar arasi iliskiler varliginda orada isledigi gibi burada islemez. ANCAAANKK buna hayir demek paramedikli sistemin Turkiye'de olmamasi gerektiği anlamına gelmemeli. Sadece ABD'ndeki 911 yapılanması, tek cagrı numarası ile farklı birimlerin olay yerine yönlendirilmesi, ortak çalışması durumlarından bahsediyorum ben. Turkiye simdilik buna hazır değil. Ancak mevcut 112 veASH sisteminin içerisinde paramediklerin çalışma koşullarına çok daha hazır ve zaten ağır aksak şekilde de bunu başlatmış durumda (henüz sistemin tam randımanlı çalışması için eksikler var, örneğin tedavi protokollerinin bir an önce çıkarılması, danışman doktorların eğitimleri, vb.)

Gelelim ABD'ndeki sistemin nasıl paramedikleri icat ettiğine. Sanırım yukarıdaki bölümlerde Ulaştırma Bakanlığı bünyesinde ambulans hizmetleri ve burada çalışacak personel olarak ATT ve paramediklerin eğitimleri konusunda tarihsel bilgileri net şekilde verebilmişimdir. ABD'nde ambulanslarda doktorların yerine paramediklerin görevlendirilmesi şeklinde gelişen sistemin nedenlerinden bir tanesi de (yani genel olarak acil tip hizmetlerinde Anglo-Sakson yaklaşımının kökeni) yaygın bir coğrafyaya dağılmış, birbirinden uzak yerleşim birimleri arasında her noktada doktor temini yapamamak, sistemi hastayı doktora, olay yerinde ve yolda gerekli sağlık hizmetini de vererek hızla ulaştırılacak bir sistem olarak tasarlamaya doğru yönelmiştir.

Stallone filmlerini severim. Ancak hangi filmde bir paramedik dinamit kullanıyordu hatırlayamıyorum. Oyle olsa dahi: 1) bunlar Hollywood filmleridir ve her gördüğünüze inanmamanız gerekir. 2) paramedikler de isten kalan zamanlarında avcılık, dağcilik vb. yapıyor olabilirler. Hatta bazı paramedikler ABD ordusunda kayıtlı olabilir ve savaş zamanı cepheye gönderilebilirler. Silah edinme koşullarının farklı olduğu bu ülkede paramedikler de isteyen diğer vatandaşlar gibi birkaç tabanca, seri atım olanagi olan yivli tüfek sahibi olabilirler. Silah hastasının çok olduğu o memlekette herhangi bir ambulans nöbetinde partnerimin bana anlattığı hangi marka tüfek diğerinden daha etkilidir hikayelerini az dinlememişimdir. Böyle insanların gerektiğinde dinamit kullanmaları da zor olmasa gerek. Ancak unutmayalım, iş zamanı iş, eğlence zamanı eğlence. Bir paramedik olarak görevini yaptıktan sonra iş dışı zamanlarda ne yaparsa beni ilgilendirmez.*

- > *Sunu biliyoruz. Sağlık hizmetinin özelleştirilmesi hasta tarafında*
- > *maliyeti*
- > *arttırırken, sağlık çalışanlarının kalifikasyonu yüksek olanlarının yerine*
- > *dolgu materyali olarak kullanılacak personeli gündeme getirir. Madem*
- > *gidisat*
- > *bu yonde o zaman karsi cikmak anlamsiz. Ama iyilestirmeye gayret etmeli..*
- >

* Sn.Kurtulus. Dogru tespit ettiginiz gibi ülkemizde sağlık alanında ust

politikaları belirleyen yer hükümetin çizgisinde Sağlık Bakanlığı. Sizler bu politikaya ve yansıyan uygulamalarına karşı çıkabilirsiniz. Ancak sistem içinde görev yapmak istiyorsanız bunlara uymak durumundasınız. Ülkelerin politikaları zaman zaman farklı faktörlerden (iç ve dış) etkilenir. Sağlık politikaları ve onun altında Acil Sağlık Hizmetlerine yönelik düzenlemelerde bununun bir parçası ve bu etkilenmelerin yansımasıdır. Ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin yapılması (hastane ve hastane öncesi boyutlarıyla) daha çok Anglo-Amerikan sistemine kaymıştır. Sistemlerden hangisi kullanılırsa kullanılsın sağlık kalifikasyonu yüksek olan personelden kastınız hekimlerse bu iş sadece ve sadece hekimlerin üzerinden dönemez. Bunun yerine sizler hekim ordusundan daha fazla sayıda yardımcı sağlık personeli yetistirmek durumundasınız. Ülkemizde yardımcı sağlık personelinin eğitimleri, ülkenin insan potansiyelini, genel olarak işgücü potansiyeli, özel olarak da sağlık işgücü planlamalarını yaparak (ama eksik, ama yanlış) gerçekleşiyor. Bugün etrafınızda çalışırken gördüğünüz personel kendi alanında oyle sanıyorumki bundan 10-20 yıl önce çalışan personelden daha bilgili ve donanımlı. Yani dolgu materyali değil, sistemin bütünlüğü içinde ele alınması gereken ve sistemin parçalarını oluşturan kişiler. Yoksa sizler bunları kalifiye olmayan dolgu malzemesi olarak mı düşünüyorsunuz? Eğer böyleyse bu sadece paramedikler için mi yoksa bütün yardımcı sağlık personeli için mi geçerli? Sizce kalifiye personel kim? Hekim mi yoksa baskaları da var mı?*

>

> *Nasıl olur? Avrupa Topluluğu ülkelerinde ambulanslar sınıfı sınıf.*

> *Mükemmel*

> *hizmet gereken vakalarda Anestezi Uzmanı bile olay yerine gidebiliyor. Ve*

> *bedelini cebine koyuyor. Fasarya diyebileceğimiz vakalara ise Medical*

> *Dispatch yönetiminde bir komuta doktorunun gözetiminde paramedik te*

> *gidiyor. Bu sebeple yıllardır bu işe kafa patlatmış sonra da değişik*

> *universitelerde farklı alanlarda uzmanlaşmış eski insanlara kulak*

> *vermenizi*

> *oneririm.*

*Sn.Kurtulus. Onerilerde bulunurken dilerseniz farazi varsayımlardan değil gerçekçi rakamlardan yola çıkarak konuşalım. Acil sağlık hizmetlerinde karsınıza çıkan vakaların ne kadar temel yaşam desteği gerektiren ne kadar ileri yaşam desteği gerektiren olgular? Bir yüzde vermeniz gerekirse bunu verebilir misiniz? İleri yaşam desteği gerektiren vakaların (bunları tanımında uzlaşmamız lazım elbette) ne kadar bir doktorun bilgi ve becerilerine sahip olmayı gerektirir, ne kadar donanımlı ve tecrübeli bir paramedigin altından layikiyle kalkabileceği vakalardır? Bugün bir multipl travmalı hastaya alanda yapılması gereken müdahalelerden hangilerini (spinal korumaya sadık kalarak hastayı paketleme, havayolununun acikliği ve solunumu sağlama, iki geniş damaryolu acararak uygun mayiyi takma (henüz sivi vermiyoruz), kanama odaklarını kontrol etme (edilebiliyorsa), kontrollü sivi desteği ile en kısa zamanda ve güvenli şekilde definitif tedavinin verileceği bir merkeze ulaştırma - var mı bundan başka tedavi?) bir doktor yapar da bir paramedik yapamaz? Ülkemizde anestezi uzmanlarının ambulanslarla vakaya çıkmaları bir utopyadır. Bundan ötesi yoktur. Hareket

etmeyen bir ameliyat masasinda iyi isiklendirilmis bir ortamdan hizmet vermeye alismis bir anestezi uzmani hastane disinda cok verimli hizmet veremez. Uygun monitorizasyon olanagi ile desteklemediginiz bir anestezi uzmani cok verimli is goremez. Ulkemizde ameliyatlara girecek anestezi uzmani sayisi yetmezken yaziktir gunah tir bu insanlari ambulanslarda calistirmek. Fasarya vakalari konusurken eger dilerseniz ben sizlere two-tier, three-tier sistemleri aciklayayim. Ya da randevulu sistemlerden ve bunlariin ulkemize uygulanabilirliiginden bahsedelim. Ulkemizde bu konularda kafa patlatmis insanlara danisalim, ancak calismalari bilimsel temeller uzerine kurgulayalim. Yanlis ya da eksik bilgilerle yola cikarak sistem tasarimi yapmaya ya da ornekleri temelden reddetmeye kalkismayalim.

*

- > *Ben de Paramediklere egitim verdim. Sonucta bu cocuklar akillari*
- > *yetseydi doktor olmak isterlerdi. Becerileri biraz daha dusuk oldugu icin*
- > *paramedik olmuslardi. Bu kucumseme degil gercek. Dr. Ozgur Yazici*
- > *Paramediklere verdigi bir egitim toplantisinda sormustu: "icinizde ust*
- > *tercihlerinde tip fakultesi yazmamis olaniniz var mi? - Tum sinif*
- > *sessizlige*
- > *burunmustu" Tabii ki gorevlerini yetkin bir sekilde yapabilseler hasta*
- > *teslim edilebilir onlara..*
- >

* Sn.Kurtulus, simdiye kadar olan mesajlarinizda gerek satir aralarinda gerekse yukarida oldugu gibi bariz cumle odaklarinda paramediklerin meslek hayatlarin gecisleriyle ilgili kucumseme denecek tavirlarinizi belirttiniz. Simdi sizler Dr.Ozgur Yazici'dan yola cikarak bir ornek vermissiniz. Dilerseniz ben de kendimden birkac ornekle karsi gorus belirteyim:

Yakin bir gecmite, 2006 yili icinde bilimsel bir egitim toplantisi amaciyla bir araya geldigim 100'e yakin doktordan olusan topluluga (hepsi 112 bunyesinde gorevli) "aranizda kac kisi fakulteye girdiginde 'ben mezun oldugumda ambulans ta calismak istiyorum' demisti?" diye sordum. Yanit SIFIR. "Aranizda kac kisi tipta uzmanlik sinavi icin en az bir deneme yapti?" diye sordum. Yanit: BUYUK COGUNLUK (sonucta tek tek saymadim ama buyuk cogunluk el kaldirdi)." Aranizda kac kisinin fakulteden mezun oldugunda sahip oldugu bilgi ve beceriler 112 ambulansinda calismaya yeterliydi?" diye sordum. Yanit KOCA BIR SIFIR. Simdi bu insanlar kendileri bana bunu ifade ettiler.

Simdi ben 112'de calisan pratisyen hekimlere soyle yaklasirsam ne dusunursunuz?: Bu hekimler TUS'a girmek isteyen, 112'de mevcut vardiya sistemi ve rahat bir istasyona dusme kosuluyla hem paralarini kazanip hem de TUS'a hazirlanlam imkani bulmayi uman, TUS'ta istedigi bir bolumu kazaninca bir an evvel bulundugu ortamdan cekip gitmeyi dusunen insanlardir" dersem ne dersiniz? Bu tespit dogru mudur yanlis midir? Haydi bunu bir adim daha ileriye gotureyim: 112'de calisan hekimler TUS'u kazanamamis, zekalari ve kavrama duzeyleri alt seviyede olan, mesleklerine elit sayilan uzman hekimlerin seviyesine ulasamadan birer "loser" gibi siradan, ozelliksiz bir pratisyen hekim gibi devam etmek durumunda kalan zavalli insanlardir!" Simdi ne diyeceksiniz? Incitici bir ifade oldu sanirim degil mi? Herseyden

once kimler incinir bu tanımlamadan biliyor musunuz? "Kardesim ben hicbir zaman bir uzman olmayi istemedim. Ben pratisyen hekim olmak istedim. Hastalarima bir pratisyen hekim olarak faydali olmayi istedim. Ben ambulans konusunda kendimi gelistirip emekli olana dek bu isi yapmayi istedim" diyen hekimler. Onlara karsi ayip olur soyleyecegim boyle bir cumle.

Umarim nereye gelmek istedigimi anlamissinizdir. Bir sinifta paramediklere "akliniz yetse ne kadariniz doktor olurdu? diye sormak bir HAKARET degilse bile AYIPTIR. Siniftaki sessizlige bakip bunlarin akli yetmediginden paramedik olarak kaldiklarindan bahsetmek daha baska bir ayiptir. Tipki pratisyen hekimlerinde akillari yetmedigi icin uzman olamadiklari ve o seviyede kaldiklarini soylemek gibi. Istatistiksel olarak bakarsak 20 kisi diye dusuneceginiz bir sinifta butun herkesin tip fakultesini kazanmayi isteyip kazanamamis olmasi zordur, kazanmis olanlar da zaten o anda sizin karsinizda oturmuyordur.

Dilerseniz insanlara hayatta NE OLAMADIKLARI degil NE OLDUKLARI ile bakmaya calisin. Bugun paramediklerin bir cogu paramedik olmak istedikleri icin paramedik oluyorlar. Eger paramediklerin meslege giris mekanizmalarini takip ediyorsanız gunumuzde, pek de saglikli bulmadigim sekilde, saglik meslek liselerinin bolum birincilerinin paramedik egitimi veren egitim kurumlarına girmeleriyle bu isler gercekleşiyor. Yani bu arkadasların cogu zaten OSS sinavina girmiyorlar ki tip fakultesini yazsinlar.

Ben bir paramedigim. Bugun devlette 870 YTL maas alarak ve siz doktorların sahip oldugu bircok kazanimdan mahrum olarak hizmet veriyorum. Neden? Neden Turkiye'nin en iyi universitelerinden birini bitirdigim ve baska alanlarda bugun kazandigimin 3-5, belki 10 kati para kazanabilecekken bu isi yapıyorum? Cunku bu isi seviyorum ben. Cunku zaman icinde kisiligim oturdukca, kendimi tanidikca bu isin tam bana gore bir is olduguna karar verdim. Olay yerinde ilk kisi olmak, sirenin sesi, ambulansın isiklari, ambulansa bindigimde icimde hissettigim o heyecan, bir hayat kurtardigimde duyduğum haz, bir insanın acisini dindirdigimde hissettigim mutluluk. Bana kufur etseler, ustume tukurseler, kan-kusmuk bulassa sagima soluma, darp etmeye kalksalar da bu benim sevdiğim is ve ben bunun icin bu isi yapıyorum. Ve size sunu soyleyeyim, benim gibi dusunen ve calisan arkadaslarimin sayisi cok fazla.

Bugun paramedikler surekli kendilerini gelistirme yollari ariyorlar. Lisans duzeyinde egitimlerini tamamlayan paramedikler giderek artiyor. Maalesef kendi meslek alanlarında bu tur bir lisans programi olmadigindan baska alanlara yoneliyorlar (hemsirelik, saglik memurlugu, kamu yonetimi, isletme, vb.) Hatta aralarında yuksek lisanslarına devam eden ve bitiren arkadasların sayisi da gun gectikce artiyor. Kendileri sizin karsınıza cikip zeka kapasitelerini ispat etmek durumunda olmasalar da bu gelismeler paramediklerin sizin dusundugunuz turden saglik calisanlari olmadigini gosterir.

ABD'nde 40 yila yakin bir gecmisi olan paramedik mesleginde artik ileri duzeyde EKG, patofizyoloji, meslek bilgileri, travma, medikal aciller kitaplari yazan paramedikler var. Meslek gelistikce ve kendi kendilerine yeterlikleri arttikca Turkiye'de de gerceklesecek sey bu bence.

Daha 1 ay once ABD'nde bir arkadasimin paramedik sinavini basariyla gecip sertifikasini aldigini ogrendim. Kendisi Kamu Yonetimi masteri olan bir avukat. Ve tam zamanli paramedik olarak calismaya basladi bulundugu bolgede. Bir avukat ve paramediklik yapiyor iyi mi? Iste meslek sevgisi boyle birsey Sn.Kurtulus. Bunu siz bizim ulkemizdeki paramediklerde gormek istemeseniz de, cumle aralarinda kelimelerle asagilamak isteseniz de bunlar bir gercegi degistirmeyecek: O da paramediklerin bugun ambulanslari, ve o ambulanslarla hizmet verecekleri hastalari bircok saglik calisanindan daha fazla onemsedikleri, ciddiye aldiklari.

*

- > *Ama bence simdilik Ankarada ambulansa hastayi*
- > *baglamadan gaza basan soforun hatasi sonucu sedyeyle yere cakilan yaraliyi*
- > *paramediklerle egitimi bir olmayan sofor arkadas yerine*
- > *paramedikleri ambulanstaki once hem sofor hem de yardimci saglik personeli*
- > *olarak istihdam etmeli, sonra sayi ve kalifikasyonlari ve tecrubeleri*
- > *artinca Komuta Doktoru gozetiminde mudahaleye izin vermeli diye*
- > *dusunuyorum.*

>

* Bu yazdiginizi birkac sefer dikkatlice okudum Sn.Kurtulus. Bir cumle dusuklugu ile anlam kaymasi olmus sanirim, tam olarak Ankara'daki talihsiz kaza hakkında ne demek istediniz biraz belirsizlesmis. Ancak su kuvvetle ihtimal ki eger bu talihsiz kazada kazaya mahal veren ambulans ekibinde bir paramedik olsaydi vay halimize. Siz ve sizin gibi dusunenler carsaf carsaf afise ederlerdi herhalde durumu bu ve buna benzer platformlarda --- paramedikler soyle kotu, boyle kotu diye. Ancak bu ekip doktorlu bir ekip. Yani sizlerin yillardir alisageldigi sekilde bir sofor, bir doktor ve bir saglik memurundan olusan bir ekip. Ne olmus yani? Insan faktorunun oldugu her yerde hata ve kaza yapma sansi vardir. Meslegimiz adina talihsiz olan bu kaza yasanmistir , onemli olan bundan dersler cikarip tekrar yasanmamasini icin onlemler almaktir. Ancak bu kazada paramediklere atacak en ufak bir camur yoktur. Kazada tek sorumluluk ne hizla yol alan soforde, ne ambulansin arka kapisini acan saglik memurunda ne de tum olaylardan sorumlu olan hekimdedir. Kolektif bir sorumluluktur ve oyle degerlendirilmesi gerekir. Ileride paramediklerin yasayabilecegi benzer olaylarda da bu tur bir cozumleme yontemiyle duruma yaklasmak ve paramedik hatasi diye olaylari ustune baliklama atlamamak gerekir.*

- > *Ve paramedikleri yonetmelikle doktor yerine kullanmak isteyen*

> *ozel sektore yem yapmamali. Bundan hem paramedikler, hem halkimiz karli*
> *cikacaktır.*
>

Yazi bitti ama ben anlamadim hala bu ozel sektor nerede paramedikleri doktor yerine kullanmak isteyen? Ben devleti biliyorum o dediginiz seyi yapan ama ozel sektoru hala goremeyim!!!

>
> *Herkese iyi niyetinde devam, calismalarinda basarilar diliyorum. Su ana*
> *kadar emegi gecen tum arkadaslarima, adlarini ansam da anamayip*
> *hatirlamasamda cok tesekkur ederim. iyi ki bu DOKTOR arkadaslarim varlar.*
> *Ben kendimi onlara emanet ederim, Türk Doktorlarına... Bunlar da benim son*
> *sozum.*
>
> *Dr.Atilla KURTULUŞ*
>

* Ben de tesekkurlerimi iletiyorum dusuncelerimi aktarma firsati verdiginiz icin. Bu bir bayrak yarisi. Siz doktor hocalarimiz yillardan beri Turkiye'de sistemin gelismesi icin onculuk ediyorsunuz, zorluklari gogusluyorsunuz. Ne mutlu size ki artik sizlerle bu bayragi daha ileriye tasiyacak, kendisini bu ise adamis, genc, zeki, ogrenmeye acik, cok calismaya azimli bir meslek grubu var: ATT ve PARAMEDIKLER. Bu arkadaslari kendinize bir tehdit olarak degil desteklemeniz gereken ve sisteme ileride cok buyuk katkilar saglayacak calisanlar olarak gorun. ATT ve PARAMEDIKLERIN sistemde basarili olacaklari ve bu sistemi sirtlayip goturecekleri kesin ve gercek. Sizin bugun, bu noktada alacaginiz tavir, 10-20 yil sonra paramediklerin geldigi noktada paramedik dusmani hazimsiz bir hekim ya da paramediklerin en buyuk destekcilerinden buyuk doktor Atilla Kurtulus olarak anilmanizi saglayacak. Secim sizin.

Saygilarimla,

Gurkan Ozel*

3047 Gürkan ÖZEL 17 Aralık 2007

Bu konuya deginmeyi dusunmuyordum ancak bu listede kısa bir aciklama yapma geregi dogdu benim icin: AKUT uyesi Sn.Mustafa Turan'in belirttiği gibi ben bir AKUT uyesi degilim ve

hicbir zaman da olmadim. Ancak Sn.Turan'in belirttiğinin aksine ben ORDOS uyesi de degilim. ORDOS (Ortadogu Arama-Kurtarma, Dacilik ve Doga Sporlari Dernegi) 1994 yilinda ODTU mezunu Dacilik ve Kis Sporlari Kulubu uyelerinin, Turkiye daglarinda yasanan kazalarda daha etkin mudahale kapasitesinin olusturulmasi amaciyla kurulmus bir dernektir (www.ordos.org.tr). ODTU yillarimda dacilik ve kayakla birlikte farkli doga sporlari ile ugrasan bendeniz dernek uyeligi disinda bir sempati bagim olan bu ekiple, degisik donemlerde dag ve doga kazalarına mudahale ettim, teknik, medikal, planlama/yonetim ve egitim asamalarinda calismalar yaptim. Dogruya

dogru, konuyu en dogru haliyle netlestirelim istedim.

Hal boyleyken bana guzel bir nostalji yasatan, aslinda zaman zaman listeye gonderdigim mesajlarda isim vermeden atifta bulunduğum (bir medikal malzeme onerisi yaparken, daha once kendisinin bana yonelttiği medikal malzeme pazarlayicisi olma ithamından cikardığım ders nedeniyle, hemen o malzeme ureticisi ile herhangi bir bagim olmadigi konusunda uyari mesajlari dusmekteydim) Sn. Satana akici Ingilizcesi ile "Cominity Center (????Halk Evleri mi demek istedi acaba???)" olgusunu paramedik egitimiyle bagdastirarak, kendisiyle karsilikli yazismalarimizin arasından gecen 8 yila yakin suredir sahip olduğu fikirlerde bir degisim olmadigini gosterdi.

Bu vesileyle Dr.Satana ile 2000 yili yazında, Kemal Sunal'in olumunu takiben yaptığımız ve arşivlerden cikardığım karsilikli yazismalari, burada degil ama konu ile daha ilgili ve bilgili olduğunu dusundugum baska listelerde (konular defibrilasyon, otomatik eksternal defibrilatorler, internal/acik kalp masajı, ilkyardim ve yarıdımci saglik personeli ile ilgiliydi) tek tek cozumleyerek kendisinin icinde bulunduğu ruh halini, aradan gecen zamanın benim goruslerim lehime gosterdiği gercekler isiginda kendisinin ongorusuzlugunu, ve bugun belirtmeye devam ettigi "Hekim Dusmani" tanımlamasındaki isabetsizligi yorumlayip, kendisinin bugun cok up-to-date olmadigi "acil servis-arama- kurtarma- acil mudahale gibi yasal bosluk ve duzenleme eksikligi cok olan konularda"ki referanslardan bahsedecem. Usenmeden yapacagim ve biraz uzun olacak bu aciklayici mesajimdaki amacim aradan bir sekiz yıl daha gectikten sonra (ornegin 2015 sularında) Sn.Satana'nin bahsettigi konularda hala ayni noktada kalmamasi ve kendisini gelisen ilim/bilim/teknoloji isiginda gelistirebilmesine katkıda bulunmak olacak. Bu yazismalar hakkında bilgi sahibi olmak isteyecek liste uyelerini de memnuniyetle bu tartisma grubuna dahil edebilirim.

Saygilarimi sunuyorum.

Iyi calismalar dilegimle,

Gurkan Ozel

3048 Korhan TAVİLOĞLU 17 Aralık 2007

Değerli mail grubu uyeleri,

Bu konu ile ilgili daha önce bazı Paramedikler bana kisisel olarak ta yazdilar ve benim gorus yazmamı istediler. Biz dernek olarak konuya cok hakim olduğumuz için ben gorusumu sona biraktim. Oncelikle, 947 uyeli Travma mail grubunun etkin bir platform olduğunu ve USLUP konusuna cok dikkat

etmemiz gerektiğini hepimize bir kez daha hatırlatmak isterim. Sahsi önerim kişisel mesajlar yazmaktan ziyade genel konular üzerinde tartışmaktır, yoksa bu konu uzar gider ve sonuçta anlamsız ve kısır çekişmeler kalır.

TC Sağlık Bakanlığı ATT ve AABT'leri ambulanslarda görevlendirme kararı almış ve bu kişilerin yetkilerini de belirlemiştir. Hekimler ise ağırlıklı olarak Aile Hekimliği programında görevlendirilecektir. Bence ideal olan, bunca yıl bu bölümleri kurmuş ve çok fazla emek vermiş olan doktorların sistemden suratla değil kademeli olarak çekilmesidir. Bunda kişisel önerim, birinci yıl mevcudun % 25'ini, ikinci yıl diğer % 25'ini ve üçüncü yılda ise son % 50'yi çekerek bu işlemi gerçekleştirmektir. Yine de doktorların mutlaka gerek eğitmen ve gerekse de bazı durumlarda operasyonel bazda sistemde düşük bir oranda kalmaları gereklidir. Bu yıl Ankara'da yapılan Ambulans Kongresi'nde Konya 112 ekibinin ATT'lerin eğitim düzeyi hakkındaki yaptığı anket çalışması bence çok carpıcıdır, kendilerine çalışmayı istatistik yönünden geliştirip dergimize göndermelerini öneririm. Grupta uyeleri olduğunu sanıyorum, açıklama yaparlarsa sevinirim ancak açıklamayı yapan Dr. Yavuz Uckuyu mail grubumuzun üyesi değil bu vesile ile davet te edeceğim.

Öncelikle, doktorların çoğu ATT ve AABT farkını bilmez, bunu açıklamakta yarar görmekteyim. Aşağıdaki verileri bu sabah T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Mud., Acil Sağlık Hizm. Dairesi'nde görevli Dr. Serpil Elmalıpınar'dan aldım. Kendisi mail grubuna üye değil, onuda bu vesile ile davet ediyorum. Ancak, daire başkanları Sn. Dr. Fazıl İnan bizim mail grubuna üyedir ve tüm yazışmalar ona ulaşmaktadır.

ATT: 8 yıllık ilk öğretim sonrasında 4 yıllık LİSE mezunları (eski yılların Hemsirelik liseleri gibi). TC Sağlık Bakanlığı bünyesinde halen 8,300 ATT istihdam edilmekte ve ülke çapında 15,000-20,000 civarında mezun olduğu tahmin edilmektedir.

AABT (paramedik): Lise sonrasında çeşitli üniversiteler tarafından verilen 2 yıllık YUKSEK OKUL eğitimi. TC Sağlık Bakanlığı bünyesinde halen 1,100 AABT veya paramedik istihdam edilmekte ve ülke çapında 2,000 mezun olduğu tahmin edilmektedir.

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği'nin Travmalı hastaya yaklaşım anlamında standardizasyon getirme konusundaki yoğun çabaları hepimizin malumudur. Bugüne dek aşağıdaki eğitimleri yaptık.

- TRK Doktor Eğitmen: 23 Kursta 714 kişi
- TRK Doktor standart: 182 kursta 6,554 kişi
- TRK intern Konya: 6 kursta 189 kişi
- HTT-TRK eğitmen (hemsire, AABT için): 4 kursta 234 kişi
- HTT-TRK eğitmen (hemsire, ATT ve AABT için): 1 kursta 32 kişi

HTT-TRK için 4 ilde organize olduk ve kalan illerde de 2008 yılı itibarı ile organize olacağız, şimdiden bunun detaylı bir şekilde takvimini yaptık.

Umarim bu aciklamalarim konuya daha NET biraciklik getirir.

Saygilarimla,

Prof. Dr. Korhan Taviloglu

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dernegi, Travma mail grubu moderatörü

Travma ve Resusitasyon Kursu (TRK) Türkiye koordinatörü

Tel: (0212) 588 62 46

Faks: (0212) 586 18 04

E-mail: info@...

<http://www.trk.org.tr>