

Felakette Sağlık Düzeni



Felaket ya da afet, doğal ya da doğal olmayan ani bir olay sonucunda insanların yaralanması veya mal ve mülkün zarar görmesi ve bu sırada yerel ilkyardım ve kurtarma kaynaklarının yetersiz kalması ve organize toplumsal düzeneklerin yıkılması olarak tanımlanır. Tıbbi anlamda bir felaket, çok sayıda insanı etkileyen ve olağan tıbbi altyapının yetersiz kaldığı kazalardır. Felaketin boyutları, bölgesel sistemlerle çözümlenebilecek olaylardan, ülkelerarası işbirliğini gerektirebilecek ölçeklere değin değişebilir.

Felaketlerden sonra kurtarma/ilkyardım olanakları yaralı sayısına göre yetersiz olabilir. Kurtarma/ilkyardım çabalarına ek olarak sağlık sisteminin tüm olağan hizmetleri ve işlevleri altüst olur. Daha kötüsü, özellikle deprem sonucu ortaya çıkan bu tür felaketlerde, sağlık hizmetinin yürütüldüğü yapılar zarar görmüş olabileceğinden, hizmetin sunulacağı ortam kalmayabilir. Böyle bir durumda hekimler, sağlık personeli ve tüm sağlık örgütleri bireysel uygulamaları bırakıp tümüyle ortaklaşa ve özel kurallara bağlı bir işbirliğine geçmelidir. Amaç, mümkün olduğunca çok insanın hayatını kurtarmaktır.

Hiç kimsenin aklına bir felaketle karşılaşacağı gelmez. Gerçekten de, bir kişinin ya da sistemin gerçek bir felaketle karşılaşma olasılığı çok düşüktür. Bir felaket gerçekleştiğindeyse, sorunlarla nasıl başa çıkılacağı o anda düşünülerek bulunamaz. Kitle kazalarına yaklaşımın en temel örgütlenme varsayımlarından birisi budur. Çözümler o anda üretilemez. Kurtarma, ilkyardım, nakil, iletişim, malzeme

akışı ile ilgili örgütlenme ve hareket kalıplarının mutlaka önceden planlanmış olması gerekir. Ayrıca bu konuda masa başı düzenlemelerin ötesinde uygulamalı denemeler de mutlaka yapılmış olmalıdır. Kurtarma, tedavi ve nakil, geniş bir düzenleme gerektirir. Bunun için sivil, askeri ve yönetsel örgütlerin işbirliği gerekir. Bu düzenlemede rol üstlenecek her birey nerede, ne zaman, ne yapacağını önceden çok iyi bilmek zorundadır. Aksi durumda, düzen ve işbirliği yerine bir karmaşa ortaya çıkar, hizmette hatalar olur, en önemlisi de yapılması gereken işler gecikir. Tıbbi süreçlerin dışında, yardım sürecinde güvenlik, ulaşım, telekomünikasyon, beslenme, su, ısıtma gibi lojistik sorunların da çözülmesi gerekir.

Tıbbi İlkeler

Bir felakette hafif ve ağır yaralıları ayırmak gerekir. Bu yönden, hastane ve sağlık kurumlarının hafif yaralıları tarafından hücumu uğramasını önlemek, ağır yaralıların da fark edilmeden bir yerde ölüme bırakılması olasılığını azaltmak en önemli konulardır. Bu konuların çözümü için ilk fırsatta kaza bölgesinden hastane ya da hastane bölgelerine kesintisiz bir tıbbi zincirin oluşturulması gerekir. Ancak, büyük bir binanın yangınında yapılacaklar, bir bölgenin tümüyle hasar gördüğü bir depremde yapılacaklardan ve gerekecek örgütlerden, kurulacak sevk zincirinden biraz daha farklıdır. Ama her durumda, hasta/yaralı sevk zincirinin her basamağında yaralıların yaralanma derecelerine göre sınıflandırıl-

ması ve tedavi önceliklerinin belirlenmesi (triya) ve her aşamada ilkyardım uygulanması zorunludur. Her basamakta tüm hastalar, ölümler ve yapılan işlemler kaydedilmelidir. Hastaneler günlük işleyiş düzeninin dışına çıkıp yaralı sayısına paralel olarak tümüyle ayrı bir çalışma biçimi içerisine girmek zorundadırlar. Bütün kurtarma ve ilkyardım örgütlerinin komutası, yani ortaya çıkarılmış olan zincirin düzeni, tek bir yöneticinin, hatta bölgesel felaketlerde birden fazla, fakat tanımlanmış yetkili yöneticilerin yönetimi altında olmalıdır.

Sağlık sistemimizin benimsenmiş ve yayımlanmış bu tür ilkeleri var mıdır?..

“Felaket”in İlanı

Yerel olarak kabul edilebilecek bir kitlesel kazada herhangi bir ihbar sonrası kaza yerine ilk ulaşan ilkyardım ekibi, kazazede sayısı ve bunların yaralanma ağırlıkları gibi önbilgileri hızla toplayarak kabaca felaketin boyutunu ve önemini kestirmek zorundadır. Bu "ilkyardım ekibi" tıbbi bir ekip olabileceği gibi, polis ya da itfaiye gibi yardımcı bir kurtarma ekibi de olabilir.

Daha büyük alanlarda yıkıma neden olabilen deprem gibi felaketlerde birden çok kaynaktan derlenen bilgilerin yorumu ilk başta sorunun boyutunu kabaca ortaya koyabilir. Bu veriler ve olayın tam yeri, ulaşım yolları, halen var olan tehlikeler, ulaşılmış olan ekiplerin niteliği gibi bilgilerin ışığında, kurtarma ve ilkyardım düzeneklerini harekete geçirmek için daha önceden yetki ve görevleri tanımlanmış

bölgesel, resmi bir kişi "felaketi" ilan eder. Bu ilan, uzun boylu işlemler gerektiren, bürokratik bir süreç olmamalıdır. Devlet büyüklerine danışmayı da gerektirmez. Basitçe, "teknik bir analiz sonucunda profesyonel yetkinin kullanılması" anlamına gelir.

Felaket ilanının önceden belirlenmiş yöntemlerle duyurulmasından sonra zaman yitirmeksizin, genellikle birkaç dakika içerisinde, felaket planlarında yazılı olan biçimiyle herkes kendi görevini bilmeli ve yerine getirmelidir. Sonuç olarak, felaket için düzenleme "kendiliğinden" ortaya çıkmalıdır. İl ya da ilçe düzeyinde bölgesel bir felaketi ilan etme yetkisi ülkemizde vali ya da kaymakam gibi bir mülki amirde bulunmaktadır. Ancak, batıda birçok yerde olduğu gibi bölgesel tıbbi bir yetkili ya da travma merkezi sorumlusu gibi deneyimli bir hekim de bu yetkiye sahip olabilmelidir.

İlk Tıbbi Yanıt

Tıbbi Uç Nokta: Kaza yerinde olan ve buraya ulaşan öncü ekipler ilk fırsatta bir tıbbi ilkyardım noktası oluştururlar; buraya "Tıbbi Uç Nokta" (TUN) denebilir. Bu bölge kaza alanına yeterince yakın, fakat kazanın birincil yansımalarından da etkilenmeyecek kadar uzak olmak zorundadır. Yola yakın olması ve böylece ambulansların yanaşabilmesi tercih nedenidir. Uygun bir bölgeyse, aynı zamanda helikopter inebilecek kadar geniş bir boş ve düzlük alan da olmalıdır. Uygun değilse, helikopterler için başka bir yerde "Vertikal Kurtarma Alanı" (VKA) oluşturulur. TUN için, felaketin boyutuna paralel olarak, var olan bir ya da birkaç bina ya da kurulabiliyorsa çadırlar kullanılır ya da açık bir alanla yetinilir. Bu nokta, esas olarak yaralı toplama, sınıflandırma (triyaj) ve anlık aciller için tedavi bölgesi olarak kullanılır. Yaralıların sevki de buradan yapılır. Bu amaçla, TUN içerisinde mümkünse birbirinden ayrılmış birkaç farklı alan oluşturulur. Örneğin, TUN'un giriş bölgesine yakın bir yerde, ulaşan yaralıların triyajı ve sınıflandırılması için "triyaj alanı" oluşturulur. Bu bölgeye canlı olarak ulaşan yaralılar burada kayda geçilir, bir triyaj hekimi tarafından sınıflandırılır, özellikle mutlak aciller (kritik yaralılar) ayrılır

ve yaralılar, yaralanma derecelerine uygun, önceden belirlenmiş alanlara gönderilir. Ölü olarak getirilenler kayda geçirilir ve daha sonra tanımlamayı kolaylaştıracak belge ve cisimler ile birlikte ayrı bir alana gönderilir.

Bu uç tıbbi hizmet birimindeki ikinci fiziksel alan "mutlak aciller alanı"dır. Burada özellikle acil ve zorunlu yaşam destek işlemleri yapılır; hava yolunun açılması, gerekiyorsa yapay solunum, dışı olan kanamaların kontrolü, göğüs kafesi yaralanmaları için acil dekompresyon, damar içi sıvı tedavisi, ağrı kesiciler gibi. Bütün yapılanlar ve fizik muayene bulguları kaydedilir. Buradaki ilk işlemlerden sonra ve nakil olanaklarına göre yaralılar "taşınma alanı"na götürülür. Diğer bir köşede "rölatif aciller alanı" oluşturulur. Burada yaralar sarılır, kırıklar hareketsiz hale ge-



tilir ve yaralılar soğuktan korunur. Bütün klinik bulgular ve yapılanlar kaydedilir. Bu süre içerisinde yaralının mutlak bir acil olduğu saptanırsa bu bölgeden mutlak acil alanına nakli yapılır. Değilse, komuta merkezinin yönlendirmesi ışığında transport alanına taşınırlar. Taşınma alanına ulaşan her yaralı ile ilgili bilgi komuta merkezine bildirilir ve buradan nereye gönderileceği ve hangi yöntemle gönderileceği konusunda bilgi istenir. Transport alanından yaralılar yaralanma ağırlıklarına ve önceliklerine göre eldeki araçlarla komuta merkezinin vereceği bilgiler ışığında tedavi merkezlerine taşınırlar. Bu süreçte ilk başta alıcı hastanelere göre ayırım yapılmaz.

Kriz ortamında çalışan her sağlık görevlisinin ayırt edici, renkli, reflektörlü bir kıyafeti olmak zorundadır.

Gökdelen yangını, büyük bir tren

kazası gibi bir felakette nerede ve nasıl böyle bir uç noktanın kurulacağı çok açık; geniş bir bölgedeki bir sel felaketi ya da depremde ise bölgede gerekli bulunan ve fiziksel olarak uygun bir ya da daha çok alanda tıbbi uç noktalar hemen kurulabilir. Kuşkusuz, aşırı kuramsal sanılabilecek ve yapılabirliği gerçekten güç olan bu tür tıbbi uç merkezler ancak gerekli hazırlıklar çok önceden yapılmışsa ve ilgili her birey "gözleri kapalı" ne yapacağını biliyorsa, jeneratörden çadırına, serumundan kalemine kadar donanım önceden hazır edilmiş ve en önemlisi defalarca prova edilmişse hayata geçirilebilir ve "gerçek" olabilir.

Tedavi Merkezi: Çok sayıda yaralının olduğu büyük felaketlerde ayrıca "tedavi merkezleri" oluşturulabilir. Tedavi merkezi genellikle bir hastane, bütün bölge tahrip olmuşsa çadır ya da o anda kurulmuş geçici askeri hastanelerdir. O anda yeni kurulan bir sağlık merkeziyse mutlaka bir havaalanı, tren istasyonu ya da trafik noktasına yakın bir yere konuşlandırılmalıdır. Burada temel acil cerrahi, yoğun bakım, bazen radyoloji ve laboratuvar incelemeleri yapılabilmelidir. Böyle bir merkezin genel düzenlemesi bir "tıbbi uç nokta"ya benzer biçimdedir; girişte triyaj alanı, ardından bir yoğun bakım alanı, cerrahi alan ve taşınma alanı vardır. Tedavi merkezinin amacı, yaralıların durumunu stabilize etmek ve daha uzun ulaşım sürelerine olanak verecek duruma getirmektir. Buradaki ilkyardım ve gerekli tedavi işlemlerinden sonra yaralılar taşınma alanına ve buradan da yaralanma derecelerine uygun arka plandaki hastanelere kesin tedavileri için ulaştırılırlar.

Bizde bu tür yapılanmalar var mıdır?..

Gönüllü yardımcılardan rolü ve yararı –sağlık kesimi için– çok sınırlıdır. Yine de eğitilmiş sivil grupların, özellikle "kurtarıcı"ların etkinliği ve yararı büyük felaketlerde gösterilmiştir. Ancak, örgütlü bütünün dışındaki bireysel çabalar ve "yardımcı sağlıkçılar" yarıdan çok zarar verirler. Kendi içinde bütün, kendi kendine yeterli tedavi merkezlerinin ilk şok atlatıldıktan ve anlık aciller nakledildikten sonra yararlı oldukları görülmüştür. Kurtarma hatalarının olmaması için de burada eğitimin rolünü vurgulamak gerekir.

Komuta Yapısı

Gerçek bir kitlesel felakette kurtarma, ilkyardım, taşınma ve hastane tedavisi süreçlerini hızlı, verimli ve sorunsuz sürdürebilmek için önceden ayrıntılı bir biçimde bu sistemdeki görevliler, bunların yetkileri ve sorumlulukları belirlenmelidir. Bu yapılmamışsa, birçok ayrı örgütün katılacağı bu tür düzenlemelerde ortak amacın gerçekleştirilmesi aksayacak, iletişim teknolojisi etkin biçimde kullanılamayacak, örgüt yapısı sağlanamayacak, dil sorunu yaşanabilecektir. Böylece hem kaza alanında hem de yönetim kademelerinde yeterli ilişki kurulamayacak ve ortak planlama; ortak bilgi toplanması ve kaynak kullanımı sağlanamayacaktır. Sonuçta, bazı işlerin tekrarlanarak yapılması, bazılarının yapılmaması, önceliklerin belirlenmesiyle huzursuzluk başlayacak, karmaşa önlenemeyecektir.



Bizde bu tür bir örgütlülük ve eşgüdüm planlanmış ve denenmiş midir? Dahası bunların gerçek ortamda provaları yapılmış mıdır?..

Bu şekildeki bir felaket düzenlemesi, itfaiye, polis, asker, sivil savunma birliği, sağlık görevlileri gibi değişik örgütlerin özerkliğinin kaldırılacağı anlamına gelmez; ancak işbirliğinin nasıl kurulacağını önceden belirlenmesinin zorunlu olduğunu belirtmektedir. Sistemin başında, felaketten önce, kimin ol-

duğu bilinen bir "kriz komutanı" olmak zorundadır. Bu, hazırlanmak gereken son derece teknik bir görevdir ve bu tanımdan bizdeki uygulamalardaki gibi "kriz masası"nın yöneten komutan, il valisi anlaşılmamalıdır.

Tıbbi kriz yönetiminin olmazsa olmaz altyapı gereklerinden biri, çalışan durumda bir haberleşme sistemidir. En uygunu, biri komuta sistemi, diğeri operatif amaçlarla kullanılacak iki farklı kanallı telsiz haberleşme sistemidir. Buna ek olarak, normal haberleşme trafiğinden ayrılmış özel GSM şebekeleri de kullanılmaktadır.

Aciller ve Hastane Düzenlemeleri

Normal koşullarda çalışan her sivil hastane kısa bir süre içerisinde 10'dan çok ağır yaralı geldiği anda tıkanır. Böy-

Yaralıların Sınıflandırılması

Bir kitle kazasında yaralılar, yaralanma derecelerine göre sınıflandırılıp bunların tedavi öncelikleri belirlenir. Bu triyaj olarak bilinir. Esasen, savaş yaralılarının tedavi önceliği açısından sıraya sokulması şeklinde, askeri hekimliğin bilinen yöntemlerindedir. Fransızca (trier), sıraya sokmak, ayıklamak anlamındadır. Bunkadaki amaç, var olan tüm olanakları ulaşan her yaralıya ya da en ağır yaralıya ya da ilk ulaşılabilir yaralıya sunmak yerine, eldeki olanakların tümünü en çok yaşamı kurtarabilmek ve sekeli önleyebilmek için tıbbi gereklere göre yönlendirmek ve paylaşmaktır. Normal zamandaki ilkyardım koşullarında olduğu gibi, bir yaralıya var olan tüm hizmeti götürmeye çalışmak, bir kitle kazasında sonuçta yarar yerine zarar verebilir.

Trijaj belli ilkeler içinde yapılmalı ve bu ilkeler önceden belirlenmiş olmalıdır. Triyaj, ilk başta sanıldığından ve görüldüğünden daha zordur, belli bir bilgi ve deneyim gerektirir. Triyaj kuralları kazanın derecesine, kazazede sayısına ve eldeki tıbbi yapıya, kurtarma, taşınma ve cerrahi olanaklarına göre değişir; bu nedenle farklı durumlarda öncelikler farklı olabilir, hatta bir felaketin yönlendirilmesi sırasında farklılıklar ortaya çıkabilir. Triyaj yaralının ulaştığı her tıbbi basamakta (kaza alanında, hastane girişinde, hastane içindeki tedavi aşamalarında) yeniden yapılır; diğer bir deyişle, yaralının tedavisi bitinceye kadar, sürekli ve süregendir. Bu basamaklarda, gerekirse yaralının o andaki durumuna (ya da eldeki olanaklara) bağlı olarak yaralının triyaj düzeyi artırılabilir, ancak kural olarak geriye alınmaz. Yani, önce ağır yaralı olarak sınıflandırılmış birisi, ileriki basamaklarda hafif yaralı grubuna sokulup tedavisi geciktirilmemelidir.

Kaza alanındaki triyajdan bir bölgede mümkünse bir kişi sorumlu olmalı ve bu kişi de tedavi ile ilgilenmemelidir. İkyardım ekibinin diğer elemanları bu triyaj sorumlusunun istek ve yönlendirmesine uygun olarak, fakat tıbbi açıdan kendi bil-

gileri içerisinde hareket etmek zorundadırlar. Kitle kazalarında yaralılar için triyaj grupları ülkesel olarak saptanmalı ve herkes tarafından bilinmelidir, bu konuda evrensel bir standart yoktur. Bir örnek olarak Noto, Narcan ve Huguenard sınıflandırılması şu şekildedir:

1. Mutlak Aciller: Solunumun ve dolaşımın sağlanması için ilk fırsatta yaşam destek işlemleri gereklidir. Kurtarma sırasında bir hekim ya da eğitilmiş tıbbi teknisyen eşliğinde olması gereken ve mutlak öncelik tanınacak yaralıları sınıfıdır. Bu grup içerisinde şunlar girer:

1.1. Anlık aciller (AA): Yaralının yaşayabilmesi için mutlak ve acil yaşam desteği gereken yaralılar (solunum güçlüğü, dolaşım güçlüğü, kafa içinde kanama, %50'den çok ikinci ve üçüncü derece yanıklar).

1.2. Birinci derece aciller (A1): Bu grup yaralıda nakil öncesi tedavi zorunludur; aksi durumda solunum ve dolaşım güçlüğüne ortaya çıkması olasılığı yüksektir. Örnek olarak çoklu travma, solunum güçlüğü olmaksızın göğüs kafesi travması, şok olmaksızın kanına penetran travma, turnike ile kanaması duran damar yaralanmaları, açık uzun kemik kırıkları, geniş kas yaralanmaları, koma ile birlikte kafa travması, "crush" sendromu, nörolojik bulgular ile birlikte omurilik travması, % 30-50 ikinci ve üçüncü derece yanık, koma ile birlikte zehirlenmeler, göz yaralanmaları, blast yaralanmaları, bilinç kaybı ile birlikte boğulma, 28-32°C arasında hipotermi bu gruba girer.

2. Rölatif Aciller: Bu yaralıları için acil hemşirelik tedavisi gereklidir; kurtarma geciktirilebilir, kurtarma sırasında hekimin eşlik etmesi gerekmez ve cerrahi tedavi geciktirebilir. Bu süreçler sırasında yaşam ile ilgili bir risk ortaya çıkmaz. Bu grup ikiye ayrılabilir:

2.1. İkinci derece aciller (A2): Cerrahi tedavi 18 saate kadar geciktirilebilir. Kapanı uzun kemik kırıkları, açık kısa kemik kırıkları, kanama olmaksızın kafa derisi ve yumuşak doku kesileri, kafa travması, % 10-20 arasında ikinci ve üçüncü derece yanıklar, nörolojik kayıp olmayan omuz, ayak bileği çıkıkları, eklem yaralanmaları bu gruba girer.

2.2. Üçüncü derece aciller (A3): Bu yaralılarda gerçek tedavi 18 saatin üzerinde geciktirilebilir ve bunların oturur pozisyonda taşınması mümkündür: Örnek olarak kapalı ekstremitte travmaları, küçük yaralanmalar, bilinç kaybı olmaksızın kafa travması, ciddi olmayan karın ve göğüs kafesi kontüzyonları, % 10'dan daha küçük yanıklar bu triyaj grubundadır.

3. Hafif yaralılar: "İyi huylu" yaralanması olan ve ilk muayene ya da yara bakımından sonra kendi kendine veya da bir toplama noktasına gidebilecek olanlar.

4. Aşırı ağır (umutsuz) yaralılar: Bu yaralılar o anda tedavi edilemeyecek kadar ağır ya da yaşama olasılıkları olmayan ya da çok düşük olan yaralılarıdır. Kurtarma ve ilkyardım olanakları, yaralı sayısı ve dağılımı da göz önünde tutularak olanaklar sınırlıysa bu triyaj grubu üzerinde yoğunlaştırılmamalıdır. Basit önlemler ve analjezik ilaçlarla yetinilir.

Bunun dışında başka birçok, uygulaması genellikle daha basit triyaj sistemi tanımlanmıştır.

İşaretleme konusuna gelince: Triyajı yapılmış yaralının, değişik basamaklarda önceliğinin belirlenmesi için görünür bir şekilde işaretlenmesi gerekir. Ne var ki kurumlar ve uluslararası bir işaretleme kodu geliştirilememiştir. Ticari olarak satılan METTAG sisteminde üst üste, biri üstten yarılmış alttaki görülen dört renk vardır. Bunun yararı, gereken yerlerde yaralının triyaj sınıfını yükseltmek için bir alttaki renge geçilebilmesi, ama (evrensel kural olan) geriye dönülemezdir. Bu renkler (yukarıdaki 5 basamaklı triyaj sistemi renklerinden farklı olarak) şu şekildedir :

1. öncelik: Hemen Hastaneye (bekleyemez)
2. öncelik: Hastaneye (bekler)
3. öncelik: Basit İkyardım Yeterli (beklemek zorunda)
4. öncelik: Ölü ya da kurtarılamaz; yeniden canlandırma yapılmaz.

Ülkemizde kabul edilmiş bir triyaj sistemi var mıdır? Yaralıları işaretleyecek ve her sağlık biriminde baştan hazır olması gereken triyaj etiketleri bulunur mu?

le durumlar için özel felaket düzenlemeleri önceden planlanmış olmalıdır. Bir hastanede felaket durumundaki düzenlemeler için şu maddelerin göz önünde tutulmuş olması gerekir.

Alarm: Felaket alarmı daha önce belirlenmiş olan askeri ya da sivil otoriteler tarafından, daha ilk yaralı hastaneye gelmeden ilan edilmiş olmalıdır. Bazı durumlarda alarm ilk ulaşan yaralı ya da ambulans şoförü veya benzer kişiler tarafından da verilmiş olabilir. Ancak bu durumlarda acil servis sorumlusu veya vekili bu bilgiyi doğrulamak zorundadır. Bu felaket bilgileri hastane başhekimine acil olarak ulaştırılmalıdır.

Kriz Ekibi: Hastane, üye sayısı 5-6'yı geçmeyen ve içinde başhekim ve deneyimli hekimlerin de bulunduğu bir kriz ekibi görevlendirilmiş olmalıdır. Bu hastane içi kriz ekibi, hastanenin hasta kabul birimi, santral, acil servis gibi değişik lojistik departmanlarıyla ve aynı zamanda da felaket komuta merkezi ile sürekli bağlantı halinde olmalıdır.

Fiziksel Düzenlemeler: Hastane yapısında hasta ve malzeme akımını düzenleyebilmek için birtakım değişiklikler yapılmalıdır.

Ambulans giriş-çıkış bölgeleri: Hastane ya da acil servisin girişinde bir trafik karmaşası oluşturmamak için yalnızca ambulansların gireceği ve giriş-çıkış için birbirlerini engellemeden dönerek hastane kapısını terk edebilecekleri bir alan oluşturulmalı ve gerekli şekilde işaretlenmelidir.

Yaralıları için kabul (resepsiyon) alanı: Büyük, sıcak, iyi aydınlatılmış ve donatılmış geniş bir alan triyaj alanı olarak kullanılır. Bu alan, hastanenin gerçek acil polikliniği olmak zorunda değildir. Ancak ameliyathane, yoğun bakım odaları ve benzer kritik alanlara ulaşım kolay olmalıdır. Bu bölgede yaralı kabul edilir kayıtlandırılır, triyajları yapılır ve ilgili tedavi alanlarına gönderilir.

Hastanede gerektiğinde tanımlanmış acil tedavi (canlandırma bölgeleri), yoğun tedavi, ayakta tedavi ve umutsuz yaralıları için bekleme/bakım alanları oluşturulur.

Aileler ve basın için kabul alanları: Esas tıbbi bölgelerde engellemelerle karşılaşmamak için hem aileler hem de basın için kabul, bekleme ve brifing alanları planlanmalı oluşturulmalıdır. Buralarda görevlendirilecek personel

de dikkatle seçilmeli ve görevleri önceden belirlenmelidir. Gerektiğinde bir sözcü atanmalıdır.

İşlevsel Değişiklikler: Belirli hasta ve yaralı gruplarının yoğunlaştığı kitle kazalarında hastane içi alanlarda ve bölümlerde değişiklikler yapılır. Örneğin, bir tren kazasından sonra dahili departmanlar cerrahi hasta kabul eder hale gelmek zorunda, bir kitlesel zehirlenme durumunda cerrahi departmanlar iptal edilip zehirlenmiş hasta kabul edecek hale getirilmek zorundadır. Ağır olmayan hastalar hastaneden çıkarılır ve acil olmayan cerrahi işlemler iptal edilir.

Felaketin boyutuna göre, hekim, hemşire, eczacı, yönetici, teknisyen, ahçı gibi her gruptan hastane personeli mobilize edilir. Bu ekiplerin nöbet değişimleri planlanır, personel için gerektiğinde yatacak yer ve beslenebilmeleri için ilgili önlemler alınır.



Hastanelerimizin kendilerine özgü felaket düzenlemeleri var mıdır?..

Felakette ilkyardım süreçlerinin azalmasına paralel olarak başka ciddi sorunlar sağlık kesimini bekler. Bunlardan bir kısmı, felaketlerden sonra ortaya çıkabilecek zehirlenmeler, bulaşıcı hastalıklar, beslenme bozukluklarının yanı sıra, kazayı atlatanların ciddi boyutta ruhsal desteğe gereksinimleri olacaktır ve bunlara da aynı ciddiyette cevap verilmesi gerekliliğidir.

Kayıp Riski Neden Artar?

Kitle kazaları "düşük olasılıklı" olaylardır, günlük yaşamda dikkate alınmazlar. Halkı, sorumluları, yetkilileri ve politikacıları bu konuda "ayaklandırmak" son derece güçtür. Bu "apati"nin nedenleri arasında, riskin küçümsemesi, bilinçsizlik, teknolojiye yanlış ve aşırı güven ile arabesk kadercilik sayılabilir. İdari ve politik tercihlerse başka faktör-

lerden de etkilenir. Eğitimin yanı sıra halk ve ilgilileri aydınlatma sürecinde bu nedenleri de göz önüne almak gerekir. Zaman içerisinde kitle kazalarında insan ve madde kayıpları artmaktadır. Bunun nedenleri arasında nüfusun, yüksek riskli alanlarda yerleşimin ve teknolojik risklerin (yüksek binalar, tehlikeli kimyasallar, vs) artması yer alır. Planlama süreçlerinde bunların da dikkate alınması gerekir.

Kitle kazalarında tıbbi yardım, profesyonellik gerektiren, uyulması zorunlu kuralları, lojistiği, eylem planları olan, düzenleme ve eşgüdüm ağırlıklı bir bilimsel alandır. Sorun anı çözüm bulmak için çok geçtir; hangi sorunların ortaya çıkacağı önceden büyük oranda bilinmektedir. Özellikle deprem gibi büyük felaketlerde kargaşa içinde hizmet sunmamak ve panik yaratmamak için planlı bir hazırlık şarttır. Tanımlamalar, komiteler, lojistik destek yolları kâğıt üzerinde kalmamalıdır. Örgütlülüğe ek olarak, planların denenmesi, gerçekmiş gibi oynanması, sürekli iyileştirilmesi şarttır. Ancak bu tür bir ciddi yaklaşımla daha çok hayat kurtarılabilir.

Türkiye'de kitle kazalarının arasında depremlerin ayrıcalıklı bir yeri vardır. Bu yüzyılda Türkiye'de depremlerin yol açtığı can kayıpları bütün diğer afetlerin toplamından çoktur. Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere ilgili tüm sektör "felaketlerde kurtarma ve ilkyardım" kavramlarını artık daha ciddi olarak ve profesyonelce ele almalı; planlama, örgütlenme, hazırlanma ve eğitim ağırlıklı hizmetler ciddiye alınmalıdır. Çöpler kokmaya başladığında çöplerin toplanması gerektiğini fark etmek bu yüzyılın yöntemi değildir. Aymazlık ve kadercilikle yitirecek zamanımız yoktur. Bir dahaki depreme hazırlıklı olmak zorundayız.

Bir dahaki depreme hazırlıklı mıyız?..

Metin Çakmakçı
Prof.Dr., HÜ Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi ve Acil Tıp Anabilim Dalı

Kaynaklar

- Auf der Heide E. Disaster Response: Principles of Preparation and Coordination. C.V.Mosby, St.Louis, 1989.
Çakmakçı M. Travmaya genel yaklaşım. Sayek E: Temel Cerrahi, 2.baskı, pp. 307-317, Güneş kitapevi, Ankara, 1996.
Leonard RB, Teitelman U. Man-made disasters. Crit Care Clin 1991, 7:293-320.
Miles S. ABC of major trauma. Major accidents. Br Med J 1990, 301:919-923.
Pretto EA, Jr Safar P. National medical response to mass disasters in the United States. Are we prepared? JAMA 1991, 266:1259-1262.
The Medical Management of Major Incidents. University of London, Royal Postgraduate Medical School and British Association for Immediate Care, 16-18 March 1995 (kurs notları).