

**Değerli Meslektaşım,**

[travma@yahogroups.com](mailto:travma@yahogroups.com) iletişim grubu; Ulusal Travma ve Cerrahi Derneği (UTAC)'nin sorumluluğundaki organlardan biridir. Travma ile ilgilenen geniş mesleki grup mensupları arasındaki iletişimi ve “travma” ilgi odaklı paylaşımları amaçlar.

Kasım 2005 tarihinde Prof. Dr. Göksel KALAYCI' nın hunharca katledilmesinin ardından Prof. Dr. Recep GÜLOĞLU 'nın gönderdiği 1633 numaralı mesaj ile grup üyelerine “**Acil servis çalışanlarına karşı gerçekleştirilen saldırılar için neler düşünüyorsunuz ve öneriyorsunuz ?**” sorusu iletilmiştir.

23 Aralık 2005 tarihine kadar soruya grupta verilen yanıtlar ve ortaya çıkan beyin fırtınalarından derlenen bilgilerden Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu'nun isteği üzerine oluşturulan tartışma tarzı metin aşağıda dikkatinize sunulmuştur.

Saygılarımla.

Sağlıcakla

Dr. Mehmet ERYILMAZ

27 Aralık 2005 Ankara

**1633 Recep GÜLOĞLU 30 Kasım 2005**

Değerli arkadaşlar,

En çok saldırıların hasta yakınlarınca acilde çalışanlara yapıldığını biliyoruz.

Bugün ve gelecek için neler öneriyor ve neler düşünüyorsunuz ?

Dr .Recep GÜLOĞLU

### **1634 İrfan DÖNMEZ 30 Kasım 2005**

Sn. Recep Güloğlu Hocam, naçizane bir iki öneri sunmak istiyorum: Acil Servis girişleri standart özelliklerde olmalıdır. Acil girişinde en az iki eğitimli güvenlik görevlisi ve bir ATT sürekli bulunmalıdır. Acil servise getirilen hasta çok kısa sürede araçtan içeri alınmalıdır. Hastanın yanında sadece bir kişi içeri alınmalı ve makul bir zaman süresi içinde refakatçinin kimliği tespit edilip kayda geçirilmelidir. Acil girişlere ve servis içine mutlaka güvenlik kamerası konulmalı ve sürekli kayıt yapılmalıdır. Acil servislerde çalışanlara sürekli hizmet içi eğitim kursları verilmelidir. Olay çıktığında unvanlı personel şikayetçi olmamalı tutanak ile durum idareye bildirilmeli ve idare kamu davası açılması için savcılığa tutanağı iletmelidir. Acil servislerde hizmetin kalitesi yükseltilmelidir. Acil servise alkollü olarak hiç bir refakatçi alınmamalıdır.

Saygılarımla

Dr.İrfan Dönmez

### **1635 Doğan BIYIKLI 01 Aralık 2005**

Hamit Hancı 'nın bu konudaki güzel bir makalesine <http://med.ege.edu.tr/~hanci/acilsiddet.htm> adresinden ulaşabilirsiniz.

İyi günler dileği ile,

Doğan Bıyıklı

### **1638 Çağlar GÖKER 01 Aralık 2005**

Sayın hocam, böyle bir konuyu gündeme getirdiğiniz için öncelikle teşekkür etmek isterim. Acil servislerdeki, saldırıların temelinde;" ne yazık ki, Sayın Başbakan ve Sağlık Bakanı başta olmak üzere bir çok bizi yönetenin, sağlık sistemindeki sıkıntıların suçlusu olarak biz hekimleri toplumun önüne çıkarması " yatmaktadır. Dolayısıyla da bir günah keçisi arayan vatandaşın da en kolay ulaşabildiği- özellikle acil servis çalışanları - her zaman tehdit altında

çalışmaktadır. Acil servislere girişlerde refakatçi ve hasta yakınlarının mutlaka, manyetik kapılardan geçerek girmeleri sağlanmalı, Güvenlik elemanlarının mutlaka eğitilmiş ve profesyonel olmasına dikkat edilmeli, Mümkünse sadece bir hasta yakını acil servise alınmalı( Bunun içinde acil serviste yeteri sayıda kalifiye, hastaya yardımcı olabilecek personel istihdam edilmeli), Güvenlik kameraları konulmalı ve sürekli olarak görüntü ile birlikte ses kayıtları yapılabilmesi, Hastane yönetimlerinin bir hukukçu ile mutlaka birlikte çalışarak saldırı olaylarının üzerine daha ciddi eğilmeli ve çalışanı yalnız bırakmamalı.

Dr Çağlar GÖKER

**1640 İrfan DÖNMEZ 01 Aralık 2005**

Değerli Meslektaşım,

Önerilerinize ve hassasiyetinize aynen katılıyorum. Tebrik ederim. Saygılarımla,

Op. Dr.İrfan Dönmez

**1639 Ali Dursun Kan 01 Aralık 2005**

Doktorlara yapılan saldırılar her zaman olacaktır. Ancak minimale indirilebilir. Sağlık harcamaları %2 civarında, hekimlerin maaşının neredeyse yoksulluk sınırında, hükümet başkanların hastane yerine otel açılışlarını yapması gibi durumlar düzeltilmedikçe bunlar her zaman daha da artarak devam edecektir. Yoksa polisiye tedbirler ile bu çözülemez .

Dr Ali Dursun KAN

**1641 Dr Cem OKTAY 02 Aralık 2005**

Acil servislerde çalışan sağlık personeline yönelik saldırıların nedenini ve çözümünün sadece acil servis işleyişinde aramak yanıltıcı olur. Acil servis hizmeti hastane öncesinden başlayıp, yataklı servis ve yoğun bakımlara kadar uzanan ve olmazsa olmaz tanı ve tedavi olanaklarının

bulunması gereken bir hizmettir.Bu zincirdeki her türlü zayıflık acil serviste su yüzüne çıkmaktadır. İşini yapan güvenliklerin bulunması, kalabalık acil servis girişinde triaj yapılması, tetkik üniteleri ve konsültasyon hizmetlerinin hızlandırılması gibi bir çok düzeltici faaliyet başlatılabilir. Ama asıl ve kalıcı çözüm sağlık sistemimizin bütünü ile ele alınmasıdır. Kısıtlı personel ve ekipman ile günde 500-800 arası hasta bakmaya çalışan acil servisler var. Birinci basamağın tercih edilmemesi, polikliniklerden randevu alınamaması, hastaların sağlık yakınmaları şiddetlendikten sonra özellikle de akşam saatlerinde, acil servise başvurmalarına neden oluyor. Nasılsa “ben sorun yaratırsam bana hemen bakarlar” veya “buraya gazetecileri mi çağırmak lazım” gibi tehditler ile hastalar, çoğunlukla da yakınları henüz girişte sorun yaratmaya başlıyorlar. Ne yazık ki, medyanın habercilik anlayışı acil servislerin yoğun ve stresli çalışmasında gösterilen özverilerin yerine, sansasyonel olayları yansıtıyor.Tabii ki bu özveriyi ülkemizin ve sağlık sistemimizin yöneticileri de görmeli ve takdir etmelidir. Üstüne üstlük özellikle üniversite hastanelerinde “servisimizde/yoğun bakımda yerimiz yoktur” diye yazılarak hastaların acil serviste kalması acil servis işleyişini kısıtlıyor. Halbuki servis veya bölüm yatağı yoktur, hastanenin yatakları vardır ve boş bir yatak bile varsa bu ibare düşülemez. Hastane yönetimlerinin bu konuda daha hassas olması acil servis hizmetinin kalitesini yükseltecektir. Saygılarımla

Dr Cem OKTAY

Türkiye Acil Tıp derneği

Yönetim Kurulu Başkanı

**1643 Semra GÜNAY 04 Aralık 2005**

Sevgili arkadaşlar...

Bu konu geçtiğimiz günlerde yapılan Ulusal Travma ve Acil Cerrahi kongresinde bildiri oturumlarından birinde ele alındı, bildiriyi hazırlayan Dr.Acar AREN - İstanbul Eğ. Hast

Cerr. Klinik Őefi ve derneğimiz yönetim kurulu yesi- aynı konuyu 13 Aralık 2005 Salı ve ya 14 arŐamba akŐamı yapılacak İstanbul Cerrahi Derneği aylık toplantısında sunacak ve tartıŐılabacaktır" son dakikada bir deđiŐiklik olmaz ise ".Hep birlikte ve tüm branşlardan hekim arkadaşlarımızı da davet ederek katılım ve konuyu basına da yansıtalım .Bir arada olduğumuzu ve bu konudaki yasal yaptırımları hayata geçirmek için çaba göstereceğimizi ortaya koyalım. Hepinize iyi pazarlar..Selam ve sevgiler..

Dr Semra Günay

#### **1644 Korhan TAVİLOĞLU 04 Aralık 2005**

Değerli meslektaŐlarım,

Semra GÜNAY' ın belirttiği gibi "Cerrahi çalışanlarına yönelik saldırılar" adlı toplantı İstanbul cerrahi Derneği'nin bir aktivitesi olarak 13 Aralık 2005 Salı akŐamı saat 19.00- 21.00 arasında BahçeŐehir Üniversitesi BeŐiktaŐ YerleŐkesi'nde gerçekleŐecektir. Size programı 1-2 gün içinde göndereceğim.

Saygılarımla

Dr Korhan TAVİLOĞLU

İstanbul Cerrahi Derneği

Genel Sekreteri

#### **1647 Dr Haluk İNCE 02 Aralık 2005**

Sayın grup okur yazarları,

112 ve acil serviste çalışan hekimlerin karŐılaŐtıkları Şiddet ile ilgili çalışma yapmak için çok geniş düşünmek gerektiğine inanmıyorum. Bu pozisyonda çalışan hekimlerin hizmet verdiği hasta ve yakınları ile karŐılaŐtıkları yerleri düŐünürseniz; bu sorunun, güvenli kuvveti ya da

hastane içi güvenlikle çözülemeyeceğine sizlerde katılırsınız. Bu bir halk sağlığı sorunudur. Bu konuda bilgi verip; tutum ve davranış kazandırmak için toplumun özel kesimleri ile uğraşmalıyız. Göksel hocanın saldırıya uğradığı günden bir gün önce 112 acilde çalışan arkadaşlarla toplantıdaydık. “Size imreniyoruz, hastanede çalışmak ne kadar güvenli” sözlerini üzülererek dinledimÇünkü onlar hastalarla, evlerde, kaza bölgelerinde karşılaşıyorlar. Kendine trafikte yol vermediği için adam vuran bir toplumda, bir hekimin triaj sonucu o kişinin hastasını almadan acil servise hareketlendiğinde başına gelebilecekleri düşünmek bile istemiyorum. Bence bu eğitimi bıkmadan usanmadan önce medyadan ve okullardan başlayarak eğitimi artırmamız gerekir. Okullarda zorunlu eğitim olduğunu bildiğim ilk yardım eğitiminde çocukları eğitmemiz gerekiyor. Bunun çıktısı ise bir nesil sürecek bunu bilmeliyiz. Medyayı eğitmemiz gerekiyor ki bu medya üyeleri öyle filtrasyon uygulamalı ki sadece bir şarkıcı olduğu için saçma sapan iddiaları olan bir kişiyi saatlerce televizyona çıkartmamalı. Bu filtrasyonu kendi içinde özdenetim yapmalıdır. Bu durum şu anda o kadar kötü durumdadır ki düzelebileceğine inancım çok azdır. Ama uğraşmayı başlatmamak için neden değil. Toplumunu eğitmemiz gerekiyor. Bunu bürokrasi ve devlet yapmıyorsa bizler yapmalıyız. İnsanlara sağlık hizmetine ulaşma hakkının sağlıklı olma ile karşılaştırılmamasını anlatmak zorundayız. Bunu yapmaz isek toplum ve biz çok acı çekeceğiz.

Dr Haluk İNCE

İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

**1650 İsmet ÖZAYDIN 09 Aralık 2005**

Acil servisler nasıl düzelir ? Öneriler ?

Acil servislerde olan problemlerle Cerrahpaşa’da çok mücadele ettik. Ve halen arkadaşlarım ediyorlar. Çapa’da daha az oluyordu. Gelen hastaların yakınları Çapa’daki güvenlikten yakınıyorlardı. Kendilerine kötü ve sert davranıldığını bu yüzden de Cerrahpaşa’da ajite

olduklarını söylüyorlardı. Hekimlerin görevlerini yaparken dikkatsiz ve sorumsuz olmaları, medyadaki hekimleri hedef alan yayınlar, gelen hasta ve yakınlarında bir ön yargı oluşturuyordu. Acilde uzun süre bekletilen hastalar olaylara sebep oluyorlardı. Özellikle konsültasyonların geç yapılması acil kapıda duran hekime zor anlar yaşıtıyordu. Bir de buna hastaları almamak için bizlik değil bu hasta yaklaşımı bir kısım hastayı ortada bırakıyordu. Sonuçta zaten önyargılı olan hasta ve hasta yakınları ortalığı karıştıyordu.

Peki ne yapmamız lazım bunları aşmak için ?????

Aslında çok basit....

1. Özel hastanede hasta nasıl karşılanıp tedavisi başlıyorsa aynısını devlet kurumlarında yapmalıyız. Az maaş alıyoruz diye az iş yapmak fikrinden uzaklaşmalıyız.
2. Acil serviste çalışan personelin döner sermaye ve sosyal durumunu düzeltmeliyiz, sayılarını fazla tutmalıyız.
3. Konsültan bölümlerin zamanında gelmeleri için idari kararlar alıp uygulamalıyız. Çağrı cihazları devreye koyup bunlar ile yapılan uyarıya kısa sürede gelmeyen konsültanlar hakkında yasal işlem yapılmasını sağlamalıyız.
4. Acil serviste hastalar iki saatten fazla tutulmamalı uygun bölüme devredilmeli.
5. Hasta yakınları mümkünse müdahale bölümlerine alınmamalı ve işlemleri mevcut personelle giderilmeli,
6. Malzeme eksiklikleri giderilmeli ve dışarı reçete gönderilmemeli, her şey acilden sağlanıp hastaya fatura edilmeli,
7. Acile sahip çıkan bir hekim grubu kurulmalı. Asistanların devamlı değiştiği bir acilde günü kurtarma mantığı yerleşiyor.

8. Hasta ve hasta yakınlarına ciddi travma durumlarında psikiyatri veya psikolog desteği her zaman sağlanabilmeli,

9. Hastanelerin idarecilerinin acil servislerini hastanelerin vitrinleri olarak görüp ona göre yapılanmalarını sağlamaları gerekir. Para kazanma özelliği çok sonra gelmeli.

10. Acil toplantıları yapılıp tıpkı İstanbul'da olduğu gibi illerdeki hastanelerin geniş katılımları sağlanıp sorunlar tartışılıp fikir alış verişi ve koordinasyonlar sağlanmalı.

Aslında tüm bunlar biliniyor ve nedense uygulanmıyor. Bu maddeler uygulansa hangi acilde şiddet olur ve niçin olur ?????

Saygılarımla

Yrd. Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN

A.I.B.U. Düzce Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi AD Düzce

**1651 Altınay Banu ONAT 09 Aralık 2005**

Sayın İnce'ye katılmamak mümkün değil; ancak bir şey de ben eklemek istedim. Evet, ilköğretimde ilkyardım dersi mevcuttur. Daha önceleri 6 ve 8. sınıflarda verilen bu ders, bu sene itibariyle 4 ve 5. sınıflara kaydırılmıştır (aşamalı olarak yani hala 6 ve 8. sınıflar da alıyor bu dersi). Ancak dersin tam adı "Trafik ve İlkyardım". Adında ilkyardım geçtiğine aldanmayın sakın. Haftada sadece 1 ders saati okutulan bu ders toplam 7 üniteden oluşmaktadır ve sadece ama sadece 7. yani son ünitesi ilkyarımdan bahsetmektedir. 4. sınıflara okutulan ilkyardım müfredatının konuları: İlkyardımın önemi, İlkyardımla ilgili temel bilgiler, Araçlarda bulunması gereken ilkyardım çantası ve bu malzemelerin tanıtılması, acil yardım telefonlarından yararlanma ve bu araçların korunması, kaza yerinde alınması gereken trafikle ilgili güvenlik önlemleri. 5. sınıflarda okutulan ilkyardım müfredatı konuları

ise; Solunum sağlama; Kanamayı durdurma; Şoka engel olma; Yarayı dış etkilere koruma; Vücut ısısını koruma; Uygun pozisyon alma; Bilinen ve gerekli olanı yapma. Peki bu dersi kim veriyor? Hangi öğretmenin haftalık ders saati az ise o. Peki bu kişi, anlattığı konunun bilincinde mi? Evet. Bu konuda eğitim almış mı? İşte burası muallak. Peki verilen dersler, bu yaş grupları için uygun mu? Bu sorunun yanıtını da sizlere bırakıyorum. Benim fikrimi sorarsanız; eskiden verilen sınıflar daha iyiydi; 6 ve 8. sınıflar; 7 ve 8. sınıflar da olabilir. Peki bu eğitim sizce yeterli mi? Herkesin ağzından ağız dolusu HAYIR'ı duyar gibiyim. Lise dengi hemşirelik okullarının kapatılma gerekçesini de göz önünde tutarsanız; bu yaşlardaki daha oyun çocuklarına bu eğitimin başlatılması güzel de pekiştirilmesi gerekliliğine inanıyorum. Lise'de, hatta belki de üniversite bile. Oturup tekrar düşünmek gerekiyor. Okullarımız müfredatında yapılan pozitif değişikliklerin daha da pozitive edilebilmesi için daha neler yapılabilir. Düşünelim ve uygulaması gereken kişilere de fikirlerimizi yansıtalım.

Ne dersiniz?..

Saygılarımla.

Altınay Banu ONAT

Hemşire & Anestezi Teknikeri

**1652 Mustafa YANDI 09 Aralık 2005**

Sayın meslektaşım,

Acil servisler ( Özellikle de Çapa ve Cerrahpaşa ) deki sorunlar ve çözüm önerilerinize katılmakla birlikte; çözümün en ön sırasında yer alması gereken bir hususa sizin ve gruptaki arkadaşların dikkatini çekmek isterim. O da benzer sorunların çözümü amacı ile yaklaşık 30 yıl önce Amerika da, 14 yıl önce de ülkemizde başlanmış uygulamaya maalesef ülkemizde önder rolleri olduğunu düşündüğümüz bu iki ( Çapa ve Cerrahpaşa ) fakülte ile birlikte hala

görmezlikten gelerek direnç gösteren Ankara ve Ege Üniversiteleri Tıp Fakültelerinde Acil Tıp Anabilim Dallarının kurulmamış olmasıdır. Acil Tıp Anabilim Daları yapılanmaları, eğitim disiplinleri ve işlevleri ile işte tam bu sorunları gidermekle kalmaz aynı zamanda diğer Anabilim Dallarında acil işlerden asli görevleri elektif olgu, araştırma ve yayın gibi fonksiyonlarına zaman ayırmalarına fırsat verir. Umalım ki bu yazılar başta adı geçen güzide Fakülte Yönetimleri olmak üzere tüm ilgili ve yetkililerin dikkatini çeker bir an önce ihmale uğramış bu Anabilim Dallarını kurarlar ve yerleştirirlerse bu sorunların asgariye indiğini görecektir. Bu arada özellikle Çapada uygulanan Acil Cerrahi uygulamasının sorunun çözümü olmadığını sadece belki de bir ayağını oluşturduğunu, ancak tek ayaklı ( total ) kaldığını da belirtmek isterim. Saygılarımla.. Prof. Dr. Mustafa YANDI

**1653 Dr Burak UĞRAŞ 09 Aralık 2005**

Sayın Dr İsmet Özaydın 'ın fikirlerinin bazılarını katılmakla birlikte bazı fikirleri de oldukça popülist ve klişe sözler olarak geliyor. İstanbul tıp Fakültesi acil birimiyle ilgili yansıtılan güvenliğin sert davranışı tamamen yanlış bir algılamadır. Gerçek durum bunun tam tersi, oldukça etkisiz bir güvenliğin varlığıdır. Hekimlerin özeldekinden de farklı bir tutumu olamaz ve olmamaktadır. Bunu bir politikacı söyleyebilir ancak. Tek fark resmi kurumlarda 14-18 yatak dolu iken 45 yaş üzeri bıkmış bir yardımcı sağlık personeli ve hizmet edecek hemşire yokken; özel kurumda hiçbir yardımcı personel sıkıntısının olmaması, hemşirelerin varlığı ve bu kurumlarda ücret işleriyle ilgilenen profesyonel kişilerin olmasıdır.

Burak UĞRAŞ

İstanbul Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**1654 Tanju TAŞYÜREK 10 Aralık 2005**

Değerli Grup Üyeleri,

Güvenlik konusunda gelişen düşüncelere 112 çalışanı olarak bazı katkılarda bulunmak istiyorum. Ekibin güvenliğinin öncelikle düşünülmesi temelindeki yaklaşım hastanın sağlığının da ekibin güvenliğine bağlı olduğunu öngörür. 112 çalışanlarının olay yerine ulaştığında ortamın güvenliğinin değerlendirilmesi önceliklidir. Ben bu konuda ekibimin diğer iki üyesini, söför ve yardımcı sağlık personelini görevlendiriyorum. Ben hekim olarak hastaya öncelikle konsantre oluyorum ve hastanın ilk değerlendirmesini yapana kadar çevreyle çok ilgilenemiyorum. Vaka ne olursa olsun temel ABC değerlendirmesini yaptıktan sonra (ki bu çok kısa sürede yapılabilir) çevreye yönelik değerlendirme yapmaya başlıyorum. Söförün en temel görevi ambulansı “doğru” yere park etmek. Bu yer eğer olay trafik kazasıysa kazayı arkaya alacak şekilde oluyor. Olay yerinde olası delillere (fren izi, mermi kovani, başka deliller..) zarar vermemek için bu delillerin olabileceği alanı hayali bir çizgiyle çevreleyip ambulansın o alanın dışına park edilmesini istiyorum. Aracın önünün açık olmasına özellikle dikkat ediyorum. Gereğinde hiçbir ek manevra yapmadan olay yerinden güvenli bir yere çekilebilmek için aracın önünün mutlaka açık olması gerekiyor. Aracın arka ve yan kapısının mutlaka sağlam olmasına özen gösteriyorum. Yan kapısı bozuk-açılmayan bir ambulansa arkadan inip binerek görev yapılabilir ama ekip içerdeyken yapılacak bir saldırıda (ki bu tür saldırılar olmuştur) yan kapıdan çıkamıyorsanız kapana kısılmışsınız demektir. Tüm ekibin olası saldırıları öngörmesi için dikkatli olmasını öğütüyorum. Ekibimle aramda bir parola bulunuyor. Güvenlikle ilgili en küçük tehdit algılamasında “boşaltıyoruz” dediğimde ekibim süratle güvenli bir yere çekiliyor. Bu

“güvenli” yeri ekibin kendini güveli hissettiği yer olarak tanımlıyorum. Burada bir değerlendirme yapıyoruz. Tehdit algılamamız yanlış mı, yoksa gerçekten bir tehdit var mı sorularını sorduktan sonra eğer algılamamız yanlışsa geri dönüyoruz. Algılamamız doğruysa duruma göre seçenekleri gözden geçiriyoruz. En kısa sürede tercihen telefonla komutayı bilgilendiriyorum. Ya da 155 desteği bekliyorum. (155’in de öncelikle kendi güvenliğini sağlamadan müdahale etmeyeceğini unutmayınız). Güvenlikle ilgili bir diğer uygulamam sedyelerdeki emniyet kemerleri. Sedyelerde (ambulans sedyesi, katlanabilir sedye, tahta sedye, faraş sedye) emniyet kemerleri mutlaka bulunuyor. Hastayı sedyeye alır almaz emniyet kemerleriyle bağlıyoruz. Bu hem olası bir düşmeyi, kaymayı önüyor hem de hastanın hareket kabiliyetini sınırlayarak bize avantaj sağlıyor. Güvenlik konusunda en önemli silahım iletişim. Hastaya ve yakınlarına yaptığım her şeyi ya da yapmak istemediğim her şeyin nedenini detaylıca anlatıyorum.

Beden dilini de kullanarak (cephe konuşulan kişiye dönük, göz teması sağlanarak, dik bir beden ve kalkık bir burun-başın dikliğini sağlar-) tüm girişimlerimi çevremdekilere aktarıyorum. Üniformamın bana sağladığı (otorite) etkiyi dikkat çekmek için kullanıyorum. “Bluetooth” kulaklık ya da “handsfree” kulaklıklar telefonla haberleşirken ellerin serbest kalmasını sağlarken elde bulunan telsizin de yardımıyla yarattığı imaj kontrolü ve otoriteyi elde tutmaya yardımcı oluyorlar. Hastaların bazı isteklerini yapmadığımda çok dikkatli ve anlaşılabilir kelimelerle bunun nedenini açıklıyorum. Örneğin öleli 20 dakika olmuş, EKG’si düz çizen ağzı ve burnu köpüklü kanla dolu vakaya neden kalp masajı yapmadığım

sorulduğunda hastanın muhtemelen akciğer ödeminden öldüğünü, akciğerlerinin oksijenlenmesinin mümkün olmayacağını, kalp masajıyla kanı vücuda pompalasan bile oksijenlenmenin olmamasının nedeniyle etkili bir girişim olmayacağını anlatıyorum. Ya da geç geldiniz diyen kişilere tüm konuşma kayıtlarının ve telefon çağrı saatlerinin kaydedildiğini, geliş süremle ilgili tüm bilgilere istenildiğinde ulaşılabileceğini aktarıyorum. Gerilim olduğunda çözümden önce tansiyonu düşürmeye gayret ediyorum. Çoğunda iletişim kazaları gerilimi artırmış oluyor. Ev hastalarında çıkışın kontrolümüzde olmasına özen gösteriyorum. Çıkışla ekibimin arasına güvenliğimizi tehdit edecek kimselerin girmemesine dikkat ediyorum. Eğer hasta ajite, alkollü, saldırgan eğilimliyse yakın çevresinde kesici, zarar verici maddelerin olmamasına dikkat ediyorum. Böyle şeyler varsa (cam kaplar, sert cisimler vs.) dikkati çekmeden uzaklaştırmaya çalışıyorum. Aramdaki mesafeyi bir kol uzunluğundan daha fazla tutuyorum. Olası bir saldırıda ilk hamlede bana ulaşamayacağı bir mesafede duruyorum. Eğer tüm bunları sağlayamıyorsam (örneğin evin en dip odasındasınız ve çıkışla aranızda fizik gücü size denk ya da daha fazla olan kişi ya da kişiler var) hasta ve yakınlarıyla uzlaşmayı tercih ediyorum. Böyle durum içerisinde konversiyon vakalarını acil servise taşımak zorunda kaldığım olmuştur. Yukarıda yazdıklarım deneyimlerle gelişen tutumlardır. Ama en önemlisi “güvenlik”i bir tema olarak alıp her türlü etkinliğimde aklımdan çıkarmamam. Bu sadece benim ya da ekibimin değil hastayı bıraktığım acil servis çalışanları için de geçerli. Örneğin acil servisteki doktorla tartışan bir hasta yakını nedeniyle hastayı başka hastanenin acil servisine götürerek hem yolda gerilimi azalttığım hem de tartışılan acil servis çalışanlarıyla hasta yakınlarını uzaklaştırdığım vakalarım olmuştur. Özetlemek gerekirse: Güvenlik bir temadır, ana konudur ve tüm etkinliklerde göz önünde tutulmalıdır. Ambulansın yerleşimi delilleri bozmayacak, gerektiğinde süratle uzaklaşabilecek bir konumda olmalıdır. Sedyelerdeki emniyet kemerleri tam, sağlam olmalı ve her hastada kullanılmalıdır.

Güvenliğin tehdit altında olduğu durumda ekip süratle güvenli yere çekilecek haberleşme ve tutum birliği

içerisinde olmalıdır. Güvenli yer ekibin kendini güvenli hissettiği yerdir. Durum burada tekrar değerlendirilmelidir. Ev hastalarında çıkış ekibin kontrolünde olmalıdır. İletişimde üniforma, telsiz, diğer aksesuarların otorite yaratıcı gücünün yardımıyla, kararlı ama açık olunmalıdır.

Kişilerle açıklayıcı bir iletişim

içerisinde olunmalıdır. Diğer kişileri (hastane acil servis çalışanlarını) tehlikeye atacak durumlar öngörülmesi ve onlar da düşünülerek gidilecek hastane kararları verilmelidir.

“Güvenlik” konusu her hekim ve yardımcı personelin aklından çıkarmadığı bir konu olursa

ilerlemeye başlayabiliriz. Örneğin konsültasyona gidecek hekim

geciktiğinde aşağıda çalışan kişileri tehlikeye attığını bilmeli. Hastanın değerlendirmesini

yapmadan “yerim yok” diyen hekim kendisini ve çevresini riske attığını düşünmeli.

Gerçekten yer olmayabilir ama hastayı değerlendirip, yani hastanın kendisiyle ilgilenildiğini

düşünmesini sağlayıp, neden alamayacağını açıklayıp yapabilecekleri konusunda önerilerde

bulunmayı “güvenlik” için yapabilmeli. Ben bir soruyla yazımı bitireyim. Sizce hastanelerin

mimarisi (acil servislerin özellikle) “güvenlik” konusu göz önüne alınarak mı çizilmiş?

Saygılarımla

Tanju Taşyürek

**1655 Alattin ÖZTÜRK 10 Aralık 2005**

Sayın Taşyürek,

Tecrübeye dayalı bu değerli bilgileri paylaştığınız için teşekkürler. Gerçekten okumayla elde

edilemeyecek

bilgiler. Herkesin faydalanacağını sanıyorum.

Op.Dr.Alaattin Öztürk

## 1657 Cemalettin ERTEKİN 11 Aralık 2005

Sayın Prof. Dr. Mustafa YANDI Hocam

Bu yazınızla özellikle İstanbul Tıp fakültesindeki acillerin çalışma şekillerini pek bilmediğiniz anlaşılıyor. Ben Acil Tıp Anabilim Dallarının tüm acil hastaların tek bir kapıdan girdiği hastanelerde kurulmasının uygun olduğunu düşünüyorum. Yoksa bu uzmanlık dalını kurup rotasyonlarla Acil Tıp uzmanı yetiştirmeye kalkmanın faydadan çok zarar vereceği açıktır. Fakültemizin kuruluşu nedeni ile acillerin yapılanmaları ayrı ayrıdır. Hastanın ilk gelişinde hangi acil servisi seçeceği nadiren sorun yaşanan bu sistemde; hasta ilgili acil servise ulaştığında bizzat bu dalın hekimleri tarafından karşılanmaktadır. İnsan gücü ve kaynak bakımından bir dezavantaj olarak görülebilecek bu sistemin hastaya yaklaşım açısından bir dezavantaj olduğunu söylemek mümkün mü? Hem acillerdeki güvenlik sorununu ile sözünü ettiğiniz fakültelerde Acil Tıp Anabilim Dallarının kurulmaması arasındaki ilgiyi anlayamadım. Acil Tıp Anabilim Dalı Kurulu olan hastanelerde olay çıkmıyor mu? Aksine konsültasyonlardaki ya da hastaların ilgili servislere alınımındaki gecikmeler nedeni ile daha sık tartışmaların olduğunu, acil servislerle yakın ilgisi olan bir kişi olarak biliyorum.

Çapada uygulanan Acil Cerrahi uygulaması demekle neyi kastediyorsunuz onu da net olarak anlamadım. İstanbul Tıp Fakültesinde Travma ve Acil cerrahi hastalarının (Ortopedi, NRŞ, Plastik ve Toraks Cerrahisi ile birlikte), Acil Dahiliye ve Çocuk Hastalarının tüm takip ve tedavilerinin yapıldığı, içinde yoğun bakımından servisine laboratuvarına, radyolojisine ve kendi dallarında uzman ve asitanların bulunduğu, yataklı servislerin var olduğunu, fakültemizi yakından tanıyanlar gayet iyi bilirler. Ayrıca söz konusu servisler Ülkemizde birçok bilimsel etkinliğe öncülük etmişlerdir ve etmeye devam etmektedirler. Sözünü ettiğiniz Amerika'da yıllardır üst ihtisas gibi kabul edilen Travma Cerrahisi ile Genel Acil Servis Hekimliği olan

Acil Tıp Uzmanlığını kıyaslamak ne kadar doğru? Bu kıyaslama Travma ve Acil Cerrahi ile uğraşan Genel Cerrahi başta olmak üzere Ortopedi, NRŞ, Toraks Cerrahisi, Plastik Cerrahi gibi uzmanlık dallarına değil, aksine Türkiye'de halen birçok uzman tarafından yadırganan ve gereksiz bulunan Acil Tıp uzmanlık Dalına zarar verir. Bu uzmanlık dallarının özellikle Acil Tıp Anabilim Dallarının Kurulu olduğu bir çok tıp fakültesinde gereksiz polemiklerden uzak birbirleri ile uyumlu çalışmanın yolunu bulma zorunluluğu vardır.

Travma ve Acil cerrahi alanında ilgili uzmanlık dalları ile uyum içinde çalışan özellikle Multitravma hastalarının ortada kalmasının önleniği, primer işi Travma ve Acil Cerrahi olan öğretim üyesi ve uzmanların yer aldığı, dünyada ve ülkemizde bu tür hastalara en iyi hizmetin bu şekilde verilebileceğinin geniş kabul gördüğü bir sistemi total olarak adlandırmaktan neyi kastettiğimizi anlayamadım. Eğer açıklığı kavuşturursanız sevinirim. Ayrıca bu sistemde Dr Özaydın'ın ifade ettiği konsultan hekim kavramı yoktur. Hasta ilgili uzmanlık dallarından oluşan bir takım tarafından karşılanır, travma deneyimli cerrah sadece bu takımın kordineli çalışmasını temin eder. Travma hastasının tedavisinin planlanmasında halihazırdaki en ideal sistem budur. Saygılarımla...

Cemalettin ERTEKİN

**1659 Tanju TAŞYÜREK 12 Aralık 2005**

Değerli grup üyeleri,  
Acil servislerde güvelik konusunda tartışmalarla başlayıp, acil tıp uzmanlığı ve travma cerrahisi konularıyla ilgili tartışmaların da eklendiği yazıları dikkatle izlemekteyim. Konuların enine boyuna tartışılmasının çok önemli olduğunu belirtmeliyim. Bu tartışmalara değişik bir yaklaşımla katkıda bulunmak istiyorum. 1999-2004 yılları arasında Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü'nde çalıştım. Bakanlıkta çalışırken zaman zaman değişik görevlendirmelerde bulundum. Bunların içerisinde doğu ve güneydoğu illerindeki sağlık kuruluşlarını incelemek ve değerlendirmek de vardı. Bir heyetle Batman, Siirt, Şırnak, Bingöl,

Bitlis, Muş illerini ve bu illerin ilçelerini dolaşma fırsatım oldu. Heyetin başkanı Tedavi İşleri Genel Müdürlüğünden bir Genel Müdür Yardımcısıydı ve APK'dan Bakanlıkta çok uzun yıllardır çalışan bir mimar hanım da ekibimizde yer almaktaydı. İl ve ilçelerdeki hastaneleri dolaşırken 10-15 yıl önce yapılmış hastaneleri gezdiğimizde mimar bayan ile genel müdür yardımcısı acil servis bölümüne gelince kafa kafaya verip nasıl bir düzenleme yapabileceklerini tartışıyorlardı. "Şurayı gözlem yaparız, ameliyathaneye gidecekler için şuradan bir asansör koyarız, morgu şuraya alırız" gibi pek çok konuşmaya şahit oluyordum. Yeni yapılan hastanelerde ise acil servisler bulunduğundan bu tür diyaloglar olmuyordu. Bir sohbet sırasında mimar bayana niçin eski hastanelerde acil servis kısmı yapılmadığını, acil servisi olmayan bir hastaneyi nasıl inşa edebildiklerini sordum. Bana "Genel müdürlükler bizlere ihtiyacı olan binaları ve bunların özelliklerini bildirirler, biz de elimizde olan projeleri onlara sunarız. İnşaat kısmını Bayındırlık Bakanlığı gerçekleştirir. Yani Genel Müdürlüklerin istekleridir mimariyi belirleyen." dedi. Buradan 15-20 yıl önce hastanelerde bir acil servis, gözlem odaları, acil ameliyathane vs gibi bir düşüncenin olmadığını, böyle bir talebin olmadığı sonucuna vardım. Hastanelerin acil servis içeren bir mimariyle inşasıyla Türkiye'de acil tıp uzmanlığının başlaması ve gelişmesi birbiriyle yakından ilişkiliydi. Sağlık Bakanlığı bilimsel konuları danışma kurulları ile ülkemizin alanlarında otorite bilim adamlarına danışarak politikalarını belirler. Acil Tıp ve Travma Cerrahisi konusundaki tartışmaların yönü ve varacağı yerler gelecekte verilecek sağlık hizmetlerinin altyapısını, kadroların oluşmasını, sağlık kuruluşlarının inşasını, malzeme ve ekipmanların seçimini etkileyecektir. Bu nedenle grupta süren tartışmaları çok önemseyerek ve dikkatle izliyorum. Yeni bir alanda eskiye meydan okumak, daha fazla enerji ve değişik taktikler gerektirir. 9 Eylül Üniversitesi'nde başlayan problem çözmeye dayalı eğitim modeli ve acil tıp

uzmanlığı bugün ülkemizde 10-15 sene öncesine göre pek çok şeyi değiştirmiştir ama tartışmalar devam etmektedir. Edecektir de. Advocacy (Savunuculuk) kavramını bakanlıkta çalışırken öğrendim.Yeni deneyenler fikirlerini de uygulamalarını da sürekli savunmak zorunda

kalacaklardır. Bunu yaparken "savunuculuk" konusunda var olan bilgi ve deneyimi pratiklerine katmalarının

sayısız yararını görecektir. Sayın Cemalettin Ertekin'in yazısını biraz da bu gözle okudum.

Sayın Cemalettin Ertekin'in şahsında tüm "yeni bir şeyler için mücadele edenlere " savunuculuk" kavramını incelemelerini öneririm.

Saygılarımla

Tanju Taşyürek

### **1660 Cemalettin ERTEKİN (06 Ağustos 2006) 12 Aralık 2005**

Sayın Tanju Taşyürek

"Yeni bireyler için mücadele edenler" demekle neyi kast ediyorsunuz tam anlayamadım. Sanki buradan benim Acil Tıp Uzmanlığı ile mücadele ediyordum gibi bir sonuç mu çıkarmalısınız. Halbuki benim yazımda böyle bir şey yok. Sadece kendi çalışma sistemimizi ve Travma ve Acil cerrahinin yerini anlatmaya çalıştım. Bazı yanlış anlamaları düzeltmekti amacım. Ben Türkiye'de çalışma alanları iyi belirlenmek koşulu ile Acil Tıp Uzmanlarının gerekliliğini savunan ve bunu kuruldukları aşamadan beri yapan bir kişiyim.Ancak bu uzmanlık dalının Travma ve Acil Cerrahi gibi spesifik bir dal ile kıyaslanmasının da mümkün olmaması gerektiğini vurguluyorum.

Saygılarımla

Cemalettin Ertekin

**1663 Tanju TAŞYÜREK 13 Aralık 2005**

Cemalettin Bey,

Yanlış anlaşılışım. Şahsınıza yönelik hiçbir yorumum yoktur. Acil Tıp Uzmanlığı ülkemizde 90'lardan sonra kendine yer edinmiştir ve bu konuda acil tıp uzmanlarının gerekliliğini savunmakta olduğunuzu yazınızda belirtmektесiniz. Keza travma ve acil cerrahi alanıyla ilgili kendi çalışma alanınızı da anlatmakta, aslında savunmaktasınız. Yeni bir şey den kastım işte bu konulardadır. Yani acil tıp uzmanlığı ülkemiz için yenidir ve bunu gerekliliğinin, etkililiğinin "savunulması" (Advocate) gerekebilmektedir. Savunuculuk konusunun temel ilkeleri, stratejileri, yaklaşımları vardır. Bu kavram çevresinde kazanılmış bilgilerin kullanılması hedefe ulaşmada yardımcı olabilir. Ben sizin yürüttüğünüz tartışmaya yönelik olarak değil ama bunu bir fırsat bilerek "savunuculuk" konusunu gündeme getirmek istedim. Başka bir alanda örnek vereyim. Kadının statüsünün gelişmesinin sağlık alanında pek çok yararlarının olduğu bilimsel araştırmalarla ve verilerle kanıtlanmıştır. Kadının okuma yazma oranının yükseltilmesi, kız çocukların okula gitmesi, kanunlarda kadın erkek eşitliğinin sağlanması vs gibi pek çok konuda yaşananları basından takip ettiğimizi düşünüyorum. Tüm bu çalışmaların destekleyicisi olarak kadınların statüsünün yükseltilmesinin "savunuculuğunu" yapmak sağlık alanında daha iyi yerlere ulaşmada yardımcı olmaktadır. Önemli bir stratejik tutumdur ve Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü'nün ana uğraş alanlarındandır.

Travma merkezlerinin travma hastalarının sağaltımında daha etkili olduğu dünyadaki deneyimlerle ortaya konmuştur.Travma kitabının Travmaya Genel Bakış kısmının Sayın Saman Belgerden'in yazdığı "Travma Tarihi" bölümünde, ülkemizde Prof. Dr. Halit Ziya Konuralp'in liderliğinde yaşanan değişimin travma hastalarının mortalite ve morbiditelerinde gelişmelere yol açtığı çarpıcı biçimde yer almaktadır. O halde bu uygulamalar geliştirilerek (ki zaman içinde geliştirilmiştir ve 112'lerin nüveleri bu çalışmalar sonucunda oluşmuş ve gelişmiştir)kurumsallaşmalı ve yaygınlaştırılmalıdır ve bunun da "savunuculuğu" yapılmalıdır. Umarım soru işaretlerinizi giderebilmişimdir.

Saygılarımla

Tanju Taşyürek

**1665 Cemalettin ERTEKİN 14 Aralık 2005**

Evet Tanju Bey

Soru işaretlerimi giderdiniz. Teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Cemalettin ERTEKİN

**1666 Tayfun KAYA 14 Aralık 2005**

Merhaba

Bence acil servislerin işlerliğinin maximum düzeyde olması ancak klasik acil sistem çalışmasıyla mümkün. Cerrahi, ortopedi ve genel cerrahinin var olduğu sistem en iyi sistemdir. Acil servis sorumluluğu genel cerrahiye verilmeli. Acil servisin çalışma sistemini genel cerrahi belirlemeli. Bu üç kliniğin dışındaki acil başvuru yapan hastalar kendi kliniklerinin lokal acillerinde karşılanmalı. Acil hekimliğinin olduğu sistem birçok farklı uygulamanın hastaların tedavisinde yönlendirici olmasına yol açmakta. Acil tıp uzmanları hastaların acil serviste vakit kaybına yol açmakta. En azından bu genel cerrahi için doğru. Hastaya yaklaşım ve acil hastanın yönetiminde yanlışlıklar yapılmakta. Mesela mezenter iskemiyle gelen hasta GIS kanaması olarak değerlendirilip intaniye(kanlı ishal) ya da gastroenterolojiye yönlendirilmesiyle sonuçlanmakta. Hastanın zaman kaybı mortalite ve morbiditeyi arttırmakta. Acillerde genel cerrahinin egemenliğini sürdürdüğü, ameliyathanenin olduğu, triajın çok iyi yapıldığı bir sistem kurulmalı. Ayrıca acil servislere başvuran hastaların tamamı kabul edilmemeli. 140/90 tansiyonu var diye acile başvuran hasta kabul edilirse, burnu akıyor diye gelen hasta acile kabul edilirse, 2 aydır dizi ağrıyan hasta acil servise kabul edilirse bu iş yürümez. Tıkanır. Gerçekten acil yardıma ihtiyacı olan hasta için zaman kaybı olur. Bu az yaşanır bir olay değil.

Tayfun KAYA

### **1668 Cihat Rifat YILMAZER 14 Aralık 2005**

Peki sayın hocam o zaman sizden üniversiteler olarak bir öncü hareket başlatmanızı bekliyorum. 112 ' nin getirdiği bir MI vakasına küçücük acilde müdahale edildiğini gördüğü halde pencereden kafasını sokup reçeteyi tarif ettirenlere ve kapıda bekler iken bir haftadır burnu aktığını ve kendisinde acil olduğunu söyleyerek personelle tartıştığı, doktora silahını gösterdiği ve başhekimlerin genelde her seçim sonrası değiştiği bir yerde bu triajı ve dediğiniz uygulamaları nasıl yapacağız çok merak ediyorum. Bu acillerde ne yeterli personel ne de

ekipman var. oğunda uzman doktor bile yok. Bazıları rotasyonla geliyor başka yerlerden ve sadece poliklinik yapıyor. Bence üniversiteler gerçekten çok ayrı dünyada yaşıyorlar. Hafta sonu ve geceleri yer yok diye ne hastalar çeviriliyor gerisin geriye..

İyi çalışmalar diliyorum

Cihar Rifat YILMAZER

### **1667 Tayfun KAYA 15 Aralık 2005**

Dün atmış olduğum mail'deki bir ifadeyi düzeltmek istiyorum. Acil hekimliği yerine, yazımda acil tıp uzmanlığı ifadesini kullandığımı, gelen tepkiler üzerine öğrenmiş bulunuyorum. Bahsettiğim sistem acil servise rotasyonlu olarak geçici bir süre için gönderilen çeşitli branşların görev yaptığı bir sistemdi. Bu sistemde acil tıp uzmanları değil, acil hekimleri ismiyle görev yapan, bahsettiğim gibi değişik branşlardan hekimler görev yapmaktadır. (Klinik veya preklinik) Acil servise meydana gelen olumsuzluk hakkındaki düşüncem tamamen bu sistemle ilgilidir. Konuyla ilgili bana geri dönenlere teşekkür ediyorum. İfadesini yanlış bulan sözcük içinde özürlerimi iletiyorum

Tayfun KAYA

### **1669 Melih NEBİGİL 15 Aralık 2005**

Acil servisler düzelmez! (bu durumda)

1- Mentalite, 2- Acil kavramı; dünyada ilk yardımın hastanesinin olduğu yer burası, 3- İnanç toplumu-bilgi toplumu, 4- Bireysel eğitim eksiği; açığını yanlışını yalanla kapamak gibi, 5- Otistik dünya değerlerinden kopuk olma durumu 6- İnanılmaz kötü taklitler, (organ bağış komisyonu odası 2 m' içinde kimya mühendisinin oturması gibi) 7- Herşeyin başını örtersek kurtuluruz mantığı, 8- Bireysel komplekslerin önde yer alması 9- Mantıkla değil duygularla

olayları değerlendirme iç görü bozukluğu, 10- Tıp eğitim eksiği, 11- İletişim bozukluğu, dili iyi kullanma özeni yokluğu.. 12- Eleştiri toleranssızlığı, eleştirmeyi bilmeme.. Saygı ile..

Not: Maddelerin sıralaması değiştirilmelidir

Melih NEBİGİL

### **1670 Melih NEBİGİL 15 Aralık 2005**

1999 da Türkiye'ye J.Hollyman (Penstate; yanılmıyorsam) geldi ve acil servislerin standartizasyonu ile ilgili çalışmalar yaptı. Acillerin nasıl düzeleceği konusunda; varolan problem çözme yaklaşımı; 1-mütamadiyen şikayet edip olayları bireyselleştirme=kişileştirme alışkanlığı (....böyle oldu da sonuçta şöyle oldu..) nasıl olması gerektiği! YOK! 2- Sonuç; problem çözmeyen üretmeyen problem yaratan beyinler..Maazeret ileri süren problem erteleyen 9 -12 yaş kişiliği..

Melih NEBİGİL

### **1671 Cenker EKEN 15 Aralık 2005**

Tayfun beyin hayalindeki acil servisin işlerliğini inandırıcı bulmak mümkün değil. Zaten şu anda acil servislerin kötü durumu bu grupta bu kadar yoğun tartışıldığına göre klasik sistemde problem olduğu kesin. Örneğin 60 yaşında bel ağrısı ile gelen bir bayan hasta mekanik bel ağrısı, aort diseksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu, PID, multiple myelom, brusella, spinal kitle olabilir. Bu durumda hastayı damar cerrahi, FTR, üroloji, kadın doğum, dahiliye, enfeksiyon hastalıkları ve beyin cerrahi olmak üzere toplam 8 bölümüm görmesi mi gerekiyor? Abdomen kaynaklı bir sepsiste hastanın entübasyonundan, metabolik tablosunun düzeltilmesine ve enfeksiyon kaynağının saptanıp tedavisine başlanmasına kadar var olan süreçleri gerçekleştirebilecek donanımda bir doktorun hastaya ne gibi bir zararı olabilirki? Sizler içinde zararlı olmadığına eminim. Ayrıca çok fazla doktorun ilgilendiği bir hastada düzenden çok

karmaşa olması kuvvetle muhtemeldir. İşte bu durumda tüm bu hastaları yönlendirebilecek donanıma sahip bir acil uzmanın gerekliliği ortaya çıkıyor. Tayfun beyin görüşleri isanı sükutu hayale uğratan cinsten ve maalesef rasyonelizmden uzak. Bu tür demode fikirlerin köklü üniversitelerimizden çıkması da ayrı bir üzüntü kaynağı.

Uzm. Dr. Cenker Eken

Akdeniz Üniversitesi Acil Tıp AD.

### **1672 Halim ÖZÇEVİK 15 Aralık 2005**

Acil servislerin düzeltilmesini konuşurken nasıl oldu da böyle değişik konular gündeme geliyor anlamış değilim

Taklitini yapamadığımız ülkelerde bu gibi sistemlerin sorunları konuşulurken hiç bir zaman inançla ilgili bir toplum bilgi toplumu tartışmasının olduğunu zannetmiyorum bu bağlamda konunun tartışılacağı zemininde burası olmadığını düşünüyorum zemini korumak açısından bu uyarıyı göndermek istedim teşekkür ederim. Yoksa bu bilimsel ortamın klasik Türkiye ortamından farkı kalmayacak

Halim ÖZÇEVİK

### **1673 Mehmet Mahir KUNT 15 Aralık 2005**

Acil Servisler Nasıl Düzelir

Konu başlığından yanlış bir kez. Acil servisler nasıl düzelirmiş?!!!! Acil Servisler bozuk olan sağlık sisteminin bir parçasıdır. Sistem sorunları acil servise yansımaktadır. Siz fitığı olan bir hastaya normal poliklinikten aylar ve hatta yıllar sonrasına ameliyat randevusu verirsiniz, ayak ağrısı için ilgili poliklinikten aylarca sonrası için randevu verirsiniz, tetkikleri için aylarca sonraya gün verirsiniz, dahili sorunları olan hastaya normal yollarla bir türlü yatış randevusu vermezseniz, halkın gözünde özel muayene olmadan yatamam izlenimi

yaratmışsanız hastalar her türlü şikayetleri için acil servise başvururlar ve kalabalığı önleyemezsiniz. Ayrıca HASTALIĞININ ACİL OLDUĞUNU DÜŞÜNEN HERKES AKSİ İSPATLANINCAYA KADAR ACİLDİR. AKSİ NASIL İSPATLANIR. En azından doktor muayenesiyle. Gelelim iyi triyaja. Mükemmel kadın olmadığı gibi mükemmel bir triyaj da yoktur( Acil servis içi triyaj özel ilgi alanım bu arada). Triyajın en kısa sürede ve en ağır hastayı ayırmanı makbuldür. Ama en ağır hastayı ayırmak için hastayı baştan aşağı muayene ederseniz bu uzayacağı için triyaj olamaz. Eğer kısa sürede ayıracağım derken ağır hastayı kaçırsanız hata yapmış olursunuz. Ayrıca triyaj hastayı kapıdan çevirmez. Sadece muayene olma sırasını belirler. Çünkü kimseyi kapıdan gözüne bakmakla, şikayetini dinlemekle acil olup olmadığını belirleyemeyiz. İki aydır dizi ağrıyan hastayı muayene etmeden şu anki şikayetinin septik artrit olup olmadığını veya osteomyelit olup olmadığını sadece hikayeye bana söyleyebilir misiniz? 140/90 mm Hg tansiyonla gelen hastanın sadece bu şikayetle acil olmadığını da söyleyemeyiz. Ya bu bir gebe kadınsa eklampsi ya da preekampsi olabilir ya da her zaman TA 90/60 olan bir insan ciddi baş ağrısı olabilir ve de subaraknoid kanama olabilir. Siz muhtemelen doktorları cerrahlar ve diğerleri olarak yazmışsınız eleştirinizi. Ama ben böyle düşünmeyen cerrahların da olduğunu biliyorum. Size naçizane tavsiyem (Yaşınızı, titrinizi ve kaç yıllık doktor olduğunuzu bilmiyorum) acil servise gelmek ihtiyacı duyan her hastayı dikkatli dinleyin, dikkatli muayene edin ve dikkatli karar verin. Çünkü altından her zaman ciddi bir şeyler çıkma olasılığı, çıkmama olasılığından daha fazladır inanın.

Dr.Mehmet Mahir KUNT

**1674 Fahri YILMAZ 16 Aralık 2005**

Değerli arkadaşlar,

Acil servis sorunlarını ve önerileri yakından takip ediyorum. Ben olayın başka bir yönünü ele almak istiyorum. Hangi hastanelerin acil servislerini düzeltiyoruz. Üniversite hastanesinin mi, kasaba devlet hastanesinin mi, küçük bir kurum hastanesinin mi, özel hastanesinin mi? Trafik kazası nedeniyle acil servise getirilen 3 hasta düşünün. Nöbetçisiniz. Hastaların vitalleri iyi gibi ama sonuçta multitravma. Radyoloji uzmanı izinde veya yok, USG yapamıyorsunuz, röntgen teknisyeni 5 km mesafede evine araç gönderilerek alınacak. Beyin Cerrahisi yok veya şehir dışında, belki ortopedistiniz var. İnşallah yakındadır ve telefonu açıktır. Göğüs cerrahisi zaten yok. Laboratuvar imkanları kısıtlı. Hastanesinin çevredeki imajı iyi ama sedye taşıyacak elemanı yok, hemşire tek, acilde bulunması gereken ilaçların kurum bünyesinde tedariki son derece sıkıntılı ve temel bir çok ilaç yok. Tam bir kaos yaşıyorsunuz. Hangi hastayı henüz koyamadığınız hangi tanıyla, ambulansla yanına kimi bindirerek nereye göndereceksiniz? Yolda başına bir şey gelirse Yeni TCK'ya göre suçlu musunuz? Göndermeli mi, göndermemeli mi? Göndermeyip yatırsanız hangi kliniğe ve kimin sorumluluğuna bırakacaksınız. Bu hastaların triyaj ve işlemleriyle uğraşırken ortamı gördüğü halde soğuk algınlığı yakınması ile müracaat eden hastaların yakınlarının sıkıntılı tavırlarıyla kim baş edecek? Ertesi gün ortamı yaşamamış, hayatı boyunca acil serviste çalışmamış bir idareciye ne anlatılabilecek?, yarın ödenecek kredi kartının borcunun karşılığını nasıl bulunacak? Özel hastanede kaç nöbet tutulacak?, geçen ayın paraları alınabilecek mi? Evdeki çocuğun öksürüğü geçmiş midir? Kayınvalide evde kaç gün kalacak? Bu sorulardan hastaneye, ortama ve kişiye göre binlerce üretilebilir. Bunların çözümüne tüm ülke multidisipliner yaklaşacak ve inşallah hepsi çözülecektir. Bunları dile getirilmesi ve bu şekilde tartışma ortamları oluşturulması, sağlıklı çözümün bence ilk aşaması. Katkıda bulunan tüm meslektaşlarımı kutluyorum.

Dr. Fahri Yılmaz

Genel Cerrahi Uzmanı

**1677 Mustafa YANDI 19 Aralık 2005**

Sayın Prof. Dr. Cemalettin ERTEKİN,

Geçen hafta gurup üyelerinin birinin değindiği " acil servislerde güvenlik sorunları " ile ilgili bir tartışma da ben de olayın önemli gördüğüm bir boyutu ile ilgili görüşlerimi yazmış idim.

Ancak, bugün e-mailleri mi

kontrol ederken bana cevap niteliğinde ki yazınızı fark ettim. Maalesef bilgisayar yazılımı ile

ilgili Türkçe karakterler farklı görüntü arz ettiğinden zorlukla okumaya çalıştığım yazınızda ki

bazı konuları aydınlatma gereğini duydum. Özellikle de " primer işi travma ve acil cerrahi

olan öğretim üyesi ve uzmanların yer aldığı dünyada ve ülkemizde bu tür hastalara en iyi

hizmetin bu şekilde verilebileceğinin geniş kabul gördüğü bir sistemi total olarak

adlandırmaktan neyi kastettiğinizi anlayamadım" şeklinde ki anlayamadığınız kısmı öncelikle

yanıtlamak isterim. Bir kere yazımın hiçbir yerinde travma cerrahisini acil tıp uzmanlığı ile

karşılaştırmadım veya birini diğerinin yerine kaim olacağını söylemedim. Ancak, ülkemizin

önde gelen ve lider olan fakültelerinden Çapa, Cerrahpaşa, Ege ve Ankara Tıp Fakültelerinde

hala Acil Tıp Anabilim Dallarının kurulmadığını söyledim. Eğer başta fakülteniz olmakla

birlikte bunlardan birinde kurulmuş ve/veya çalışan bir Acil Tıp Anabilim Dalı var da benim

haberim olmamışsa benim cahilliğime vermenizi rica ederim. Yok, kurulmadı diyorsanız o

zaman bu iki dalı bir birine eşdeğer tutmak ya da bu olunca diğerine gerek yok demek ya da

ikisinden biri ile yetinmek topallık olmaz mı? Bunların birini yeterli görmenin zımmi

sonucunu çıkarmanın kim olduğu kendiliğinden ortaya çıkmıyor mu? Çapada acilin nasıl

çalıştığını ben bildiğimi sanıyorum. Sorunun özü de tam burada; yazınızda " iki kapıdan

girişten bahsediyor, tek kapıdan girişe sözüm yok " diyorsunuz. Acil Tıp Anabilim Dalı o

kapıyı tekleştirme demektir. Ve kapı tek olunca özellikle güvenlikle ilgili sorunlar asgariye

inmektedir. İnanın Trabzon da ki uygulama da Acil de sorunlar, özellikle de güvenlik

sorunları, doğrudan Dekan, Rektör ya da Başhekimin araya girdiği, böylelikle Acil Anabilim

Dalı'nın bypass edilerek (ister dahili isterse cerrahi olsun fark etmeden) doğrudan ilgili Anabilim Dallarının devreye sokulmaya çalışıldığı hastalarda ortaya çıkmaktadır. İşte konunun özü de sanırım bu gözlemedir. Acil Anabilim Dalı eğitim disiplinde elbette Anabilim Dallarında rotasyonlar yaptırılmaktadır, ancak bunlar rasgele birinin kafasına sokuşturulmuş bilgiler değil, acile gelecek hayatla yaşam bağları tehdit altında her türlü hastaya önemli yaşamsal desteği verecek şekilde olmakta; ancak, bir noktadan sonra özel bilgi ve beceri gerektirenleri (genel cerrahi, ortopedi, nöroşirüji vs. gibi )hastayla ilişkilendirerek insan gücü, kaynak ve zaman israfı asgariye indirilmektedir. Sözün özü, tüm sağlık kuruluşlarında gerçek acil hastaların her türlü alt yapının (radyoloji, biyokimya vs.) merkezileştirildiği, tek kapıdan girmesi, öncelikle Acil Tıp Anabilim dallarınca; tüm hastaların, elbette travma hastalarının da ilk bakı ve cerrahiye hazırlıklarının yapılması, cerrahi branşların doğru zamanda devreye girmesi, sistemde güvenlik sorunlarını da asgariye indirdiği düşüncesindeyim.

Saygılarımla..

Prof. Dr. Mustafa YANDI;

KTÜ Tıp Fak. Acil Tıp Anabilim Dalı Bşk. ve Genel Cerrahi Öğretim Üyesi – TRABZON

**1679 Mehmet ERYILMAZ 20 Aralık 2005**

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 cerrahi mutlu kılmaz. Klivaj üslubumuzdadır.. Sorun iletişimsizliğimiz de.. Sorunları sadece acil sağlık hizmeti verilen atmosferlerden çözmeye 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, Çağ, Eğitim vs. Stratejiniz yoksa çözümünüz de olamaz. Biz sağlık çalışanlarının üç tür sorumluluğu vardır. Hukuki...Tıbbi... Vicdani ... Hukuk tıbbi gelişmelerin açığına 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

### **1688 Cemalettin ERTEKİN 22 Aralık 2005**

Sayın Prof. Dr. Mustafa Yandı Hocam

Ben genel acilleri değil Travma ve Acil cerrahi hastalarını ele alıyorum. Ve diyorum ki bizim sistemimiz Travma ve Acil cerrahi hastaları ele alındığında topal değil aksine dört ayak üzerine düşmedir. Ancak genel aciller için durum farklı olabilir. Bu sistemde insan ve kaynak israfının olacağını ve fakültemizde Acil Tıp ABD olmadığını ve olmama nedenini izah etmiştim ama sanırım gözünüzden kaçmış.Bizim Fakültemizin binalarının çok eski olduğu ve konumunu biliyorsunuz sanırım. Bu sistemde tüm Acil olguların tek kapıdan girebilmesi maalesef mümkün değil Ancak yeni bina yapılması ve Fakültenin yer değiştirmesi mümkün olursa bu durum düzeltilebilir. Ayrıca özür dileyerek Acillerdeki şiddet olaylarının tek kapıdan girmekle hallolabileceğine inanmıyorum. Aksine diğer branşlardaki hekimleri beklemek bile çoğu zaman haksız yere şiddeti

tetikliyor. Zaten olaylar çoğu zaman hekimden değil sağlık sisteminin çarpıklığından kaynaklanıyor ve genellikle ücret sorunu olayları başlatıyor.

Selamlar.

Cemalettin ERTEKİN

**1690 Mustafa YANDI 22 Aralık 2005**

Sayın Cemalettin Hocam,

Görüşlerime tam yanıt alabildiğimi düşünmüyorum.. Ülkemizin lider fakültelerinde Acil Tıp Anabilim Dalı kurulmamasının nedeni, nihayet 300-400 m2 lik bir alana ihtiyaç duyulan (zaten de var olan ) bu uygulama da bina eskiliği ve konuma bağlamak hukuk diliyle “tevil “; uygulamanın, yeni bina yapılması veya fakültenin yer değiştirmesi koşullarına bağlanması benzetmemi hoş görün “yasanın komisyona havalesi” gibi olmuyor mu ? İşte işin can alıcı ve tartışmamızın özü de “Acillerdeki şiddet olaylarının tek kapıdan girmekle hallolabileceğine inanmıyor “ olmanızda. Ben size bir inanç kazandırma amacı ile değil yaklaşık 8 yıldır Trabzon da “Acil Anabilim Dalı Pratiğine dayalı “ gözlemlerimi aktarmaya çalıştım. Elbette böyle bir sosyal sorun tek bir faktörle izah edilemez; ancak ben samimi gözlemlerimi aktardım; gerçek eğitilmiş-yetişmişlerin olduğu asıl bu sistemde yazınızda belirttiğiniz branş hekimi bekleme sorunu ortadan kalkmakta, acil hastaya gerçek branş hekimi erkinde bir hekimin müdahale etmiş olması hasta sahiplerini tatmin etmekte ve sistemde ki bu düzelme acilde ki sorunların minimize olmasına katkı sağlamaktadır..Elbetteki yumak halindeki bir çok sorunun kesiştiği acillerde tek başına bu öneri her şeyi çözer demiyorum; Ancak, yumağın başlangıç noktası olarak görüyor, buradan başladığında diğer düğümlerinde peşi sıra daha kolay

çözömleneceğini

düşünüyorum.

Bunları söylerken de Acil ve Travma Cerrahisinin Genel Cerrahi pratiğinde ki yeri ve değerini asla inkar niyetinde değilim..sadece sıra ve zemin farklılıklarını vurgulamak istedim.

Tartışmayı lüzumundan fazla uzattımsa bağışlanma dileği ile..selamlar..

Mustafa YANDI – TRABZON

### **1693 Ahmet Haki TÜRKDEMİR 23 Aralık 2005**

1- Türkiye'de hastane yapılanmasına bakıldığında üç türde organize olduğu görölmektedir.

a) Amerikan tipi dikey hastaneler: tüm birimleri aynı binada barındıranlar Örn: Ankara

Üni İbn-i Sina Hastanesi

b) Alman tarzı hastaneler: Pavyonlar şeklinde ve yaygın binalara yayılmış şekilde olanlar Örn: Ankara Üni Cebeci kampüsü

c) Dal hastaneleri: Tek bir alanda uzmanlaşmış elemanlardan bulunan hastaneler;

(Kadın-doğum hastaneleri)

(a) tipi hastanelerde acil servis yapılanmasında acil tıp uzmanları tarafından ilk gelen hastaların

elenerek, servis nöbetçilerinin desteğinin alınması olanaklı iken, (b) tipi hastane yapılanmasında ayrı

bir acil servis ve travmatoloji birimi oluşturulması zorunluluğu doğmakta ve bu birimde her dal uzmanının

bulundurulması gereği doğmaktadır. (c) Tipinde ise nerede ise acil birim oluşturulması olanaksız olup,

acil birimleri ara basamak görevi görmektedir. Bu üç farklı yapılanma hastane öncesi organizasyonlarını da etkilemektedir. Yeni yönetmelikle gün hastaneleri de oluşturulmaya başlanmıştır. Bunların acil örgütlenmesi tümüyle farklılık getirecektir.

2- Acil servis yapılanmasının hastane öncesi ile birlikte gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Farklı basamaklar gibi görünmekle birlikte vaka seçim kriterlerinin birlikteliğinin sağlanması ve öncelikli vakaların belirlenmesinde il ve ülke düzeyinde aynı standartların oluşturulmasını gerekli kılmaktadır. Hastaneler arasındaki uygulama farklılıklarını en düşük düzeye indirmenin tek yolu budur. Böylece hasta memnuniyeti de belirlenmiş olacaktır.

3- Acil serviste yapılacak uygulamaların ve sürelerinin standardize edilmesi gereklidir. Kimlere hangi konsültasyonlar istenecek ve bu konsültasyonun önceliği ve süresi ne olacaktır.

Servis nöbetçilerinin önceliği servis hastaları olmakta, ayrı bir konsültan hekim bulundurulmadığından acil servisten istenen konsültasyonlar uzun sürelerde cevaplanabilmektedir.

4- Acil servis kayıtlarının tutulması ve istatistiklerinin yayınlanması bu konuda yol gösterici olacaktır. Acil servislerin ölüm oranları, vakaların özelliklerine göre standardize edilerek karşılaştırılması durumunda en etkili acil servis yapılanması da ortaya çıkacaktır. Bunun için Acil Epidemiyolojisi birimleri kurularak, bölgesel ve ulusal acil vaka bildirim ağları oluşturulmalıdır.

5- Acil servislerde mutlaka nöbetçi karakolları oluşturulmalı ve buradaki polislerin yer ve rolleri belirlenmelidir. Bunlar sadece adli polislik değil aynı zamanda kolluk görevlerini de yerine getirmelidir. Ankara Hastanesi acil servisi basıldığında müdahale edecek kimse bulunamamıştır.

6- Tüm hasta yatışlarının acil servisler üzerinden gerçekleştirilmesi ve acil servislerin en geç 12 saat

içinde hasta dönüşümünün sağlanması gerekmektedir. Bunun için hastane yapılanmaları

değiştirilmeli,

acil

servisten yatış verilen hasta varken ayaktan veya poliklinikten hasta yatışı durdurulmalıdır.

7- Acil servislerin organizasyonu değiştirilmeli, ambulans girişleri ile ayaktan hasta girişleri ayrılmalıdır.

8- Acil servisler hastane idareleri tarafından baştan savma yerleri olarak görülmemeli, çalışanlar ve

teknolojik yönlerden tam olarak desteklemelidir. Bunun da en temel yolu kayıtların güçlendirilmesidir.

Kayıtları düzgün tutulmayan acil servisler gider kapısı olarak görülmekte ve hastane idareleri tarafından desteklenmemektedir. Halbuki güçlü kayıt sistemi olması durumunda hastanenin en çok gelir

getiren birimleri haline gelecektir.

9- Hastaneler arasında ve hastane öncesi arasında güçlü iletişim ve nakil ağı kurulmalı, acillerin kendi

başına tadilata girmesi düzene sokulmalıdır.

Ahmet Haki TÜRKDEMİR

Ankara 112 Epidemiyoloji Birimi

**1694 Cemalettin ERTEKİN 23 Aralık 2005**

Hocam Mustafa Hocam

Özür dilerim ama bu anabilim dalının kurulmasını ben sizin kadar basit görmüyorum. Birçok fakülte böyle basit görerek bu anabilim dalını kurdukları ve burayı çoğu kez de değişik branşlara kadro sağlama deposu olarak ele aldıkları için bu anabilim dalına çok zarar verdiklerini düşünüyorum. Ayrıca sizinde bildiğiniz gibi ben yaklaşık 17 yıldır bizzat travma ve acil cerrahi hastaları ile uğraşıyorum. Bende sizlere bu gözlemlerimi aktardım zaten.

Ayrıca acilde bekleyen hasta saatlerce konsültan hekimi beklese ki bir çok acilde durum böyle onu daha önce bir hekimin görmüş olmasının önemi kalkıyor. NRŞ ameliyatta iken müşahadeye alınan kafa travmalı hasta ilk müdahalesi yapıldığı ve gerekli izahat verildiği halde neden halan beyin doktoru gelmedi diye olay çıkaran çok hasta yakınlarına şahit olduk.

Selamlar Saygılar.

Cemalettin ERTEKİN

### **İLETİŞİME KATILAN VE GÖRÜŞLERİNİ PAYLAŞAN GRUP ÜYELERİ**

1633 Recep GÜLOĞLU 30 Kasım 2005

1634 İrfan DÖNMEZ 30 Kasım 2005

1635 Doğan BIYIKLI 01 Aralık 2005

1638 Çağlar GÖKER 01 Aralık 2005

1640 İrfan DÖNMEZ 01 Aralık 2005

1639 Ali Dursun Kan 01 Aralık 2005

1641 Dr Cem OKTAY 02 Aralık 2005

1643 Semra GÜNAY 04 Aralık 2005

1644 Korhan TAVİLOĞLU 04 Aralık 2005

1647 Dr Haluk İNCE 02 Aralık 2005

1650 İsmet ÖZAYDIN 09 Aralık 2005

1651 Altınay Banu ONAT 09 Aralık 2005

1652 Mustafa YANDI 09 Aralık 2005

1653 Dr Burak UĞRAŞ 09 Aralık 2005

1654 Tanju TAŞYÜREK 10 Aralık 2005

1655 Alattin ÖZTÜRK 10 Aralık 2005

1657 Cemalettin ERTEKİN 11 Aralık 2005

1659 Tanju TAŞYÜREK 12 Aralık 2005

1660 Cemalettin ERTEKİN (06 Ağustos 2006) 12 Aralık 2005

1663 Tanju TAŞYÜREK 13 Aralık 2005

1665 Cemalettin ERTEKİN 14 Aralık 2005

1666 Tayfun KAYA 14 Aralık 2005

1668 Cihat Rifat YILMAZER 14 Aralık 2005

1667 Tayfun KAYA 15 Aralık 2005

1669 Melih NEBİGİL 15 Aralık 2005

1670 Melih NEBİGİL 15 Aralık 2005

1671 Cenker EKEN 15 Aralık 2005

1672 Halim ÖZÇEVİK 15 Aralık 2005

1673 Mehmet Mahir KUNT 15 Aralık 2005

1674 Fahri YILMAZ 16 Aralık 2005

1677 Mustafa YANDI 19 Aralık 2005

1679 Mehmet ERYILMAZ 20 Aralık 2005

1688 Cemalettin ERTEKİN 22 Aralık 2005

1690 Mustafa YANDI 22 Aralık 2005

1693 Ahmet Haki TÜRKDEMİR 23 Aralık 2005

1694 Cemalettin ERTEKİN 23 Aralık 2005