

## HASTANELER ARASI ACIL HASTA NAKLİNDE AKTÖRLER ARASI İLETİŞİM SORUNU

Gülseren ATALAY<sup>1</sup>

### Özet

Hastaneler arası acil hasta naklinde, naklin gerçekleştiği alıcı ve verici hastaneler, Komuta Kontrol Merkezi ve nakli gerçekleştiren ambulans ekibi önemli aktörler olarak ön plana çıkmaktadır. Hastaneler arası acil hasta nakil sürecinde bu aktörler çift yönlü iletişim içerisinde olmalı, hastaya yapılan ve yapılması planlanan uygulamalar eksiksiz şekilde kayıt edilmeli, uzun sevkler sırasında yaşanacak olumsuzluklar öngörülerek, tedavi planı nakil işlemlerine dahil edilmelidir. Hastaneler arası nakil uygulamalarında, aktörler sorumluluklarını yerine getirmemezse, hastanın yaşamı olumsuz şekilde etkilenmekle birlikte, acil sağlık sisteminin etkinliği de olumsuz etkilenir. Bu çalışmada örnek olgu olarak, 52 yaşında “Akut Anterior Myokard Infarktüsü” tanılı erkek hastanın acil nakli sırasında, iletişim yetersizliğinden dolayı nakil sırasında oluşan olumsuzluklar değerlendirilecektir. Çalışmada ayrıca örnek olgu üzerinden, acil tıp sisteminin aktörleri arasında oluşan iletişim sorunlarının, acil hasta nakli üzerinde olumsuz etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışma Türkiye’de hastaneler arası acil hasta naklinin oldukça sık yapılması ve bu nakillerde aktörler arası iletişim sorunlarının önemli bir faktör olarak ön plana çıkması açısından önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Paramedik, Hastaneler Arası Nakil, Sağlık Kurumları Arası İletişim.

### COMMUNICATION PROBLEM BETWEEN ACTORS IN THE TRANSFER OF EMERGENCY PATIENTS INTER-HOSPITAL

#### Abstract

In case of inter-hospital urgent patient transfer, the referring and receiving hospitals, the Command Control Center and the ambulance team performing the transporting come forward as the leading actors. During the inter-hospital emergency patient transport, these actors should be in two-way communication, the treatments which is applied and planning to be applied should be recorded completely, and the treatment plan should be included in the transporting process foreseeing the negativities to be experienced during long dispatching. At the operations of inter-hospital transport, if the actors fail to fulfill their responsibilities, besides the health of the patient is adversely affected, the effectiveness of the emergency health system is also negatively affected. In this study, a case of an adverse incident which arises because of miscommunication during the emergency transporting of a 52-year-old male patient diagnosed with acute anterior myocardial infarction will be evaluated. It is also aimed to evaluate the negative effects of the communication problems between the actors of the emergency medical system on emergency patient transport through the case study. The study is important in terms of frequent inter-hospital emergency patient transporting in Turkey and miscommunication among actors in these transports as a significant factor.

**Keywords:** Paramedic, Inter-Hospital Transfer, Communication between Health Institutions.

<sup>1</sup> Paramedik, İzmir 112 Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği, İzmir, prmgulse@gmail.com

## Giriş

Hastaneler arası acil hasta nakli, olay yeri vakalarından sonra, 112 acil yardım ambulanslarının en çok sonuçlandırdıkları görev şeklidir ve resmi kurallarla işleyiş şekli belirlenmiştir. Bir ayağını Komuta Kontrol Merkezi'nin (KKM), bir ayağını hastayı sevk eden hastanenin ve diğer ayağını da hastayı teslim alan hastanenin oluşturduğu bu sacayağına, hastayı nakleden ambulans ekibi de eklenmektedir. Bu ambulans ekibi çoğu zaman hastayı hastaneye olay yerinden getiren, ambulans ekibi olmaktadır. KKM'nin koordinasyon görevini üstlendiği hastaneler arası acil sevk organizasyonu, hastanın sağlık durumuna en uygun hastanenin seçimi, nakli gerçekleştirilecek ekibin seçilmesi, sevk edilecek araç türünün seçilmesi gibi birçok detayı içermektedir. Kötü organize edilmiş ve acele bir şekilde yapılan hasta transferi morbidite ve mortaliteye önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Joose vd., 2012:90; Kulshrestha vd., 2016:451-457) Hastanın klinik durumundaki olumsuz olayları veya kötüleşmeyi önlemek için, transfer öncesinde uygun ve titiz bir hazırlık ve stabilizasyon yapılmalıdır (Dunn 2007:40-44).

Hastaneler arası nakil organizasyonlarında, tüm taraflar arasında iyi bir iletişim şarttır. Hastanın naklinden önce, gönderen hastane ve nakli gerçekleştiren ambulans ekibi arasındaki iletişim; hasta durumunu, mevcut klinik bulguları ve tedavi planlarını, transfer yöntemini ve zamanlamasını, kabul edilen varış yerini ve en önemlisi de hastayı kabul hastanenin onayını içermelidir. İdeal olarak, bu iletişim, nakilden hemen önce, hastanın durumundaki herhangi bir gelişmeyi veya transfer düzenlemeleri ve zamanlamasındaki gelişmeleri güncellemek için tekrarlanmalıdır. Hastaneler arası acil hasta naklinin tüm süreçlerinde raporlamanın da önemi büyüktür. Hastaya yapılan ilaç ve müdahaleyi kapsayan eksiksiz epikrizin yanında, olası durumlarda yapılması planlanan müdahaleler de hasta sevk kağıdında yer almalıdır. Bu sayede özellikle paramedikli ekipler, gerekirse daha önce bir doktor tarafından sevk edilmiş, tıbbi durumu bilinen hastaya ilaç ve müdahale için onay almak için zaman kaybetmemiş olurlar (Gray 2004:281-285, Warren vd, 2004 256-262).

Bir hastaya verilmesi gereken sağlık hizmetinin çeşitli nedenlerle (kapasite yetersizliği, tıbbi ekipman ve uzman yetersizliği gibi) bulunduğu hastanede sürdürülemeyeceğine, muayene eden doktorun karar vermesiyle hastanın başka bir hastaneye nakil süreci başlar. Hastanın muayene bulguları, tanısı, sevk nedeni, varsa laboratuvar ve görüntüleme sonuçları hasta nakil formuna yazılarak 112 nakil koordinasyon birimine fax aracılığı ile gönderilirken ,112 sevk koordinasyon birimi telefon ile aranarak nöbetçi sağlık personeline hastanın bilgileri bir kez de telefon aracılığıyla bildirilir. Hastanın hangi şartlarda bir hastaneye gereksinimi olduğunu belirtir. Nakil koordinasyon birimi, hastaya uygun hastaneyi kapasite, doluluk, ekipman ve uzman hekim yönünden değerlendirip, şartlara uyan hastaneyi kayıtlı telefon ile arayarak hastanın tanısını ve hastayı kabul edip edemeyecekleri ile ilgili hastanenin idari şefi ile bir görüşme yapar. Değerlendirme sonucunda nakil koordinasyon birimi, kabul cevabı aldığı anda, hastayı gönderen doktor ile hastayı karşılayacak olan doktor telekonferans yöntemi ile konuşmaları kayıt altına alınacak şekilde görüştürülür. Karşılıklı onay alınır. Karşılıklı onay alınmasa bile bazı

durumlarda, 112 nakil koordinasyon merkezinin değerlendirmesi sonucu alıcı hastaneye bilgi vermek kaydıyla hasta nakli için 112 ekibi görevlendirilebilir.

Bu sistem, hastanın başka bir hastaneye nakline karar veren doktorun, doğru beyan vermesinin kesinliği üzerine kurulmuştur. Bazı durumlarda (kişisel nedenler, yoğunluk, hasta yakını baskısı, icapçı hekime ulaşılamaması) hastayı gönderen doktor, hasta bilgilerini eksik ya da gerçeğe uygun olmayan şekilde abartarak vermiş olabilir. Bu durumu tespit etmek için bir denetim mekanizması bulunmamaktadır. Hastanın gerçek durumunun alıcı hastane doktoru tarafından teslim alındığında her şey çok geç olmaktadır. Ancak bir sorun çıktığında gereksiz sevkler, ortaya çıkacak yanlış uygulamalar nedeniyle nakli gerçekleştiren 112 ekiplerini zor durumda bırakabilir, acil sağlık sisteminin etkinliği olumsuz etkilenebilir ve hastanın hayatı tehlikeye atılabilir. Bu çalışmada, hastaneler arası acil hasta naklinde iletişim problemleri nedeniyle yaşanan ek sorunların, örnek olgu üzerinden aktarılması ve özellikle 112 ekipleri için oluşan sorunlara dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır.

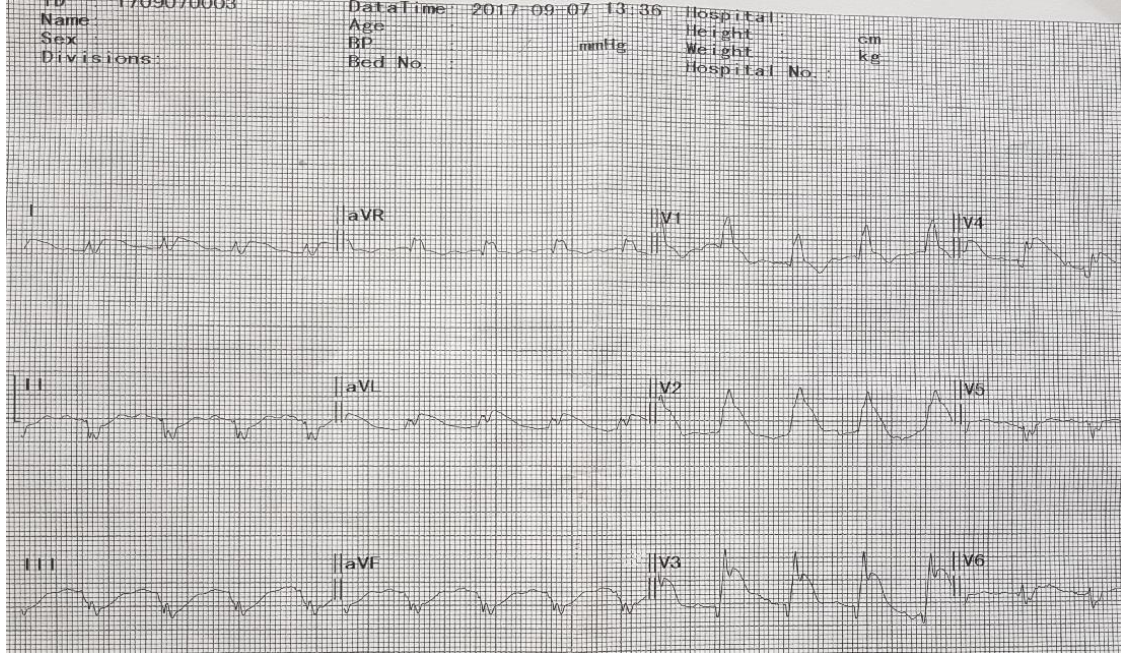
## Olgu

KKM tarafından bir acil yardım ambulansı ekibi hastaneler arası acil hasta nakli için görevlendirilmiştir. Hasta bilgileri; 52 yaşında erkek, post resüsitatif, Akut Myokard Infarktüsü tanılı olarak verilmiştir. Nakil gereksinimi; hastanın koroner anjiyografi olabileceği bir merkeze taşınmasının gerekliliği olarak belirtilmiştir. 112 ekibi hastaneye ulaştığında, acil servis resüsitasyon odasında hastanın entübe ve anestezi teknisyeni tarafından balon valf maske (BVM) ile soluttuğu gözlenmiştir. Yetkililer tarafından, hastanın bir 112 ekibi tarafından olay yerinde resüsite edilerek, nabızı dönmüş bir şekilde hastaneye getirildiği belirtilmiştir. Nakil ekibi tarafından, hastanede hastaya herhangi bir ilaç ya da müdahale yapıp-yapılmadığı sorulmuş, yanıt olarak; kasılmaları nedeniyle Fentanyl IV (doz bilgisi alınamadı), 20 ampul Sodyum Bikarbonat, Enaxaparin 0,8 IU uygulandığı belirtilmiştir. Bu bilgilerin hastaneler arası nakil formunda da yazdığı görevli tarafından belirtilmiştir. Ancak hasta nakil formunda, Enaxaparin 0.8 IU yapıldığı, Asetilsalisilik asit ve Klopidoğrel verilemediği yazmaktadır.

Nakil ekibi tarafından hastanın nakline karar veren nöbetçi doktora ulaşıp, bilgiler teyit edilmiş ve ek olarak hastayı olay yerinden hastaneye getiren 112 ekibinin hangi uygulamaları yaptığı sorulmuştur. Nöbetçi doktor, 112 ekibi tarafından 50 dakikaya yakın CPR yapıldığı, 11 ampul 1 mg'lık adrenalin, 1 mg atropin yapıldığı bilgisini sözlü olarak vermiştir. Doktora aynı zamanda, nakil süresince hastaya yapılacaklarla ilgili bir önerisinin olup-olmadığı sorulmuştur. Doktor, kasılmaları olan hasta için kendilerinin Fentanly kullandıklarını söyleyerek, kasılmalar yine olursa fentanyl kullanılabileceğini belirtmiştir. Nakil ekibi ambulanda bu ilacı kullanamayacaklarını belirtince, doktor tarafından Demizolam 5 mg IV uygulayabileceği belirtilerek sözlü onam verilmiş, yazılı onam ya da nakil formuna bu durum işlenmemiştir. Hastane tarafından KKM'ne faxlanan, hastaneler arası nakil

formunun bir nüshası alınarak, hasta ambulans ekibi tarafından teslim alınmıştır. Hastaneden teslim alınan hastanın EKG görüntüsü Şekil 1’de verilmiştir.

**Şekil 1: Hasta Teslim alındığında Varolan EKG’si**



Nakil ekibi tarafından teslim alınan hasta, sedyeye alınmış, monitöze edilmiş, BVM hastane personelinden devralınmıştır. Hastanın ambulansa alınmasıyla birlikte, hasta ventilatöre bağlanmıştır. Ambulans hareket etmeden önce hastanın vital bulguları değerlendirilmiştir. Vital Bulgular: Nabız;104/dk, Solunum; entübe 14/dk (spanton), Kan Basıncı; 140/80 mmHg, Bilinç Durumu: Sedatize, kapalı, Cilt Rengi; pembe, Pupiller; sol(+), sağ (?) (deforme), Kan Şekeri; 186 mg/dl, Periferik Vücut Isısı; 35,6 °C olarak belirlenmiştir. Yaklaşık boy 180 cm, ağırlık ise 90 kg olarak değerlendirilmiştir. KKM ile daha önce görüşülerek belirlenen koroner anjiyografinin uygulanacağı 65 km uzaklıktaki özel hastaneye doğru yola çıkılmıştır.

Naklin yaklaşık 60. km’sinde, monitörde üçlü PVC gözlenmiş, hemen sonrasında ritim normal sinüs ritmine dönmüştür. Nakil ekibi tarafından bu durum önce aracın sarsılmasına bağlı oluşan artefakt olabileceği düşünülmüştür. Hastanın nabızı, EKG kabloları ve elektrodlar kontrol edilmiştir. 150 mg Amiodoron ve %5 Dextroz 100 ml her ihtimale karşı hazırlanırken, monitörde monomorfik VT gözlenmiştir. Nabız varlığı saptandığından, unstable hasta olması nedeniyle bifazik defibrilatörde Senkronize DC 100 joule şok ile kardiyoversiyon uygulanmıştır. Uygulama sonunda ritim normal sinüs ritmine geri dönmüş ve 150 mg Amiodoron %5 Dextroz 100 cc mayi içinde infüzyon bolus başlanmıştır. Bu sırada hastaneye ulaşılmıştır. Hasta ventilatörden ayrılarak O<sub>2</sub> desteğiyle beraber BVM ile monitör hastanın bacakları arasına kemer ile sabitlenmiş şekilde acil servis girişine gelindiğinde, monitörde yeniden monomorfik VT gözlenmiştir. Nabız varlığı tespit edildikten sonra 2.kez DC 100 joule şok ile senkronize kardiyoversiyon yapılmıştır. Ritm düzelmesi izlenmiş ve hızlıca koroner anjiyografinin yapılacağı üst kata doğru hareket edilmiştir. Asansöre alınan hasta da tekrar

monomorfik VT izlenmiş ve yine senkronize DC 100 joule şok ile hemen müdahale edilmiştir. Koroner angiografi bölümüne ulaşılmış ve hasta teslim edilmiştir.

Hastaneden ayrılırken, hasta yakınları da nakledilen hastaneye ulaşmış, hastalarının sağlık durumuyla ilgili bilgi almak için ekibin yanına gelmişlerdir. Nakil ekibi tarafından, hastalarının kalp krizi nedeniyle bu hastaneye nakledildiği, yolda yeni bir atak geçirdiğini ve hayatı durumunun kritikliğinin devam ettiği, ayrıntılı bilgiyi hastalarıyla ilgilenen doktordan alabilecekleri bilgisi verilmiştir. Bu arada ekip tarafından, acil durumun nasıl oluştuğu sorulmuş, aile üyeleri hastanın oğlunu spor karşılaşmasına götürürken, göğüs ağrısı ve fenalık hissi ile sağlık ocağına gittiğini, orada kötüleştiğini ve kalp masajı yapıldığını, 112 ekibinin birkaç kez şoklama yaptığını belirtmişlerdir. Oysaki hastayı sevk eden hastanenin doktoru, teslim sırasında hastanın şoklandığı ile ilgili bir bilgi vermemiştir. Bu bilgiler ışığında, hasta ile ilgili eksik bilgi olduğu anlaşılıp, hastaya ilk müdahale eden 112 ekibi ile iletişime geçilip, olay örgüsü tam bir şekilde öğrenilmeye çalışılmasına karar verilmiştir.

Nakil ekibi istasyonuna döndüğünde, vaka bilgileri Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS) sistemine girildikten sonra, KKM ile bağlantıya geçilerek hastaya ilk hangi 112 ekibinin müdahale ettiği bilgisi sorulmuştur. KKM görevli personeli, henüz sistemde bu hasta ile ilgili tek kaydın nakil ekibinin kaydı olduğunu, bu nedenle hangi ekibin müdahale ettiğini ancak müdahale eden ekibin ASOS sistemine veri girişi yapması sonucu görebileceğini belirtmiştir. Bireysel çabalarla sonraki gün tekrar ASOS sistem personeli aranarak, hastaya müdahale eden ekip bilgisi alınmıştır. Ekip sorumlusu paramedik ile telefon bağlantısına geçilmiş ve hasta ile ilgili daha önce hastanede teslim esnasında bildirilmeyen detaylara ulaşılmıştır. Hastanın gerçek öyküsünün aşağıdaki gibi olduğu anlaşılmıştır.

52 yaş erkek, daha önce Koroner Arter Hastalığı öyküsü olmayan hasta, göğüs ağrısı şikâyetiyle ayaktan sağlık ocağına başvurur ve 10 dakika içerisinde kardiyopulmoner arrest gelişir. İlk müdahaleyi sağlık ocağı hekimi yapar ve 7 dakika sonra hastaya ulaşan 112 ekibi hastaya müdahale başlar. Başlangıç ritmi VF olan hastaya 200 joule bifazik cihaz ile defibrilasyonun hemen ardından 2 dakika CPR uygulanır ve bu esnada hasta entübe edilir. Nabız alınamayan, EKG’de asistoli saptanan hastaya, 2 dk aralıklarla nabız kontrol edilerek yaklaşık 35 dk CPR ve 9 mg adrenalin yapılmasının ardından hasta tekrar VF girer ve 2. defibrilasyon yapılır. 2 dakika CPR sonunda nabız alınan hasta, ambulansa alınmaya hazırlanırken tekrar VF girer, 3. defibrilasyon ve Amiodoron 300 mg, 20 ml %5 Dekstroz içinde IV puşe yapılır. Toplamda 50 dakika CPR, 4 kez 200 joule bifazik cihaz ile defibrilasyon, 11 mg adrenalin ile müdahale edilen hasta; nabız: 42/dk, Kan Basıncı; 80/40 mmHg ile geri döner. Bradikardi ve hipotansiyon nedeniyle 1 mg Atropin IV uygulanır. İlçe devlet hastanesine, Nabız; 84/dk, Kan Basıncı; 110/60 mmHg, bilinç kapalı şekilde teslim edilir. Bununla birlikte paramedik tarafından yapılan tüm işlemlerin vaka formuna uygun şekilde yazıldığı ve formun bir nüshasının hastanın teslim edildiği acil servise imza karşılığında teslim edildiği belirtilmiştir.

## Tartışma

Örgütsel iletişim; birden fazla insanın bir amaç etrafında toplanmasını sağlayan ve bir araya gelen insanların güç birliği yaparak örgüt amaçları yönünde etkili bir biçimde çalışabilmeleri için aralarında olması gereken işbirliğini ve çevresiyle uyumlarını sağlamada önemli bir rolü olan; biçimsel ve biçimsel olmayan yapılarıdaki anlam yükü taşıyan her türlü etkinliğin paylaşılmasıdır (Vural, 2010:140). Sağlık kurumları arasındaki örgütsel iletişim, aynı amaç doğrultusunda, farklı kurumlardaki ekiplerin koordinasyon içerisinde olmasıyla doğrudan ilişkilidir. Hastane öncesi acil bakımda iletişim ve haberleşmenin etkinliği, sistemin kalitesini doğrudan etkileyen bir durumdur (Ekşi, 2015:39). 112 ekibi olay yerinde acil bakımını yaptığı hastayı, bir acil servise getirdikten sonra, hastayı hastane acil servis personeline ve mümkünse de sorumlu bir doktora teslim etmesi gerekir. Bu teslim sırasında hem sözlü, hem de yazılı iletişim kurulur. Sözlü iletişim sırasında acil yardım ekibinin sorumlu personelinin; hastanın değerlendirilmesi sırasında elde edilen bilgileri, hastanın en önemli şikayetini, hastaya yapılan ve devam etmekte olan tedavileri ve hasta hakkında bilinmesi gereken özel durumları acil servis personeline aktarması gerekir. Yazılı iletişimde ise vakanın en başından sonuna kadar tüm aşamalarda yapılanların kayıt altına alındığı ambulans çağrı formunun, tam ve kurallara uygun bir şekilde doldurulmuş hali, 112 ekibinin tüm üyelerinin ve hastayı teslim alan personelin de imzası ile tamamlanır ve formun bir nüshası hasta ile birlikte hastane acil servisine teslim edilir (Graves vd., 2006:636-38; Ekşi, 2015:52).

Bu olguda söz konusu olan hasta, olay yerinde 112 ekibinin etkin müdahalesiyle hayata döndürülmüş ve hastaneye yapılanların eksiksiz yazıldığı bir ambulans çağrı formu hasta ile birlikte acil servise teslim edilmiştir. Ancak daha sonrasında hastanın başka bir sağlık kuruluşuna nakline karar verildiğinde, nakle karar veren hastanenin acil servisi doktoru tarafından hasta ile ilgili tüm bilgiler nakil ekibine aktarılmamıştır. Nakil ekibinin daha önceki süreçte hastaya tam olarak neler yapıldığını bilmemesi ve nakleden sağlık kuruluşu acil servis doktorunun nakil ekibine herhangi bir öneride bulunmaması, nakil ekibinin nakil süresince hastanın prognozu açısından yeterli öngöründe bulunulamamıştır. Bu durum, hastaya verilmesi gereken acil bakımın etkinliğini olumsuz etkilemiştir.

## Sonuç

Hastaneler arası acil hasta nakilleri, genellikle ikinci basamak hastanelerin acil servislerinden; branş uzmanı eksikliği, takip, tetkik ve tedavi imkanlarındaki yetersizlikler, yoğun bakım ihtiyacı gibi nedenlerle üçüncü basamak hastanelere veya özel dal hastanelerine hasta naklini kapsamaktadır. Hasta nakline karar veren hastane, hastayı kabul eden hastane ve nakli gerçekleştirecek olan 112 ekibi arasındaki iletişim eksiklikleri bazen hastaya uygulanan ya da uygulanması gereken acil bakım basamaklarının atlanmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte, nakli gerçekleştirecek olan 112 ekibinin, vaka hakkında ASOS üzerinden bilgi alması, 112 ekiplerinin vaka

yoğunluklarından dolayı vaka bilgilerini sisteme zamanında girememelerinden dolayı, çoğu zaman mümkün olmamaktadır.

Bu olguda olduğu gibi hasta naklinden sorumlu birimlerin iletişim eksikliğinden, hastalar bazen mağdur olabilmektedir. Çözüm önerisi olarak, bu uygulamaların yerine, gelişen teknolojiye uygun olacak şekilde, acil çağrı formlarının online, vaka sırasında doldurulabilmesi ve bazı özel durumlarda da acil çağrı formlarının fotoğrafının sisteme yüklenebileceği uygulamalar başlatılabilir. Bu sayede hastaya yapılan müdahale ve ilaçların, hastaneler arası nakli gerçekleştiren 112 ekipleri tarafında görülebilmesi ile hem 112 acil sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliği artırılabilir, hem de hastalar açısından bazen geri telafisi mümkün olmayacak hak kayıplarının önüne geçilebilir.

## Kaynakça

- Dunn, MJG., Gwinnutt, CL., & Gray, AJ. (2007). Critical care in the emergency department: patient transfer. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 24(1), 40–44. <http://doi.org/10.1136/emj.2006.042044>
- Ekşi, A. (2015). Kitlemel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi. İzmir: Kitapana.
- Gray A, Bush S, Whiteley S. (2004) Secondary transport of the critically ill and injured adult. *Emergency Medicine Journal : EMJ*.21(3):281-285. doi:10.1136/emj.2003.005975.
- Joose P, Saltzherr TP, van Lieshout WA, van Exter P, Ponsen KJ, Vandertop WP, et al. (2012) Impact of secondary transfer on patients with severe traumatic brain injury. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;72:487–90.
- Kulshrestha A, Singh J. (2016) Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*. 60(7):451-457. doi:10.4103/0019-5049.186012.
- Warren J, Fromm RE, Jr, Orr RA. *et al.* (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Crit Care Med*. 2004;32,256–262.
- Vural AZ. (2010). Kurum kültürü. İstanbul: İletişim.

