



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL HEKİMLERİNİN KONSÜLTASYON SÜRECİNDE
YAŞADIKLARI ZORLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR. ISHAAQ SAKWA ESHIKUMO

Ankara, 2017



1993

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL HEKİMLERİNİN KONSÜLTASYON SÜRECİNDE
YAŞADIKLARI ZORLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. İSHAAQ SAKWA EŐHİKUMO

Tez Danışmanı: Yrd. DoÇ. Dr. Afşin Emre KAYIPMAZ

ANKARA, 2017

ÖZET:

Amaç: Konsültasyon acil serviste hastanın yönetiminde önemli bir uygulamadır. Bu süreçte başka uzmanlık alanından doktor hastanın yönetiminde katkıda bulunmak amacıyla acil servise davet edilmektedir. Çoğu zaman hastaların ilgili bölüm tarafından yatırılması ile sonuçlanmaktadır. Konsültasyon doğru ve etkili bir şekilde yapıldığı zaman hastaların bakımının geliştirilmesi, acil serviste aşırı kalabalığın önlenmesi, hastaların acil serviste kalma süresinin kısalması ve maliyetin en aza indirilmesini sağlamaktadır. Yeterli sayıda doktorlar olmaması, maddi sıkıntısı ve konsültasyon ile ilgili yönerge ve katı kuralların konulmaması konsültasyona yanıt gecikmesine neden olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı konsültasyon önemini aydınlatılması ve acil servislerde konsültasyon sürecinde yaşanan sorunların araştırılması ve buna yönelik çözümlerin üretilmesidir.

Gereç ve yöntem: Hekimlere e-posta grupları, sosyal medya ve birebir görüşme yoluyla ulaşarak, elektronik form şeklinde tasarladığımız 22 sorudan oluşan anketi (Ek 1), gönüllülük esasına göre doldurmalarını istedik. Çalışma sonunda toplanan verileri Microsoft Office Excel 365 ve SPSS 17.0 paket programları ile analiz ettik.

Bulgular: Anketimize 14.04.2017 ile 12.06.2017 tarihleri arasında toplam 307 acil hekimi katıldı ve en çok eğitim ve araştırma hastanede çalışan uzman hekimler katıldı. Konsültasyon sürecinde sorunlar en çok saat 24:00 ile 08:00 (%67.1) arasında yaşandı. En çok sıkıntı yaşanan bölümlerin sırasıyla göğüs hastalıkları (%46.6), iç hastalıkları yan dalları(%35.5), kadın doğum(%31.6), nöroloji(%30) ve genel cerrahidir(%28.3) ve en az sorun çıkaran bölümlerin sırasıyla çocuk hastalıkları(%10.1), üroloji(%8.1), göğüs cerrahisi(%6.5), ve çocuk cerrahisi(%4.9). Hafta sonlarda(%76.2) hafta içe(%38.1) göre daha fazla sıkıntı yaşanmış. Yaşanılan sorun türleri bakıldığında ise daha çok konsültan hekimler başka bölümlerden konsültasyon istenmesini tavsiye edilmesi (%71.7), yatış endikasyonu olan hastanın çeşitli gerekçelerle yatırılmaması ve sonucunda hastanın acil serviste takip edilmesi (%68.1) ve acil endikasyon dışında tetkik istenmesi(%51.8) olarak saptandı.

Sonuç: Konsültasyon acil serviste önemli bir uygulamadır. Konsültasyon sürecinde yaşanan sıkıntıların en aza indirmesi için hem acil hekim hem de konsültan hekimi konsültasyon eğitiminin verilmesi ve her hastanede konsültasyon ile ilgili katı kurallarının oluşturulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: konsültasyon, acil hekim, konsültan hekimi.

Evaluation of problems encountered by emergency physicians during consultation process in the emergency department.

ABSTRACT:

Objectives: Consultation plays a significant role in the management of patients in the emergency department. During this process a consulting physician from another speciality is requested to assist in the management and care of a patient in the emergency department. Most oftenly this results in patients being admitted for further evaluation by the respective departments. If done properly consultation often results in better patient care, reduction of overcrowding and patient length of stay in the emergency department and minimizing costs encountered during patient care. Delays in response to consultation may be due to specific barriers such as shortage of physicians, lack of proper finance and failure to establish proper rules regarding the consultation procedure. The main purpose of this study is to highlight the importance of consultation and examine the problems encountered by emergency physicians during the process of consultation in the emergency departments in hospitals across Turkey.

Methods: We prepared a questionnaire consisting of 22 questions about different problems encountered during the consultation process. The questionnaire was delivered by e-posta, sosyal media and by direct communication to physicians working in emergency departments in different hospitals across Turkey. The results collected were then analysed by Microsoft Office Excel 365 ve SPSS 17.0 packet program.

Results: The questionnaire was conducted between 14.04.2017 and 12.06.2017 and a total of 307 responses were collected. Most of the responses collected were from specialists working in different research hospitals all over Turkey. According to the results collected from the questionnaire the time of the day that presented most problems was between 24:00 and 08:00 (67.1%), the departments presenting most problems were chest infections (46.6%), internal medicine (35.5%), obstetrics and gynecology (31.6%), neurology (30%) and genel surgery (28.3%). More problems were encountered during weekends (76.2%) than weekdays (38.1%). The type of difficulties encountered mostly were consulting physicians requesting consultations from other specialities (71.7%), patients who were supposed to be admitted being kept waiting in the emergency departments because of different reasons (68.1%) and consulting physicians requesting more tests that were not necessary at the moment (51.8%).

Conclusion: Consultation is an important process in the emergency department. In order to minimize the problems encountered during consultation both the emergency physician and the consulting physician must be educated to fully understand the process of consultation and strict hospital policies be established both to guide physician and also help solve interphysician conflicts that may arise during the consultation procedure.

Keywords: consultation, emergency physician, consulting physician.



İÇİNDEKİLER

Sayfa

Özet	iii
Abstract	iv
İçindekiler	v
1. Giriş	1
2. Genel bilgiler	2
2.1. Konsültasyon tanımı	2
2.2. Sorumlu hekim	2
2.3. Konsültan hekim	2
2.4. Konsültasyon formu	2
2.5. Yasa/ yönetmelik	2
2.6. Acil serviste konsültasyon	3
2.7. Konsültasyon sebepleri	7
2.8. Konsültasyon endikasyonları	8
2.9. Acil hekim ve konsültan hekim arasındaki ilişki	9
2.10. Hekimlararası negatif ilişkinin çözümü	10
2.11. Negatif ilişkinin önlenmesi	10
2.12. Konsültasyona yanıt gecikmesinin sebepleri	10
2.13. Konsültasyon sanatı	10
2.14. Etkili konsültasyonun unsurları	11
2.14.1. Etkili iletişim	11
2.14.1.1. Etkili iletişim geliştirme yöntemleri	12
2.14.2. Organizasyon beceriler	12

2.14.3.	Tıbbi bilgi	12
2.15.	Konsültasyonun 5C'si	12
2.15.1.	Contact	12
2.15.2.	Communication	13
2.15.3.	Core question	13
2.15.4.	Collaboration	13
2.15.5.	Closing the loop	13
2.16.	Konsültasyon sürecinde çatışmalar	14
3.	Gereç ve yöntem	15
4.	Bulgular	16
5.	Tartışma	26
6.	Sonuç	32
7.	Kaynaklar	33
8.	Teşekkürler	

1.GİRİŞ

Konsültasyon acil tıpta hasta bakımının başlıca uygulamalarından biri olarak gösterilmektedir. Acil serviste bu süreç, hastayı muayene ve tedavi eden acil hekiminin takip ettiği hastanın yönetimine katkıda bulunmak üzere başka uzmanlık dallarından bir hekimi davet etmesi şeklinde gerçekleşmektedir. Konsültan hekim, hastayı değerlendirdikten sonra yatış kararı verebilir, taburculuk ya da başka dal-dallardan hekimlerin de konsültasyona çağırılması için öneride bulunabilir. (1, 2) Konsültan hekiminse hastanın acilde konulan ön tanılarıyla ilgili dalın uzmanı, yatırılması gereken klinikten sorumlu hekim ya da hastanın kendi özel hekimi olabileceği belirtilmektedir. (3)

Türkiye Cumhuriyeti'nde yıllık acil başvuru sayısının nüfusumuzun çok üstünde olduğu saptanmıştır. (4) Bu durum, acil servislerde aşırı kalabalığa yol açmaktadır. Artan hasta sayısı, çok sayıda karışık hasta başvurusu ve hasta-hasta yakınlarının beklenti düzeyi, zaten doğası gereği sık konsültasyon isteme ihtiyacı duyulduğu bilinen acil servislerin konsültasyon sayılarında artışı da beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla acil hekimlerinin etkin bir konsültasyon süreci yürütebilmek için tavsiye niteliği taşıyan kılavuzlara hakim olması, iletişim becerilerinin iyi olması, problemlerin nasıl ortaya çıktığını anlaması ve bu problemlere yönelik çözümler üretmesi gerektiği bildirilmiştir. Etkin işleyen bir acil konsültasyon sürecinin de hastanın tanı ve tedavisine olumlu yönde katkı sağlayacağı kuşkusuzdur. (5)

Goldman ve arkadaşları etkin konsültasyonun altın kurallarını şu şekilde özetlemiştir: Konsültan hekim kendisine yöneltilen soruya odaklanmalı, konsültasyonun aciliyetini çok acil-acil-elektif olarak belirlemeli, hasta dosyaları üzerinden bir sonuca varmamalı, kısa ve öz olmalı, spesifik öneriler sunmalı, konsültasyon isteyen hekime tavsiyelerini direkt yapmalı ve hastayı uygun biçimde izlemelidir. (6)

Konsültasyon isteyen-istenen hekimlerin tamamı, hastanın yararını amaç edinmiş bir takımın üyeleridir. Hekimler her ne kadar tek bir ortak amaç için çalışsa ve yukarıda bahsi geçen kurallara uysa da acil servislerin gergin, kalabalık ve stresli ortamı hekimler arasında bir takım sorunlar yaşanmasına sebep olabilmektedir. Bu noktadan hareketle ülkemizde acil servis hekimlerinin konsültasyon sürecinde yaşadığı zorlukları ortaya koyup çözüm önerileri sunulmasına yardımcı olacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Biz de bu çalışmada ülkemizde değişik sınıflardaki hastanelerde çalışan acil hekimlerinin konsültasyon esnasında yaşadığı sıkıntıları bir anket formu aracılığıyla tespit etmeyi amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Konsültasyon tanımı:

Bilimsel alanda gerçekleşen gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan farklı uzmanlık bölümlerinin sayısı gün geçtikçe çoğalmaktadır. Bundan dolayı bir hastaya konulacak olan tanı ve tedavi sürecinde farklı uzmanlık alanlarının ortaklaşa hareket etmesi son derece önemlidir. Farklı uzmanlık dalları ve alt dalları arasında gerçekleşen işbirliği konsültasyon zorunlu kılar. (24)

Konsültasyon demek hastanın kontrolünü sağlayan hekimin gereken durumlarda veya hastanın kendi isteği üzerine başka bir hekimin uzmanlığına danışmasıdır.(13)

2.2.Sorumlu hekim:

Hastanın kontrolünden birincil derecede sorumlu olan, tanı ve tedavisini yürüten uzman hekim/öğretim üyesi olarak tanımlanmaktadır.

2.3.Konsültan hekim:

Hastadan birinci derecede sorumlu olan hekim tarafından istenen konsültasyon davetine cevap veren, alanında bilimsel ve teknik yeterliliğe sahip olan hekimdir. Hastanın yatırılması gereken bölümünün sorumlu doktor veya hastanın özel doktoru olabilir. Bazı hastaların birden fazla konsültan hekime ihtiyacı olabilir.(14)

Konsültan hekim, acil hekiminden gelen çağrıyı mümkün olan en kısa sürede yerine getirip, hasta ile ilgili tavsiye ve önerilerini yapmalı, konsültasyon tamamlandıktan sonra bile hastayı takibinde tutup hastayla ilgili gelişmeleri takip edebilmelidir. (19)

2.4.Konsültasyon formu:

Konsültasyon isteği ve sonucunun açıkça ifadelendirildiği, istek ve sonuç bilgilerini içeren, sorumlu ve konsültan hekimin her ikisi tarafından açık ve anlaşılabilir şekilde doldurulması gereken form olarak tanımlanmaktadır. (3)

2.5.Yasa/yönetmelik

Acil olgularda ve uygulamalarda daha fazla etik ve adli sorunlarla karşılaşıldığı için acil servislerde hizmet veren hekimlerin sorumluluk ve görevleri diğer servistekilere göre çok daha fazla ve önemlidir. (21)

Acil hekimleri ve hastaları ile ilişkilerini düzene koymak için yayınlanmış olan Resmi Gazete 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanununun 59. Maddesine ve 01.02.1999 tarihinde yayınlanmış Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 3. Bölüm Konsültasyon ve Ekip Çalışması başlığının 19. Maddesi'ne uygun şekilde uygulamaların yürütülebilmesi için:

- a) Hastanın takibi sırasında farklı uzmanlık alanlarının görüş ve yönlendirilmelerine ihtiyaç duyulduğunda, tedavi sağlayan hekim bu durumu hasta ve yakınına bildirilmekle yükümlüdür.
- b) Konsültasyon sağlayan hekim hastadan birincil derece hekim gibi sorumludur.
- c) Konsültasyon sağlayan hekim bilimsel ve teknik açıdan donanımlı olmalıdır.
- d) Konsültasyona neden ihtiyaç duyulduğu ve sonucu son derece anlaşılır biçimde tutanak ile belgelendirilmelidir.
- e) Gerçekleştirilen konsültasyon sonrasında hastaya yeterli bilginin verilmesi sağlanmalıdır.
- f) Konsültasyonun sonucunda tedaviyi yürüten hekim ile konsültan hekim arasında görüş farklılığı olur ve hasta konsültan hekimin görüşlerine öncelik verirse tedaviyi ilk süreçte yürüten hekim tedaviden geri çekilme hakkına sahip olur.
- g) Konsültasyona davet edilen hekim tedavi sürecine katılmakla yükümlüdür. (16)

2.6.Acil serviste konsültasyon

Acil tıp, sağlık sorunu olan kişinin ölüm ve sakatlığını önlemeye yönelik kararların çok hızlı bir şekilde alınması ve hemen uygulanmasını içerir. Bu tıp hizmetinin her yerde ve kesintisiz olarak ulaşılabilir olması önemlidir. Hastalıkların çeşitliliği sınırsızdır ve acile başvuran her hastanın durumunun anlaşılması zordur. Bu nedenle acil servislerin yapılması ve çalışma biçimi hasta bakım niteliğini doğrudan etkiler. (8)

Kaliteli acil tıp hizmeti için sadece uygun bir bina ve gerekli tıbbi donanımın olması yetmez. Bunun yanı sıra iyi eğitim görmüş insan gücü, etkili ve sürekli bir hizmet akışının sağlanması için, diğer branşlarca da kabul edilmiş bir yönetmelik anlayışının olması gerekmektedir. (23) Hastaların acil servislerdeki en büyük memnuniyetsizlik nedenlerinden biri bekleme süresinin uzunluğudur. Bekleme süresinin uzamasındaki en önemli etkenlerden biri hastaların ayrımının yapılması için radyoloji ve laboratuvar incelemelerine ihtiyaç duyulmasıdır. (22)

Acil servisler 7 gün 24 saat aralıksız hizmet veren, acil hasta ve yaralıların tedavi edildiği önemli bir birimdir. Çok fazla başvuruları bulunan acil servislerde hastalara ivedilikle

müdahale edilmesi gerekmektedir. Acil servislere başvuran hastaların tedavisinde farklı sorunlar olma olasılığı yüksek olduğu için disiplinler arası işbirliği mecburidir. Konsültasyon; farklı disiplinlerin işbirliği sağlaması için araç olarak tanımlanmaktadır. Konsültasyona en fazla ihtiyaç duyulan alanlardan biri acil servislerdir. (1,15)

Acil servis hizmetleri sağlık sıkıntıları içinde çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu durum da hekim görev ve sorumluluklarını daha da fazlalıstırmaktadır. Çoğu zaman acil hekimleri yeterli tetkik yapılamadan hastaya müdahale etmek ve hastaları tedavi etmek durumunda kalmaktadır. Bu nedenle de gerek hukuki gerekse mesleki yönden risk altında olmaktadır. (19)

Türkiye’de pratisyen hekimler acil servis hizmetlerinin önemli bir kısmında görev almaktadır. Bu sebeple hastaların uygun bölümlere konsülte edilmemesi ya da daha yeterli bir kuruma naklinin yapılmamış olması bu konudaki davaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. (20)

Hekimlerin idari veya mesleki olarak bazen baskı altında olduğunu hissettikleri bilinen bir gerçektir. Ancak temel hekim haklarından birisi olan konsültasyon alabilme hakkı, belki de hekimlerin uygulamada en özgür oldukları alandır.

Acil servise müracaat eden hastaların en azından muayene olmak gibi bir beklentisi vardır, toplum hekime böyle bir sorumluluk yüklemiştir. Acil servise başvuran olguların gerçekte acil durumda olup olmadıkları en başta anlaşılabilir. Acil durum ancak hastanın tam bir fizik muayenesinin yapıp, laboratuvar tetkiklerinin incelenip ve ihtiyaç halinde uygun konsültasyonların istenmesi sonucunda kesinleştirilmektedir. (21)

Acil servisteki hekimlerin görevleri, hastalarını başka bir hekime devredene kadar sürmelidir. Hastaların inceleme ya da sevk edilme amacıyla acil servise gönderilmesi acil servis hekiminin sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır. Acil olguların acil servise kabulünden itibaren, hastaların tetkik edilmesinde veya sevk işlemleri yapılan kadar kaynaklanan hataları çoğu zaman hekimler hakkında dava açılması ile sonuçlanmaktadır. (25)

Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan yataklı tedavi sağlık kurumları işletme yönetmeliğine göre gerek acil servis hekiminin erken dönemde konsültan hekimden konsültasyon istemesi, gerekse konsültasyon görevi yapan hekimin (koşulları her ne kadar zor olsa da) yapabileceği en kısa zamanda bu görevlerini yerine getirmesi gerekmektedir.

Konsültasyon; hastanın var olan hastalığının tanısı, prognozu, tedavisi ve seyrini değerlendirmek amacıyla yapılan uygulamadır. Konsültan hekim ise her ne kadar hastanın sorumluluğunu üstlenmiyor sanılsa da, aslında mesleki ve idari açıdan en az acil servis hekimi kadar sorumlu olan hekimdir. (25)

Acil servislerde yaşanan en büyük sıkıntılardan biri de; konsültan hekime danışıldığı zaman konsültan hekimin hastaya müdahalesinin yeterli olmayışı veya konsültan hekimin hastanın durumunu telefonla ya da herhangi başka yollarla çözmeye çalışmasıdır. Danışılan hekimin görev çağrısına uymaması mesleki bir hata olmayıp idari açıdan görevi ihlal kapsamında değerlendirilen bir suç olma özelliği taşır. (26)

Konsültasyon acil serviste çok yaygın ve önemli bir uygulamadır. Bu süreçte acil servisteki hastaların bakımında ya da değerlendirilmesinde katkıda bulunmak amacıyla başka bölümdeki doktorlar acil servise davet edilmektedir. Konsültasyon genellikle aşağıdakilerle sonuçlanmaktadır: hastanın yatışı, başka bölüm konsültasyon önerisi, taburculuk ve ayaktan takibi. (28,29)

Etkili konsültasyon, acil servisteki hastaların sirkülasyonu ve bakımını geliştirmektedir. Acil hekimlerinin ve konsültan hekimlerin konsültasyon sürecini iyileştirme konusunda eğitilmesi, acil hekimleri tarafından zor konsültasyon olarak tanımlanan durumların azalması ile sonuçlanacaktır. (1)

Acil hekiminin konsültasyon istemesinde ya da hastaların konsültan hekim tarafından değerlendirilmesinde yaşanan gecikmeler de çok önemli sağlık problemi yaratmaktadır. Bu gecikmeler acil servislerde hasta sirkülasyonun yavaşlamasına ve nihayet aşırı kalabalığa neden olmaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmada, konsültasyon zaman çerçevesi oluşturulması ile konsültasyon yanıtı ve tedavi gecikmesinin önleendiği bulunmuştur. (17)

Konsültasyon süreci çok zor ve komplike olabilir. Bu sürecin sorunsuz ve düzgün ilerlemesi için çaba gerekmektedir. Hastanın faydalanması için işbirliği çok önemlidir. Çoğu acil servislerde klinik durumlara, kurumsal geleneklere ve genel uygunluk kriterlerine göre konsültasyon ilkeleri mevcuttur. Her bir departmanın, hasta değerlendirme şeklini ve sürecini belirten kendilerine özgü politikaları vardır. (5, 13, 31)

Konsültasyon, hastaların acil servislerde değerlendirilmesi sırasında fazla kullanılan yöntemler arasında yer alır. Türkiye'de gerçekleştirilen istatistiksel çalışmalar sonucunda acil servislerde konsültasyon isteme oranının %20 ile %40 arasında olduğu belirtilmiştir. En fazla

konsültasyon istenen bölümler sırasıyla Kardiyoloji, İç Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji olarak kaydedilmiştir.(8)

Hekim konsültasyon gerekliliğine karar verdiğinde, gerekçesini hastasına ve/veya hasta yakınlarına uygun ve anlaşılır bir dille anlatır ve onayını alır. Konsültasyon istenen hekim, çağrıya uymak zorundadır. Çoğu hastanenin acil servisinde konsültasyonlar, iç hat telefonlarıyla yapılmaktadır. İç hatlara ek olarak kişisel cep telefonları da amaca uygun olarak kullanılmaktadır. Hekim hastasını oluşabilecek her sorunda olduğu gibi konsültasyon sırasında meydana gelebilecek gecikmelerden de haberdar etmekle sorumludur.(8)

Konsültan hekim, hastanın esas hekiminden sonra gelen ve hasta için en önemli ikinci hekimdir. Bundan dolayı hastanın esas hekimiyle sürekli bağlantı halinde olması gerekmektedir. Bu anlayış, yasal düzenlemelerde de belirtildiği gibi, hekim sorumluluğudur. Bu iletişimde aksaklık olması durumunda, birincil hekimin konsültan hekimi uyarması beklenir. Konsültan hekim hasta hakları ve mesleki gizlilik ilkelerini gözeterek hastaya, verilen sağlık hizmeti, muayene, tedavi ve önerileri hakkında anlaşılır açıklamalarda bulunmakla yükümlüdür. (14)

Konsültan hekim acil servise gelip ilgili hastasını değerlendirip gereken yerlere notunu düşmeli ve gerekirse kendi uzmanlığını ilgilendiren girişimlerde bulunmalıdır.(16)

Hastanın birincil doktoru konsültan hekimin önerilerini doğru bulmazsa başka bir konsültan hekim tarafından değerlendirilmesini talep edebilir. (13)

Acil servislerde gerçekleştirilen her işlemin hızla yapılması gerekmektedir. İstenilen konsültasyonun hastanın ilk aşamada görülen problemine yönelik, hedefine uygun olarak istenmesi ve tetkiklerin de gerektiği oranda yapılması önem taşımaktadır. Konsültasyonun sonucuna göre hasta ilgili bölüme sevk edilmeli ve gerekirse de yatışı sağlanmalıdır. Aksi halde; konsültasyonda yaşanan aksamaların ve tetkiklerin gecikmesinin sistem işleyişinin bozarak kontrol edilemeyen kalabalığa neden olduğu gösterilmiştir. (10, 11)

Çoğu ülkede acil serviste aşırı kalabalık ilgi çekici ve önemli bir sağlık meselesidir. Hastaların zamanında konsülte edilmemesi, acil servisteki aşırı kalabalığın ana sebebi olarak gösterilmiştir. (17)

Profesyonel kılavuzlara göre konsültan hekimlerinin konsültasyonlara ortalama yanıt süresi 30 ile 45 dakika arasındadır. Bu süre hastanın durumuna göre değişmektedir. (30)

Kanada’da yapılan çalışmada, konsültan hekimin daha kısa sürede acil servise gelip hastaları değerlendirmesi için bazı acil hekimlerinin konsültasyon isterken hastanın durumunu abartarak anlattığı tespit edilmiştir. (31)

Hekimler arası zayıf iletişim ve gecikmiş konsültasyon yanıt süresi hastanın güvenliğini ve bakım kalitesini etkilemektedir.

Acil serviste konsültasyon sürecinde ortaya çıkan problemler hastalar için hayatı tehdit edici durumlar ve sağlık çalışanları için hukuki tehlikeler yaratmaktadır. Kılavuzlara göre acil hekimi ile konsültan hekimin arasındaki çatışmalar söz konusu hastane veya sağlık kuruluşunun yönergesine göre çözülmeli ve hastanın yönetimini tehlikeye atmamalıdır. (30, 35)

Daha önce yapılmış çalışmalar, acil hekimi ve konsültan hekimin konsültasyon konusunda eğitilmesi ve hastanelerde konsültasyon ile ilgili katı kuralların oluşturulmasının konsültasyona yanıt süresini azalttığını ve hekimler arası iletişimin düzeldiğini göstermiştir. (36, 37)

Sonuç olarak acil servis hekimi acil hastaya müdahale konusunda yeterli bilgi beceriye sahip olup, yetersiz kaldığı noktada, konsültasyon önceliğini belirleyerek doğru konsültan hekime hastayı danışabilmeli, hastanın acil serviste kaldığı süre içinde hastayı genel durum ve hayati fonksiyonları açısından takip edip, tüm bilgileri uygun şekilde dökümanete edebilmelidir. (19)

2.7.Acil serviste konsültasyon sebepleri

- a) Yatış maksadıyla: Konsültasyonun en yaygın nedeni olarak bilinmektedir. Acil serviste konsülte edilen hastaların %70’i yatış ile sonuçlanmaktadır.
- b) Hastanın taburcu kararının verilmesi
- c) Hastanın acil serviste değerlendirilmesi ve takibi
- d) Hastanın ayaktan sevki ve takibinin planlanması
- e) Özel bir girişim veya tedavinin planlanması ve uygulanması
- f) Hastanın yönetimi ve sorumluluğunun başka hekime aktarılması
- g) Birincil hekimin fizik muayene bulgularının doğrulanması ve verilerin yorumlanması
- h) Hasta hakkında bilgi paylaşımı (17)

2.8.Konsültasyon endikasyonları

Acil serviste görevli hekim, hastaya tanı koyma, tedavisini planlama gibi durumlarda yeterli bilgiye sahip değil ise ya da aldığı eğitim düzeyinin üstünde bir girişim yapması gerekiyorsa hastayı ilgili bölüme danışabilir ve danıştığı hekimden danıştığı hastayla ilgili olarak görüşünü bildirmesini isteyebilir. Konsültasyonda bulunan hekim de prosedürden haberdar olmalıdır ve hasta hakkında tüm klinik konularda bilgi sahibi olmalıdır. Hekim konsültasyon istemeden önce hastanın kliniğini tüm ayrıntılarıyla değerlendirmelidir. Kliniğin haricinde doktorun hasta için önerilerini yazacağı bir form da bulunmalıdır. (19,3 8)

Konsültan hekim alanında uzmanlaşmış olmalı, yeterli bilgiye ve deneyime sahip olmalıdır. Bu sebepten dolayı konsültasyona ilk olarak uzman hekim gitmelidir. (39)

Konsültan hekim hastayı sadece branşına göre değerlendirmemeli, hastanın tüm patolojilerini değerlendirmelidir. Konsültan hekimin hastası ile sürekli iletişimde bulunması gereklidir. Tedavisini ve takibini yapmalıdır ve kendisinden tekrardan konsültasyon istenmesine gerek kalmamalıdır. Hekimin öncelikli sorumluluklarından biridir yasalarda da bu şekilde belirtilmiştir. (25)

Acil hekimi tanıda ve tedavide kararsız kaldığı durumlarda konsültasyonu mutlaka istemelidir.

Konsültasyon kararından sonra konsültasyona gelecek olan uygun hekim seçilmelidir. Konsültasyona gelecek olan hekime hastane ya da sağlık kurumu yönetimi tarafından karar verilir.

Konsültasyonda hekim güvenilir önerilerde bulunup hastanın bakım standartlarını arttırmalıdır.

Acil hekimi konsültan hekimin sunduğu önerileri uygulamak konusunda kararsız kalırsa bilgi edinmek adına tekrardan konsültan hekime danışabilir. (5)

Hastanelerin kendi içinde, kendi sistemine uygun konsültasyon protokolü ve denetleme yönetimi yapılandırması, uygulamalardaki hata ve aksaklıkları azaltmak açısından önerilmektedir. Bu protokol kurallarını acil tıp, hastane yönetimi ve diğer ilgili bölümler belirlemelidir. (19)

Acil tedavinin gecikmesini önlemek amacıyla acil hekimi konsültan hekime danışmadan önce gerekli kısa süreli acil tedaviyi başlatabilir. Örneğin akut miyokard enfarktüsü geçiren hastaya antiplatelet tedaviler verildikten sonra ileri değerlendirme ve tedavi açısından konsültan hekim ile görüşebilir. Böylece tedavi hızlı bir şekilde ilerler. (5)

Hekim hakları arasında hekimin konsültasyon isteme hakkı vardır. Bu hak uygun biçimde kullanıldığında hasta sağlığı için fayda sağlamaktadır. (27)

Konsültasyon öncelik sırasında bir karmaşa yaşanması durumu hastanın zararına olabilecektir. Bazı hasta grupları için erken konsültasyon yapılması gerekebilir. Örnek: akut apandisit gibi hızla operasyon gereken durumlar ya da perikardiyosentez, tüp torakostomi gibi acil servis hekiminin tecrübesinin yeterli olmadığı girişimler için. (19)

Gerekli durumlarda acil hekimi konsültasyonu istemeden önce, konsültasyon ile ilgili hasta ile görüşebilir. Böylece hastanın kendisi istediği doktoru seçme veya konsültasyon reddetme hakkını kullanmış olmaktadır. (5)

2.9.Acil hekim ve konsültan hekim arasındaki ilişki

Acil servis hekimi ve konsültan hekim arasındaki ilişkinin öncelikle profesyonel, ardından iyi, sıcak ve arkadaşça olması hastanın bakımında da olumlu sonuçlara yol açacaktır. (40)

Sıklıkla karşılaşılan diğer problemler ise acil servis hekiminin konsültan hekimi uygun endikasyona davet etmemesi, konsültan hekimin konsültasyona geç gelmesi veya hiç gelmeyerek telefonla acil hekimini yönlendirmesi şeklindedir. (41, 42)

Acil hekim ile konsültan hekimin görüşmeleri ikisinin arasındaki ilişkiye göre değişmektedir. Eğer birbirine çok yakın arkadaşlar ya da çok iyi tanışıyorsa hasta ile ilgili çok ayrıntıya girmeden dahi tek cümle ile konsültasyon yapılabilir. Hekimler arası samimi ilişki yoksa konsültasyonun gerçekleştirilmesi için daha ayrıntılı görüşmeleri gerekmektedir.(5)

Erken dönemde konsültasyonun nedeni ve aciliyeti net bir şekilde belirlenmelidir. Böylece konsültan hekimin kendini doğru ayarlaması ve yanlış anlaşılmalardan engellenebilir. (7)

Konsültasyonun nedeni belirtilmeden detaylı öykü ve fizik muayene bulgularının verilmesi konsültan hekimin odaklanmasını zorlaştırmaktadır. Konsültasyonun nedeninin yanlış yorumlanması, hastanın değerlendirilmesinin gecikmesine ve yanlış tedavi uygulanmasına neden olabilmektedir. (5,13)

2.10.Hekimlerarası negatif ilişkinin çözümü

Bazen konsültan hekim ile hastanın değerlendirmesi konusunda anlaşmazlık yaşanabilir. Mesela konsültasyona zamanında ya da hiç gelmemesi gibi. Her sağlık kurumu, hekimler arası çatışmaların çözümü için gerekli protokolleri oluşturmalıdır. Böyle çatışmaların yaşandığı zaman gerekirse bölüm başkanı ya da hastane yöneticileri çatışmaların çözüm sürecine dahil edilmelidir. (5, 43)

2.11.Negatif ilişkinin önlemesi için acil hekiminin yapması gerekenler:

- a) Profesyonel ve hoşgörülü olmak
- b) Gerekli bilgi ile organize olmak
- c) Açık ve net olmak
- d) Soruları tahmin etme ve hazırlıklı olmak
- e) Meşgül konsültanlara karşı anlayışlı olmak
- f) Hastanın savunucusu olmak
- g) Sorun olduğu zaman ya da konsültan hekim zorlandığı zaman moral vermek. (44, 45)

2.12.Konsültasyona yanıtın gecikmesinin sebepleri:

- a) Konsültan hekimin müsait olmaması
- b) Konsültan hekimin başka önceliklerinin olması
- c) Hastanede yeterli sayıda hekimin olmaması
- d) Söz konusu sağlık kurumunun maddi sıkıntılarının olması
- e) Konsültasyon hakkında kurallar ve yönergeler olmaması
- f) Konsültan hekimlerin yanlış tavırları (17)

2.13.Konsültasyon sanatı

Hekimlerin etkili konsültasyonun nasıl yapıldığını öğrenmesi gerekmektedir. Konsültasyon eğitimi uzmanlık eğitimin parçası olmalıdır. Acil servisteki deneyim, stajyer doktorlara ve acil tıp asistanlarına doğru konsültasyon sürecini öğrenme fırsatı sunmaktadır. Konsültasyon yapılmadan önce acil servisin nöbetçi şefinin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Böylece acil şefi, konsültasyonun doğru amaçla yapıldığını, konsültasyon için gerekli bilgilerin hazır olduğunu bilir, kontrol eder ve gerekirse destek verir. (5)

Acil Şefi konsültasyon sürecinde gözlem yapmaktadır. Birçok hastane veya bölüm protokollerinde hastanın sorumluluğunu klinik Şefi üstlenmektedir. Hasta ile ilgili gelişen olumsuz durumlarda nöbetçi klinik Şefi sorumlu tutulmaktadır. Bazı kurumlarda hastanın sorumluluğu sadece acil klinik Őefine danışıldığı ya da klinik Şefi bireysel olarak hastayı değerlendirdiği zaman klinik Őefine aittir. (5)

Acil Şefinin, konsültan hekimin yaptığı bütün uygulamaları denetlemesi gerekmektedir. Ayrıca Şef, konsültan hekim ile acil hekim arasındaki sorun ve anlaşmazlığın çözümüne de katkıda bulunabilir, gerekirse konsültan hekimin Őefini hastanın değerlendirilmesine davet edebilir. (5)

2.14.Etkili konsültasyon unsurları

2.14.1. Etkili iletişim

2.14.2. Organizasyon becerileri

2.14.3. Tıbbi bilgi (46)

2.14.1.Etkili iletişim:

Etkili iletişim, tıbbın tüm alanlarında konsültasyonu etkileyen en önemli unsur olarak kabul edilmektedir. Zayıf iletişim hem sağlık sisteminin hem de hastanın tıbbi bakım maliyetini artırmakta, konsültasyon işlemlerini zorlaştırmakta ve nihayet kötü hasta bakımı ve memnuniyetsizlik ile sonuçlamaktadır. (7)

Kişilerarası ilişki ve iletişim becerileri etkili konsültasyon için çok önemlidir. Acil ve konsültan hekim aynı dili kullanmalı ve birbirine insanca ve dostça davranmalıdır. (48)

Murphy ve Wears'a göre iletişim iki parçaya ayrılabilir:

- 1) **İçeriksel iletişim:** İletilen bilgi tanımlanmaktadır
- 2) **İlişkisel iletişim:** Bilginin nasıl iletildiğini tanımlamaktadır. (49)

Nezaket, yardımseverlik ve konsültan hekim ile net ve anlaşılır Şekilde iletişim kurabilme gibi çeşitli iletişim tiplerinin uygulanması pozitif ve başarılı konsültasyona olanak sağlamaktadır. (50)

Yanlış hazırlanan veya gereksiz konsültasyonlar etkin hasta bakımını engellemektedir ve maliyetini attırmaktadır.

Doğru iletişim yokluğu konsültasyon zorluklarının en önemli sebebi olarak gösterilmiştir. Tersine iyi iletişim, tavsiyelerin uyumu konsültasyonun başarılı olmasını sağlamaktadır.(7)

2.14.1.1.Etkili iletişim geliştirme yöntemleri:

- a) Konsültan hekime ismiyle hitap etmek
- b) Her zaman kendinizi tanıtmak
- c) Yavaş ve anlaşılır şekilde konuşmak
- d) Kiminle konuştuğunuzu teyit etmek
- e) Her zaman saygılı olmak
- f) Karşınızdakinin sözünü kesmeden dinlemek
- g) Küçümseyerek konuşmamak
- h) Değişik fikirleri dinlemeye ve kabul etmeye açık olmak
- i) Her zaman sevimli, nazik ve cana yakın olmak (50, 51)

2.14.2.Organizasyon becerileri:

Organizasyon becerileri başarılı konsültasyon için gerekli unsurlardan biridir. Acil hekim anlamlı ve odaklanmış soruları sormalı, kısa ve tutarlı sunum yapmalı ve konsültasyon için yeterli hazırlık yapmalıdır.(7)

2.14.3.Tıbbi bilgi

Yeterli tıbbi bilgiye sahip olunması, hastanın hikayesinin doğru alınması, sağlık problemlerinin değerlendirilmesi ve bütün olarak hastanın yönetimini eksiksiz bir şekilde yapılmasını sağladığı için konsültasyon işlemlerini önemli derecede olumlu etkilemektedir. (7)

2.15.Konsultasyon 5 C'si

Mick Cope modelinde tanımlanmış olan konsültasyonun 5 C'si (contact(bağlantı), communication(iletişim), core question(ana sorun), collaboration(işbirliği), closing the loop(sonlandırma) bütün acil servis konsültasyonlarında uygulanmalıdır. (47)

2.15.1.Contact(Bağlantı)

Kendini tanıtarak karşıdakiinin kimliğini öğrenip ilişkiyi başlatma anlamına gelmektedir. Acil hekim konsültan hekimle iyi ilişki kurmalıdır. Konsültasyon sırasında acil hekim pozisyonu net bir şekilde belirterek kendini iyi tanıtmalıdır.

Örnek: “İyi akşamlar. Ben Dr. İshaaq. Acil servisten arıyorum, dört yıllık acil asistanıyım. Bugün acil şefi olarak Yrd. Doç. Dr. Afşin Bey ile nöbetçiyim. Kiminle görüşüyorum?” Önceden belirlenmiş bir kişi arandıysa konuşulan kişinin o olup olmadığının teyidi yapılmalıdır.

2.15.2.Communication(İletişim)

Konsültasyon sırasında konsültan hekime vaka danışılırken net ifadelerle nazik bir şekilde kısa öykü anlatılıp, odaklanmış sorunları iletme şeklinde iletişim kurulmalıdır.

Örnek: 60 yaşında erkek hasta, akciğer kanseri tanısı ile kemoterapi alıyor. Bugün 7.günü, 39 derecede ateş ve halsizlik tanısı ile geliyor. Hastanın nötropenisi var. Yatış için konsültasyon rica ediyoruz.

2.15.3.Core question(Ana sorun)

Acil hekim konsültasyonun ana sebebini açık ve anlaşılır şekilde dile getirilmelidir. Ayrıca acil hekimi, konsültan hekimin konsültasyona yanıt ve değerlendirme süresini nazikçe belirleyebilir.

Örnek: Lütfen yarım saat içinde acile gelip hastayı yatış açısından değerlendirebilir misiniz?

2.15.4.Collaboration(İşbirliği)

Acil hekimi ve konsültan hekim işbirliği içinde çalışmalıdır. Hastanın klinik durumu, olası tanı, tedavi ve genel yönetimi ile ilgili alternatif öneriler tartışılmalı ve ortak kararlar çıkarılmalıdır.

Örnek: Konsültan hekim: “Enfeksiyon hastalıkları antibiyoterapi açısından görebilir mi?”
Acil hekimi: “Tamam biz enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu da isteyelim, siz de yarım saat içinde gelip hastayı değerlendirir misiniz lütfen.”

2.15.5.Closing the loop(Sonlandırma)

Acil hekim ve konsültan hekim hastanın değerlendirilmesi ve yönetimi konusunda aynı fikirde olduklarından emin olmalıdır. Görüşülenler teyit edilerek görüşme sonlandırılmalıdır.

Örnek: ”Teyit etmek için soruyorum, hasta enfeksiyon görüşü alındıktan sonra direkt sizin servise çıkabilir mi? Bu durumda antibiyotik yapılırsa siz orada yapar mısınız?” (47)

2.16.Konsültasyon sürecinde yaşanan çatışmalar

Acil hekimleri sık sık konsültasyon istedikleri için konsültasyon sürecini tamamen anlamaları çok önemlidir. Aralarında bir iletişim geliştirmeleri, profesyonel ilişkilerini ve hasta yönetimini kolaylaştırmaktadır.(5)

Acil hekimliği doğal olarak konsültasyona bağlıdır. Bu nedenle acil hekimlerinin konsültasyon sürecini daha iyi anlaması, sorunların nasıl ortaya çıktığını saptamasına ve bu sorunlara yönelik çözümü üreterek istenmeyen durumları önlemesine olanak sağlamaktadır. Buna ek olarak acil hekimleri konsültasyon üzerine pozitif etkileri yaratan kılavuzları iyi bilmelidir. (5)

Acil hekimliğinde yan dalların oluşturulması ile bazı acil hekimleri konsültan hekim olarak görev yapabilirler. Acil hekimleri de konsültan hekim olarak çalışırken kılavuzlarda bahsedilen etkili konsültasyon unsurlarına uymalıdır. (6)

Konsültasyon sırasında hastanın sorumluluğu acil hekimine aittir. Konsültan hekim acil hekimin izni olmadan hastanın sorumluluğunu ve primer yönetimini kendi üstüne alamaz. Konsültan hekim zamanında gelmeli, tanı ve tedavi önerilerini acil hekimle tartışmalıdır. (11)

Hasta kendisi konsültasyon ile ilgili karar verebilme, konsültan hekimi seçme ve tedaviyi reddetme hakkına sahiptir. Hastanın tedaviyi reddetmesi durumunda hastanın tek başına karar verme kapasitesi, önerilen tedavinin yarar-zarar oranı ve alternatif tedavi yöntemleri değerlendirilmelidir. (53)

Acil hekim konsültasyon ile ilgili yeterlilik düzeyine sahip konsültan hekimi seçmelidir. Yeterli bilgi düzeyine sahip olmayan konsültan hekimin bilerek seçilmesi durumunda uygunsuz hasta yönetimi suçu, acil hekimini de tehlikeye sokmaktadır. (8)

Eğer verilen öneriler acil hekimine uygun değilse ya da anlamlı gelmiyorsa acil hekim uygulama yapmadan önce konsültanın önerilerini netleştirmelidir. Çünkü tedavi ile ilgili problem çıkması durumunda acil hekim sorumluluğundadır. (5)

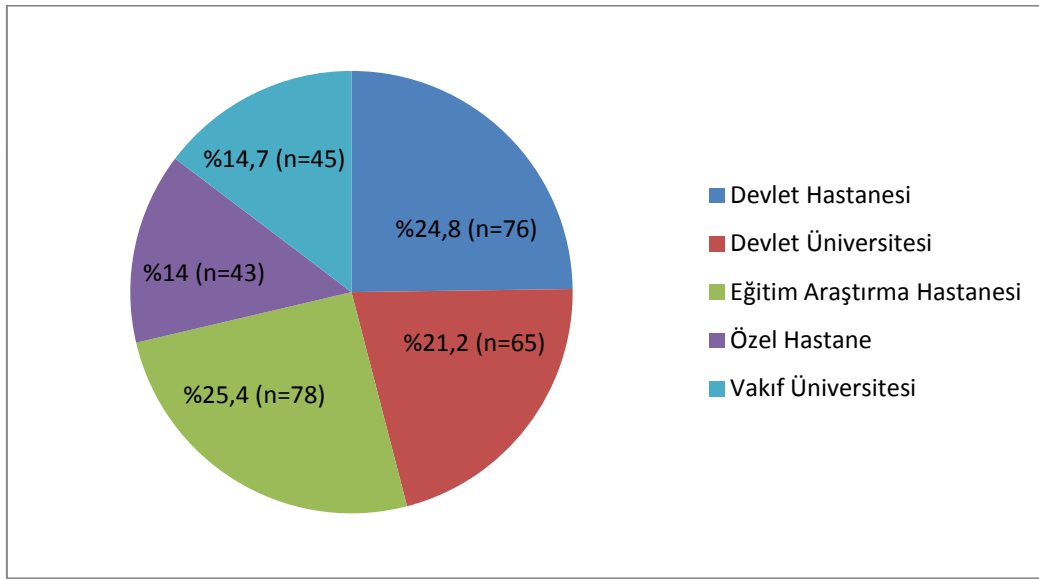
3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmayı Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'nun (11.04.2017, proje numarası KA 17/109) onayını aldıktan sonra gerçekleştirdik. Çalışmamızın örneklemini ülkemizde acil servislerde öğretim üyesi, eğitim görevlisi, öğretim görevlisi, başasistan, uzman, araştırma görevlisi-asistan ve pratisyen olarak görev yapan hekimler oluşturmaktaydı. Hekimlere e-posta grupları, sosyal medya ve birebir görüşme yoluyla ulaşarak, elektronik form şeklinde tasarladığımız 22 sorudan oluşan anketi (Ek 1), gönüllülük esasına göre doldurmalarını istedik. Anketin 6-12, 14 ve 22. soruları, acil hekimlerinin kişisel gözlemlerine göre (subjektif olarak) yanıtlayabilecekleri sorulardı. Anket formunu gönüllü katılımcıların isimlerini vermeden anonim olarak yanıtlayacağı şekilde tasarladık. Çalışma sonunda toplanan verileri Microsoft Office Excel 365 ve SPSS 17.0 paket programları ile analiz ettik.

4.BULGULAR

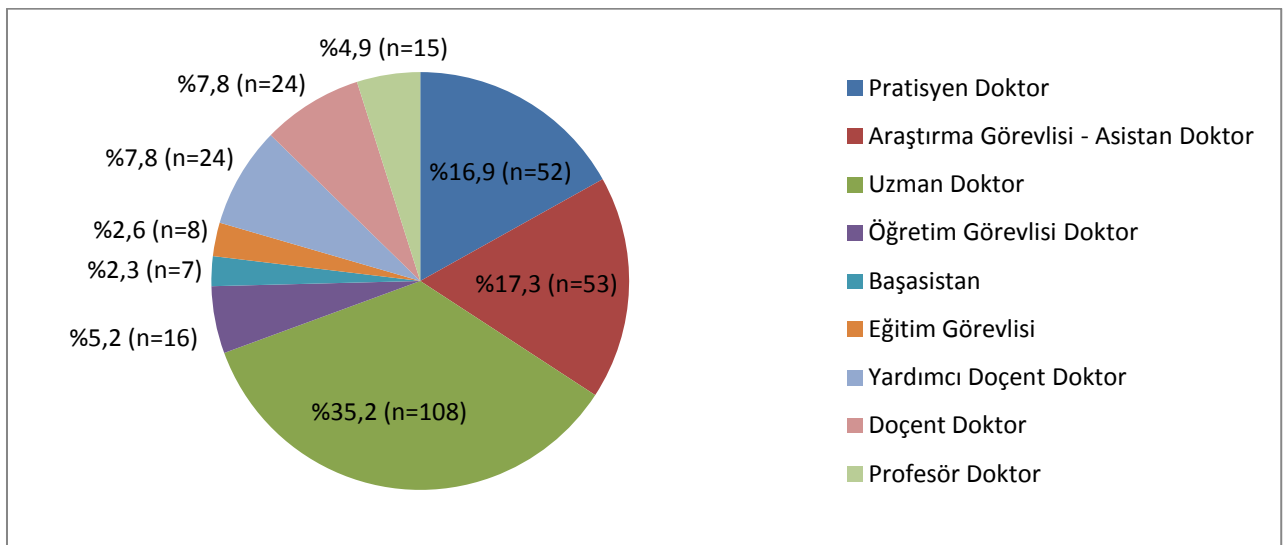
Bu çalışmayı Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'nun (11.04.2017, proje numarası KA 17/109) onayını aldıktan sonra gerçekleştirdik. Anketimize 14.04.2017 ile 12.06.2017 tarihleri arasında toplam 307 acil hekimi katıldı. Katılımcıların ortalama yaşı $36,7 \pm 7,64$ 'tü. %53,1'i (n=163) erkek, %46,9'u (n=144) kadındı. Çalışmakta olduğu kurumları Şekil 1'de gösterdik.

Şekil 1. Katılımcıların çalıştığı kurumlar



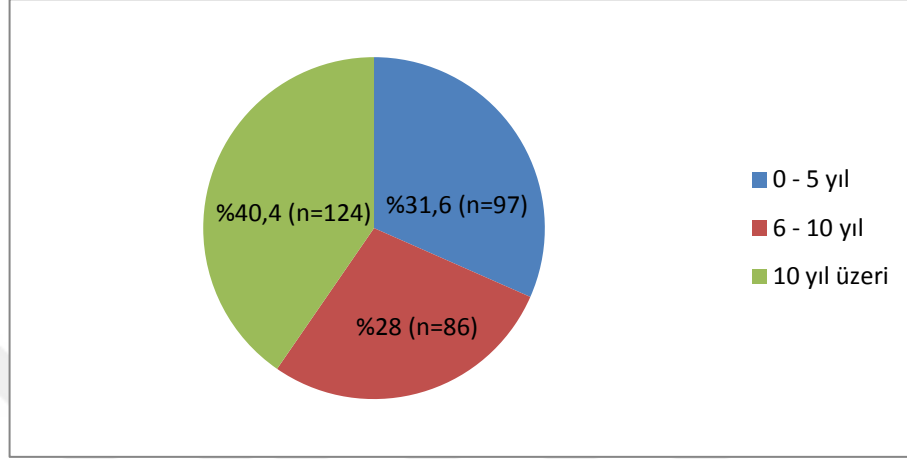
Anketimize katılanların katılım anındaki unvanlarını Şekil 2'de gösterdik. Buna göre ankete en sık uzman doktorlar katılmıştı (%35,2).

Şekil 2. Katılımcıların unvanları



Katılımcıların acil serviste çalışma sürelerine baktığımızda %40,4'ünün (n=124) 10 yılın üzerinde acil servis tecrübesi olduğunu tespit ettik. Katılımcıların acil serviste çalışma sürelerini Şekil 3'te gösterdik.

Şekil 3. Acil serviste çalışma süreleri



Ankette katılımcıların kişisel gözlemlerine göre en sık sorun yaşadığı bölümleri Tablo 1'de gösterdik. Katılımcılar anketteki bu soru için birden fazla seçeneği işaretleyebiliyordu. Bundan dolayı toplam sayı, katılımcı sayısından daha fazlaydı. Ayrıca “Diğer” seçeneğiyle katılımcıların listede olmayan bölümleri de eklemesini sağladık. Buna göre acil hekimlerinin en sık sorun yaşadığı bölümün göğüs hastalıkları olduğunu saptadık (%46,6). En az sorun yaşanan bölümse göz hastalıklarıydı (%0,6).

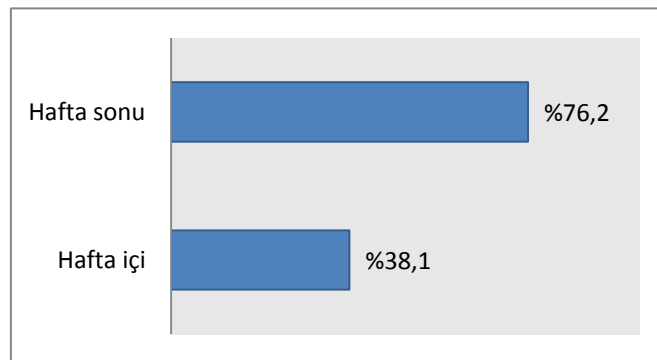
Tablo 1. Sıkıntı yaşanan bölümlerin dağılımları

Bölüm Adı	Yüzde (%)	Sayı (n)
Göğüs Hastalıkları	46,6	143
İç Hastalıkları Yan Dalları	35,5	109
Kadın Doğum	31,6	97
Nöroloji	30	92
Genel Cerrahi	28,3	87
Kardiyoloji	26,7	82
Plastik Cerrahi	22,5	69
İç Hastalıkları	21,2	65
Enfeksiyon Hastalıkları	19,5	60
Beyin Cerrahisi	18,2	56

Psikiyatri	16,3	50
Ortopedi	15	46
Kalp ve Damar Cerrahisi	12,4	38
Kulak Burun Boğaz	10,7	33
Çocuk Hastalıkları	10,1	31
Üroloji	8,1	25
Göğüs Cerrahisi	6,5	20
Çocuk Cerrahisi	4,9	15
Diğer		
- Radyoloji	1,3	4
- Göz	0,6	2
- Acil Tıp Uzmanı	0,3	1
- Sorun sistemle	0,3	1
- Biz onlarla değil onlar bizimle sorun yaşıyor	0,3	1

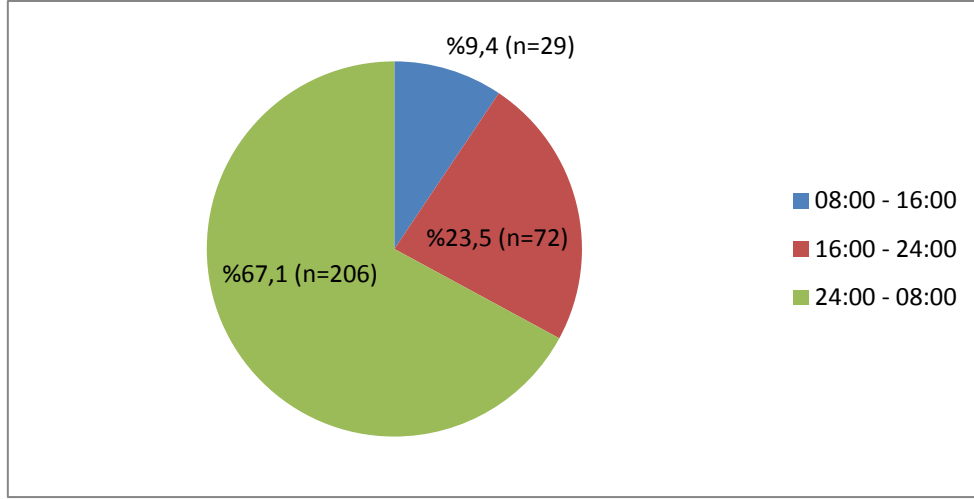
Acil hekimlerinin kişisel gözlemlerine göre hafta sonu konsültan bölümlerle daha çok sıkıntı yaşanıyordu (%76,2) (Şekil 4).

Şekil 4. Konsültasyonla ilgili yaşanan sorunların hafta içi ve hafta sonuna göre dağılımı



Gün içinde sıkıntı yaşanan saat aralıklarınise Şekil 5’te gösterdik. Kişisel gözlemlere göre sıkıntıların daha çok 24:00-08:00 saatleri arasında istenen konsültasyonlarda yaşandığını saptadık (%67,1).

Şekil 5. Konsültasyonla ilgili yaşanan sıkıntılarının saat aralıklarına göre dağılımı



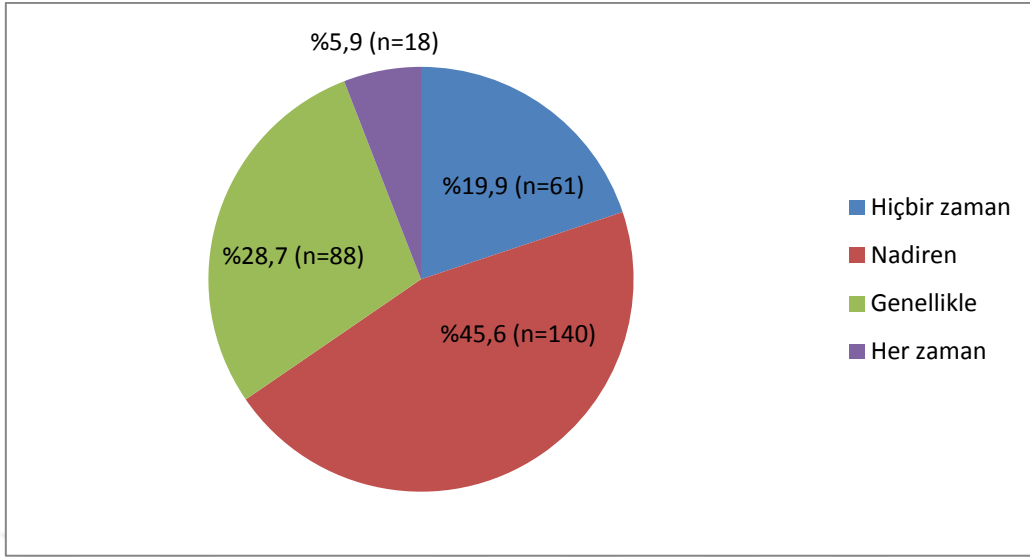
Katılımcıların kişisel gözlemlerine göre karşılaştığı sıkıntıların türünü incelediğimizde en sık karşımıza çıkan, konsültanın başka bölümlerden konsültasyon istenmesini tavsiye etmesi oldu (%71,7) (Tablo 2). Bu soruda da katılımcıların birden fazla seçeneği işaretleyebilme imkanı vardı. Bundan dolayı toplam sayı, katılımcı sayısından fazla olarak görülmektedir.

Tablo 2. Konsültasyonla ilgili yaşanan sorunun türleri

Sorunun türü	Yüzde	Sayı (n)
Başka bölümlerden konsültasyon istenmesini tavsiye etmesi	71,7	220
Yatış endikasyonu olan hastanın çeşitli gerekçelerle yatırılmaması ve sonucunda hastanın acil serviste takip edilmesi	68,1	209
Acil endikasyon dışında tetkik istenmesi	51,8	159
Konsültasyona gelmeme	39,1	120
Konsültanın konsültasyona ikna edilme problemi	34,5	106
Hastanın/yakının yanlış yönlendirilmesi	19,5	60

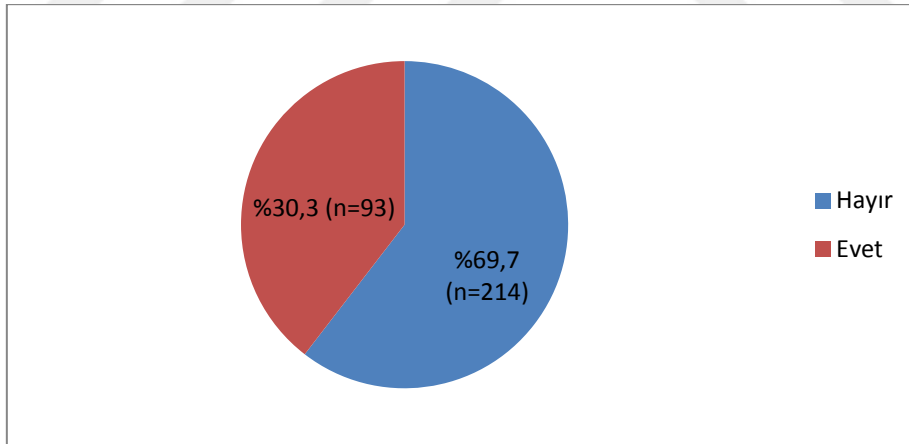
Acil hekimlerinin “sözel” olarak hasta danışma alışkanlıklarını öğrenmek adına sorduğumuz soruya aldığımız yanıtları Şekil 6’da gösterdik. Buna göre hekimlerin büyük çoğunluğu (%45,6) hastaları “nadiren” sözel olarak konsülte ediyordu.

Şekil 6. Hastaların sözel olarak danışılma durumu



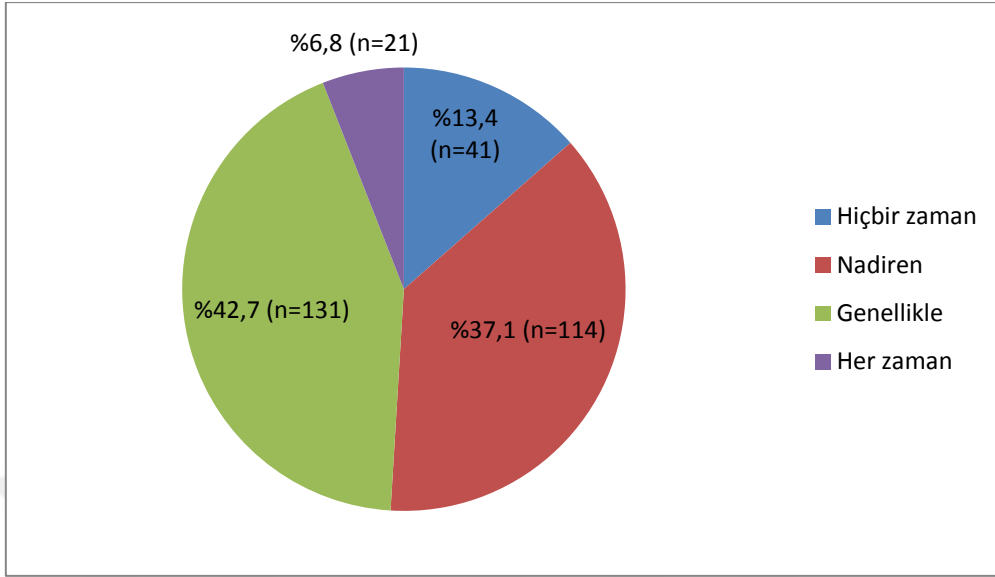
Konsültanların hastanenin konsültasyon yönergesine uyup uymadığını sorduğumuz soruyu ise acil hekimlerinin %69,7'si, kişisel gözlemlerine göre konsültanların hastanelerin konsültasyon yönergesine uymadığı şeklinde yanıtladı (Şekil 7).

Şekil 7. Konsültanların hastanenin konsültasyon yönergesine uyma durumu



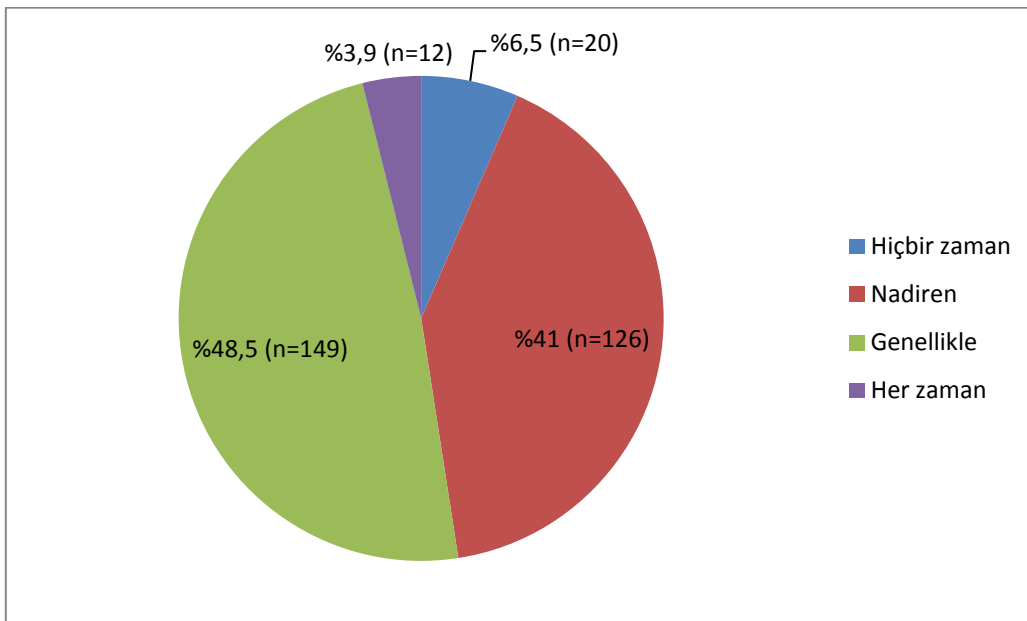
Anketimizde, acil hekimlerinin konsültasyon esnasında "Whatsapp, Facebook Messenger vb." gibi haberleşme araçlarını kullanıp kullanmadığını da sorguladık. Buna göre acil hekimlerinin büyük çoğunluğu konsültasyon işlemleri sırasında bu haberleşme araçlarından yararlanıyordu (Şekil 8).

Şekil 8. Acil hekimlerinin konsültasyon işlemleri sırasında haberleşme araçlarından yararlanma durumu



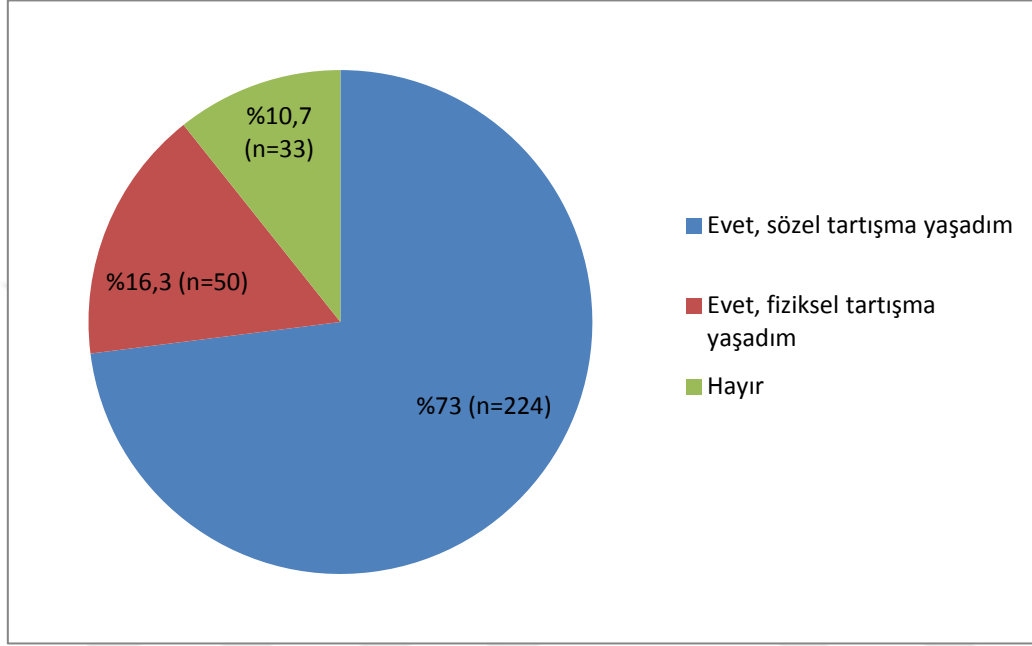
Konsültan hekimlerin hastaya ve yakınlarına tıbbi durum hakkında yeterli bilgi verip vermediği sorusuna acil hekimlerinin gözlemlerine göre verdiği yanıtları Şekil 9’da gösterdik. Buna göre acil hekimlerinin yarıya yakını (%48,5), konsültan hekimlerin “genellikle” yeterli bilgi verdiğini düşünüyordu.

Şekil 9. Konsültan hekimlerin hastaya ve yakınlarına tıbbi durum hakkında yeterli bilgi verme durumu



Acil hekimlerinin bugüne kadar konsültan hekimlerle fiziksel-sözel tartışma yaşayıp yaşamadığı sorusuna hekimlerin %73'ü sözel tartışma yaşadığı, %16,3'ü ise fiziksel tartışma yaşadığı şeklinde yanıt verdi.

Şekil 9. Acil hekimlerinin konsültan hekimlerle fiziksel-sözel tartışma yaşayıp yaşamama durumu



Anketimizde acil servisten sevki gereken hastaların sevk işlemlerinin (sevk evrakların hazırlanması, dış merkezlerde yer aranması, 112 komuta kontrol merkezi ile irtibata geçilmesi vb.) kimin tarafından yapılması gerektiği sorusuna da yanıt aradık. Yanıt seçeneklerinde “konsültan hekim” ve “acil hekimi” yer almaktaydı. Bunun yanı sıra “diğer” seçeneğiyle de acil hekimlerinin kendi görüşlerini açık uçlu biçimde yazabileceği bir alan bıraktık. Sonuçları Tablo 3’te gösterdik. Buna göre acil hekimlerinin %64,2’si, konsültan hekimin sevk işlemlerini yönetmesi konusunda görüş bildirdi. Bununla birlikte yanıtlar incelendiğinde acil servislerde sevk işlemleriyle ilgilenen özel bir birimin ve personelin olması görüşü de ön plana çıktı.

Tablo 3. Sevk işlemlerinin kimin tarafından yapılması gerektiği sorusunun yanıtları

	Yüzde	Sayı
Konsültan hekim	64,2	197
Acil hekimi	29	89
Diğer		
-Acil danışmanı-sekreter	2,6	8
-Nöbetçi şef	1	3
-112	0,6	2
-ASKOM birimi-görevlisi	0,6	2
-Kriz merkezi personeli	0,3	1
-İdare	0,3	1
-Kim sevk ediyorsa o	0,3	1
-Hasta yakını	0,3	1
-Özel bir birim ve personeli olmalı	0,3	1
-Sevk nedenine göre değişir	0,3	1

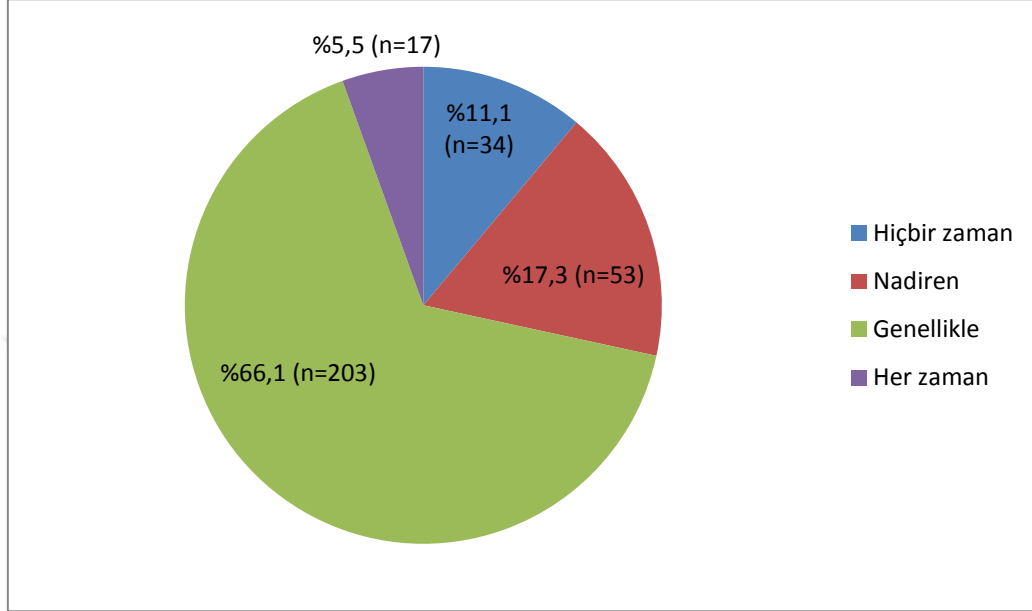
Anketimizde bir hekimin fazla konsültasyon istemesinin nelerden kaynaklanabileceği sorusunu acil hekimlerine yönelttik. Bu soruya da birden fazla seçeneği işaretleyebilme imkânı verdik. Cevapları ise Tablo 4’te özetledik. Buna göre acil hekimlerinin %66,8’i fazla konsültasyon isteminin hukuki problemlerin önlenmesi için defansif tıp uygulamalarından kaynaklandığını belirtti.

Tablo 4.Fazla konsültasyon istenmesinin olası nedenleri

	Yüzde	Sayı
Hukuki problemlerin önlenmesi için defansif tıp uygulamaları	66,8	205
Sorumluluğu başkasıyla da paylaşma düşüncesi	62,5	192
Bilgi beceri eksikliği	47,2	145
Hastaya gösterilen özen	43,3	133

Acil hekimlerinin konsültanların her önerisine uyup uymadığını sorduğumuz sorunun yanıtlarını şekil 10’da özetledik. Buna göre acil hekimlerinin %66,1’i “genellikle” konsültan hekimlerin her önerisine uyuyordu.

Şekil 10. Acil hekimlerinin konsültan hekimlerin önerilerine uyma durumu



Katılımcıların tıbbi nedenlerin dışında (sosyal endikasyon vb.) konsültasyon isteme gerekliliklerinin olup olmadığını sorduk. %64,8’i (n=199) bu soruyu “evet”, %35,2’si (n=108) ise “hayır” şeklinde cevaplandırdı.

Acil hekimlerinin %55,7’si (n=177) konsültasyon istemeyle ilgili eğitim almadığını belirtti. Bu eğitimi alanların oranı ise %42,3’tü (n=130).

Son olarak, acil hekimlerine hastanelerinde konsültasyon sürecinde yaşanan sorunların kimler tarafından çözüldüğü sorusunu sorduk. Birden fazla şıkkın seçilebildiği ve “diğer” seçeneğiyle açık uçlu yanıtlanabilen bir şıkkın olduğu soruya aldığımız yanıtları Tablo 5’te gösterdik. Buna göre hastanelerde konsültasyon işlemleriyle ilgili yaşanan sorunlar büyük ölçüde (%67,4) hastane yönetimi tarafından çözülmekteydi.

Tablo 5. Konsültasyon sürecinde yaşanan sorunların kimin tarafından çözüldüğü

	Yüzde	Sayı
Hastane yönetimi	67,4	207
Hocalar	47,9	147
Uzmanlar	26,7	82
Asistanlar	10,7	33
Diğer		
-Çözülememektedir	2,2	7
-Kendim çözmekteyim	0,6	2
-Pratisyen hekim	0,3	1
-İkili ilişki	0,3	1

Anketimizde yer alan “Hangi cinsiyetteki konsültanlarla daha çok sıkıntı yaşandığı” ile ilgili 8. soruyu, elektronik formda yapmış olduğumuz bir hata neticesi yanıtlanması zorunlu olan bir soru olarak gönderdiğimizden dolayı sonuçların değerlendirilmesi esnasında, değerlendirme dışında bıraktık. Aynı zamanda ankete yanıtları kabul etmeye başladıktan sonra, bu sorunun “cinsiyetçi yönlendirme niteliği” taşıyabileceği yönünden soruluş maksadını aşması da soruyu değerlendirme dışında bırakmamızın bir başka nedeni oldu. Benzer şekilde “Konsültasyon istenen kişi sizden kıdemli mi kıdemsiz mi?” sorusuna yanıt arayan 21. soru da yanıtlanması zorunlu bir soru olarak belirlenmişti. Oysa ki konsültasyon istenen hekim, bölüme göre ve hatta o gün nöbetçi-icapçı olan konsültana göre de acil hekiminden kıdemli veya kıdemsiz olabilmektedir. Elektronik formu tasarlarken katılımcıların yalnızca iki şıktan birini tercih etmek zorunda bırakılmasından dolayı bu soruyu da değerlendirmenin dışında bıraktık.

5.TARTIŞMA

Tıp alanındaki uzmanlıkların sayısı günümüzde artarken bununla birlikte her uzmanlık dalındaki hasta yönetiminde ilerlemeler kaydedilmiştir. Tek bir hastalığı olmayan vakalarda çeşitli branşlardaki hekimlerin bir arada çalışması bu gelişmelerin kaçınılmaz bir sonucudur. Bir hekimin hastanın hastalıklarıyla ilgili olan konularda bir başka hekimle fikir alışverişinde bulunup, onun deneyimlerinden yararlanmasına konsültasyon ismi verilmektedir.(56, 57)

Ülkemizde konsültasyonun nasıl olması gerektiği konusu Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 24-30. maddelerinde belirlenmiştir. Bu tüzükte yazılanlara göre: Doktor konsültasyon isteme hakkına sahiptir, benzer şekilde hastaların da konsültan hekimden danışmanlık isteme hakları vardır. (59)

Konsültasyon sırasında hekimlerin kendi aralarında olan tartışmaları, fikir paylaşımları ve yorumlamaları, hastanın ve çevresindeki ailesinin, tanıdıklarının rahatlıkla duyup da anlayamayacakları şekilde olmalıdır. Ulaşılan sonuçlar bir konsültasyon raporu ile ortaya konmalı, her iki hekim tarafından ortak bir karara varılarak onaylanmalı, en üst düzeydeki hekim tarafından da hasta ve yakınlarının duygudurumları en az etkilenecek şekilde onlara söylenmelidir. (57)

Konsültasyon çağrısıyla gelen doktor hastaya uygulanmakta olan protokolü uygun bulmaz ise düşüncesini konsültasyon raporunda paylaşır. Konsültasyon hekim istemediği takdirde hastaya uygulanan tedaviye karışmamakta serbesttir. Eğer hastaya uygulanan tedavi konusunda hastanın o anki hekimi ve konsültan hekim arasında tedavide izlenmesi gereken yolla ilgili fikirsel farklılıklar olursa ve hasta da konsültan hekimin tedavi planını izlemeyi seçerse hastadan o an için sorumlu olan hekimin hastanın tedavisini kabul etmeme hakkı vardır. Branşlaşmanın çoğalmasıyla, konsültasyon hastanın hekim tarafından değerlendirebilmesi için önemi çok büyük unsurlardan biri haline gelmiştir. Tek bir hekimin hastayı yönetimi, incelemesi çok güç olan karmaşık olgularda oldukça zor olmaktadır. Bundan dolayı birincil hekim değişik branşların uzmanlarından yardım istemek ve onlarla bir araya gelerek bu hastalar için tedavi belirlemek zorunda kalmaktadır. Bu nedendir ki hekimler tarafından konsültasyona gerekli önem verilmelidir ve konsültasyon tıp eğitiminin bir parçası haline getirilmelidir. (58)

Acil servis hizmetinden sorumlu olan hekimlerden, çok kısa sürelerde, belli bir düzen içerisinde pek çok şeyi yapması beklenmektedir. Aynı zamanda acil hekimlerinin tıbbi olarak

çok donanımlı olması ve öncelikle hastanın hayatta kalmasını sağlayacak biçimde yol izlemeleri gerekmektedir. Bütün bunları yaparken de tüm hukuki sorumluluklarından ödün vermeyecek şekilde ve hukuki kuralları eksiksiz yerine getirecek şekilde hareket etmeleri beklenmektedir. (21, 25)

Acil servise başvuran hastalar, mümkün olan en kısa sürede ve en iyi şekilde hekimin kendilerine müdahale etmesini beklemektedir. Hastaların sosyal güvence ve benzeri durumlarına bakılmadan her hastanın acil servise kabulü gerekmektedir. Hayatı tehlikede olan bir hastanın hastanede boş yatak olmaması, başka merkezlerde daha donanımlı tedavi olanakları olması vb. sebeplerle hastaneye kabul edilmeyişi, hastanın yeterli tıbbi tetkikler yapılmadan gönderilmesi hastanın tedavisinin uzamasına, bazen de hayatını kaybetmesine yol açtığından dolayı hekimlere yasal olarak mesuliyet doğurmaktadır. (60)

Acil servis kayıtlarının düzenli bir biçimde tutulması, hekimi doğabilecek kusur iddialarından kurtarmaktadır. Acil vakalarda, olası veya kesin tanı belirlendikten sonra gereken hazırlıklar yapıldıktan sonra, uygun tıbbi girişimin hızlıca yapılması hayati bir önem arz etmektedir. Acil hizmeti veren kuruluşlarda konsültasyon ve sevk sistemlerine gerektiği zaman başvurularak diğer uzmanlık alanındaki hekimler tarafından da hastanın değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Bilgiye ulaşmak için harcanan zamanın kısaldığı günümüzde danışılan doktorun kendi sorumluluğunu uygun biçimde yerine getirmesi gerekmektedir. Aksi takdirde yetersiz bir konsültasyondan dolayı oluşacak olan tıbbi ve hukuki sorunların sorumluluğunu paylaşmak zorunda kalmaktadır. Bundan dolayı hekimler, yapılan konsültan isteminden sonra en kısa sürede çağrıya icabet etmelidirler. Hastayı görmeden sadece telefonda aldıkları bilgilerle konsültasyon görevlerini yerine getirmemelilerdir. (61) Konsültasyon istenen uzmanın, hastaneye gitmeyerek görevini ihtimal etmesi hukuki sorumluluk doğurmaktadır. Bu arada konsültan hekim, konsültasyon devam ederken hastanın tedavisini ve gözlemini de ihmal etmemelidir. (62)

Çalışmamızda konsültasyon sürecinde en çok sorun yaşanan bölümler sırasıyla %46.6 ile göğüs hastalıkları, %35.5 ile iç hastalıkları yan dalları, %31.6 ile kadın hastalıkları ve doğum, %30 ile nöroloji, %28.3 ile genel cerrahi ve %26.7 ile kardiyoloji olarak saptanmıştır. En az sorun yaşanan bölümlerin ise %4.9 ile çocuk cerrahisi, %6.5 ile göğüs cerrahisi, %8.1 ile üroloji, %10.1 ile çocuk hastalıkları ve %10.7 ile kulak burun boğaz olduğu saptanmıştır.

Tüm konsültasyonlar incelendiğinde ise, konsültasyon istemine en hızlı dönüş yapan bölüm kardiyoloji iken, geç yanıt veren bölüm genel cerrahidir. Konsültasyon hızını en önemli belirleyen faktörün hasta aciliyeti olduğu görülmüştür. (8)

Göğüs hastalıklarından konsültasyon en çok solunumsal semptomlar nedeniyle istenmektedir. En sık görülen radyolojik anormallik kardiyomegalidir. Balbay ve arkadaşları yaptıkları çalışmada en sık radyolojik anormallik olarak kardiyomegaliyi (%26.3), Annakkaya ve arkadaşları en sık plevral opasiteyi(%14.5), Öztürk ve arkadaşları ise konsolidasyonu belirlemiştir. (%16.6) (62)

Göğüs hastalıkları konsültasyonda en sık rastlanılan hastalık kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) 'dır. KOA tanısı almış hastalarda komplikasyonların yüksek olmasının sebebi ileri derecede solunum yetmezliği; akciğer kapasitesi azalması, solunum sekresyonlarını atamama, oksijen yetersizliği ve karbondioksit retansiyonudur. (63)

En çok medikal tedavinin de göğüs hastalıkları konsültasyonu sonucunda önerildiği gösterilmiştir. Medikasyon sırasında kullanılan ilaçlarda beta agonist ve antikolinergik gibi bronkodilatör ajanlar, antibiyotik, balgam söktürücü ajanlar, inhaler veya intravenöz kortikosteroid en çok önerilen ajanlardır. Uçar ve arkadaşları yaptıkları çalışmada göğüs hastalıkları konsültasyonu sonunda %37 oranında ilaç tedavisi tavsiye edilmektedir.(53)

Kış aylarında solunumsal yakınmalar soğuk havalar nedeniyle daha sık olmaktadır ve yine aynı sebepten ötürü kronik solunum hastalığına sahip kişilerin atak şikâyetleri ile acile başvurularında artış görülmektedir.

En sık problem yaşanan bölümün göğüs hastalıkları olmasının, bu branşın kronik, uzun soluklu tedavi gerektiren ve komplike hasta profiline ve bunun acil servise yansımalarına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Moulin ve arkadaşları yaptığı çalışmalarda acil başvurularında istenen nörolojik konsültasyon oranını %14.7 olarak bulmuştur. Yazarlar konsültasyon nedenlerini sırasıyla inme, epilepsi, bilinç bozukluğu, baş ağrısı, konfüzyon, periferik sinir hastalıkları ve baş dönmesi olarak sıralamışlardır. (69)

Acil nörolojik değerlendirilmelerinde ilk sırasında yer alan görüntüleme yöntemleri hastalık tanı ve ayırıcı tanısında önemli yer kaplar. Carroll ve arkadaşları acilde değerlendirilen

nörolojik hastaların %57'sinden en az bir defa beyin tomografi ya da MR, %6.5'sinden EEG çalışması istendiği belirtilmiştir.(70)

Nöroloji de göğüs hastalıklarına benzer şekilde kronik ve komplike hastalarla ilgilenen bir anabilim dalıdır. Doğal olarak acil nörolojik olguların da hem görüntüleme yöntemlerinin gerekmesi hem de uzun süreli izlem gerektirmesi nedeniyle acil serviste kalış zamanları uzamaktadır. En sık problem yaşanan bölümlerden birinin nöroloji olmasının da bu durumla ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Anketimizin sonuçlarına göre konsültasyon sürecinde diğer sık sorun yaşanan bir bölüm de genel cerrahidir. Daha önceki çalışmaların gösterdiği sonuçlara göre genel cerrahiden istenilen konsültasyonların %92'si acil servis kaynaklıdır. (64) Genel cerrahiden konsültasyon istenmesinin en sık sebeplerinden birisi karın ağrısıdır. Akut batın, genel cerrahinin en komplike ve çok çeşitliliğe sahip bir takım hastalıkları sonucunda ortaya çıkan ortak bir tablonun adıdır. Bu sebeplerden dolayı günümüzdeki ileri araştırma imkanlarına rağmen tanı konamayan, akut karın ön tanısı ile tanısız amaçlı cerrahi uygulanan vaka sayısı halen çok fazladır. (65)

Hastaların konsültasyon istenmeden önceki fizik muayenelerine bakıldığında, yaralanma, darp ya da kaza gibi çoğu durumlarda hastaların muayenelerinin düzgün bir şekilde yapıldığı gözlenmektedir. Bununla birlikte trafik kazası nedeniyle acile başvuran olgularda karın ağrısı vb. hiçbir şikayeti olmayan ve fizik muayene bulgusu olmamasına rağmen başvurduğu anda genel cerrahiden konsültasyon istenen olgular bulunmaktadır. Bunun bu şekilde olmasının sebebinin dosyanın tamamlanması için olan tıbbi yasal kaygı olduğu gösterilmiştir. (64)

Yukarıda söz edilen tüm bu durumların genel cerrahiden istenen konsültasyonların sayısının artmasında ve bunun bir sonucu olarak da en sık problem yaşanan bölümlerden birinin genel cerrahi olmasında payı olduğunu düşünmekteyiz.

Yapılan farklı araştırmalar sonucunda acil servislerden, dahiliye konsültasyonu istenme oranı %10-20 civarında seyretmektedir.(8) Bu oranın fazlalığının nedeni çoğunlukla ileri yaşta, ağır ve birden fazla dahili sorunları olan hastaların acil servisler tarafından kabul edilmesi, bu hastaların eşlik eden hastalıkları dolayısıyla da acil servisten taburcu edilememeleri ve ilgili bölüme yatış vermesi için danışılmalarıdır. (34)

Türkiye'de yapılmış araştırmalar neticesinde acil servise başvuruda bulunan hastaların yoğunluk olarak orta yaş grubunda (40-65 yaş) olduğu bulunmuştur. İç hastalıkları

konsültasyonu istenen grubun yaş ortalaması ise 60'tır.(34) Kellet ve arkadaşlarının (67) İrlanda'da, Roger ve arkadaşlarının (68) Avrupa'da yaptığı araştırmalar neticesinde acil iç hastalıkları hizmetlerine muayene olan hastaların ortalama yaşlarının 68 ve 67 yaşlarında oldukları ortaya çıkmıştır. İnsan ömrünün uzamasıyla birlikte tüm dünyada ve ülkemizde acil ve dahiliye doktorları artık yaşları daha ileri hastalarla karşılaşmaktadır. (34)

Ayrıca Roger ve arkadaşlarının çalışmasında, acil iç hastalıkları servislerinde tedavi gören hastaların en az üç eşlik eden hastalığı olduğu ve en az 4 çeşit ilaç tedavisi aldığı görülmüştür.(68) Kellet ve arkadaşları, eşlik eden hastalıkların sayısı çoğaldıkça dahili hastaların hastanede yatış zamanlarının, ölüm oranlarının ve taburcu olduktan sonra hastaneye tekrar başvurularının fazlaştığı ortaya koymuştur. (67)

İç hastalıklarından istenen konsültasyonları inceleyen çalışmalarda bu hastaların çoğunluğunun daha fazla bölümle alakası olan kronik hastalıkları mevcut, 85 yaş üstü, başvurudan önce performansları iyi olmayan (yatağa bağımlı), bilişsel fonksiyon yitimi olan, kronik bakım hastası olan, terminal dönem kanser hastası olan veya hastane yatışında fayda göremeyeceği düşünülen hastalardan oluşmaktaydı. (24) İç hastalıkların tüm yan dallarının en sık sorun yaşanan bölümler olmasında tüm bu etkenlerin payı olduğunu düşünmekteyiz.

Konsültasyon sırasında yaşanan sıkıntıların zaman aralıklarına göre dağılımına baktığımızda ise hafta sonlarında daha fazla olduğunu gördük. Bu durumun kamu yataklı sağlık kuruluşlarında hafta sonu poliklinik hizmeti olmaması ve fiili nöbet tutulmayan branşlarda icap nöbeti tutulmasıyla ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Konsültasyonla ilgili yaşanan sıkıntıların saat aralıklarına göre dağılımını incelediğimizde 24:00 - 08:00 arasında daha fazla olduğunu saptadık. Daha önce yapılmış çalışmalarda acil servise başvuruların 16:00 - 18:00 saatleri arasında en yoğun olduğunu, saat 00:00'dan sonra gece boyunca hasta sayısının belirgin olarak azaldığını gördük. (8) Gece 00:00'dan sonra konsültasyon ile ilgili sıkıntıların fazla olmasının nedeninin çoğu doktorun o saatlerde yorgun ve uykusuz olmaları nedeniyle hasta bakma istekleri olmaması, derin uykularda olanların ise gelen telefon çağrılarını duyamaması ile bağlantılı olduğunu düşünmekteyiz.

Konsültasyonla ilgili yaşanan sorunların türleri incelendiğinde ise en çok başka bölümlerden konsültasyon istenmesini tavsiye etmesi, yatış endikasyonu olan hastanın çeşitli gerekçelerle yatırılmaması ve sonucunda hastanın acil serviste takip edilmesi ve acil endikasyon dışında tetkik istenmesi şeklinde olduğunu gördük. Daha önce yapılmış çalışmalarda özellikle

hastaneye yatışı gereken hastaların acil serviste gerekenden uzun kalmaları acil serviste yoğunluğu arttırdığı belirlenmiştir ve konsültasyon isteme nedeninin büyük oranda hasta yatırma amaçlı olduğu gösterilmiştir. (8) Özellikle ileri yaştaki genel dahiliye hastaları ve multi travma hastaları multidispliner yaklaşım gerektirmektedir. Bu tarz hastalarının hangi serviste yatacağı konusunda yaşanan belirsizlikler ve hastanede yer olmadığı durumlarda yatış gereksinimi olan hastaların acil serviste izlenmesi, bu hastaların yönetimini zorlaştırmaktadır. Yine bu hastaların diğer bölümlere danışılması ihtiyacı nedeniyle acilde işlemlerinin uzaması, hastanın hangi bölüm tarafından devir alınacağına kesinleşmemesi, yer bulunamadığı için yatırılmaması ve konsültan hekimlerin hastayı sahiplenmemesi önemli zorluk nedenleridir.(20) Bu durumun çözümü olarak ortada kalan hastaları hangi bölümün devir alacağı ile ilgili yazılı kuralların geliştirilmesi, konsültasyon kurallarının yazılı hale getirilip hekimlere doktorlara yazılı olarak bildirilmesi, hastanede fiziki koşullar ve çalışan kapasitesinin düzenlenmesi ve acil hekimlerinin hizmet içi eğitim, kurs imkanları sağlanarak bilgi seviyelerinin artırılması en sık başvurulan yollardır. (20)

6.SONUÇ

Acil tıpta konsültasyonun yeri tartışılmaz derecede önemlidir. Hastayı muayene eden her doktor, hastayı daha iyi değerlendirebilmek için kendi uzmanlık ve çalışma alanından farklı dallardaki diğer doktor arkadaşlarının bilgi ve deneyimine, onların fikirlerine ihtiyaç duyabilir. Özellikle çok sayıda komplike hasta başvurusu olan acil servislerde bu paylaşımın yapılması kaçınılmazdır. Böyle düşünecek olursak konsültasyon işlemi, hekimin günlük rutini arasında yer alan başlıca işlemlerden biridir.

Günümüz şartlarında hekim, geçmiş zamanlara hem medikolegal hem de gelişen tıbbın imkanlarını kullanmak adına konsültasyona daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Geçmiş zamanlarda hekim, muayene ettiği hastanın tüm sorumluluklarını üstlenip ihtiyacını karşılayabiliyordu. Günümüzde hasta bakımı sadece hekimin sorumluluğunda olmamakla beraber bir ekip işi haline gelmiştir. Bu ekipte hekim, hemşire, eczacı, laborant, radyoloji teknisyeni yer almaktadır. Bununla birlikte hekimler kendilerinden farklı alandaki uzman hekimlere her zaman ihtiyaç duymaktadır. Konsültan hekimler de yapacakları katkılarla bu ekibin vazgeçilmez bir parçası haline gelmektedir. Ekip çalışması olmadan günümüzde hekimin hastayı en doğru şekilde değerlendirmesi ve yönetmesi olanaksız hale gelmiştir. Hastayı değerlendirebilmek adına ekip çalışmasının önemi tartışılmazdır.

Doğru tanı ve tedavide konsültasyonun yeri bu kadar önemliyken kimi zaman konsültasyon işlemi amacına uygun olarak gerçekleştirilemeyebilir. Hatta konsültasyon işlemi memnuniyetsizlikle sonuçlanabilir. Konsülte eden hekim, konsülte edilen hekim veya hasta umduğunu bulamayabilir.

Konsültasyon işleminin daha profesyonel bir hale gelebilmesi için, hem konsülte eden hekim, hem de konsülte edilen hekimin eğitilmesi gerekmektedir. Ayrıca karşılıklı iletişim becerilerinin artırılmasıyla da yaşanan problemlerin en aza indirilebilir.

7.KAYNAKLAR

1. Woods RA, Lee R, Ospina MB, Blitz S, Lari H, Bullard MJ, Rowe BH. Consultation outcomes in the emergency department: exploring rates and complexity. CJEM. 2008;10:25-31.
2. Office of Health and the Information Highway. Information Technologies serving health: consultation workshop with emergency room staff in Quebec region. Ottawa (ON): Health Canada; 1998.
3. Vosk A. Response of consultants to the emergency department: a preliminary report. Ann Emerg Med 1998;32:574-7.
4. Çukurova Z. “Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı 2014”, ISBN:978-975-590-557-0, Ankara, 2015.
5. Guertler AT, Cortazzo JM, Rice MM. Referral and consultation in emergency medicine practice. Acad Emerg Med 1994;1:565-71.
6. Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. Arch Intern Med 1983;143:1753-5.
7. Chad Kessler, MD, MHPE, FACEP, FAAEM, Bradley M. Kutka, MD and Christian Bdilto, MD. Consultation in the emergency department : a qualitative analysis and review.The journal of emergency medicine.2012;42(6):704-711
8. Karakaya Z, Gökel Y, Açıklan A, Karakaya O. Acil Tıp Anabilim Dalı’nda konsültasyon sisteminin işleyiş ve etkinliğinin değerlendirilmesi .Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2009;15(3):210-216
9. Ergin M. Acil servis kalabalığının bilimsel yöntemler ile ölçümü. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp ABD.,Ankara
10. Köse A, Köse B, Öncü MR, Tuğrul F. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. Gaziantep TIP Derg 2011;17(2):57-62
11. W.S. Kammerer, R.J. Gross. Medical consultation: role of internist on surgical, obstretic, and psychiatric services. Williams & Wilkins, Baltimore; 1983.
12. Aydın T, Aydın Ş, Köksal O ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil servise başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi;2010: 163-8
13. Holliman CJ: The art of dealing with consultants J Emerg Med 1993;5:633-640
14. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi T.C Sağlık Bakanlığı Resmi Gazete, 1960;4/12578 no lu karar

15. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye de Acil Serviste Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005;(1): 5-13
16. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Türk Tabipler Birliği 'Etik kurallar Mevzuat 1960; 6023 nolu yasa 59/g maddesi.
17. Rene SL, Rob W, Michael B, Brian RH, Brian HR. Consultations in the emergency department: a systematic review of the literature. Emerg Med J 2008;25:4-9
18. Steven Go, Daniel M Richards, William A Watson. Enhancing medical student consultation request skills in an academic emergency department. The journal of emergency medicine: 659-662, 1998.
19. Türkan H, Şener S, Tuğcu H. Acil Serviste Uygunsuz Konsültasyon Hizmeti ve Mediko-legal Yönü. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005;5(3): 138-141
20. Halil İÇ, Yusuf Y, Murat Y, Nuray AA, Zülfü E, Hüseyin C, Mükerrerem A. Acil Serviste Zor Hastaların Yönetimi. Management of Difficult Patients in the Emergency Service. Sakarya Tıp dergisi 6(1):20-26, 2016.
21. Tuğcu H. Öngürü Ö. Yorulmaz Ç. Ceylan S ve ark. Acil Servis Hizmetine Katılan Hekimlerin Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu ve Adli Tıp Sorunları Konusundaki Bilgi ve Düşünceleri. Gülhane Tıp Dergisi 45(2):175-179, 2003.
22. Genç M, Eğri M, Pehlivan E, Kırımlıoğlu V, Yılmaz S Acil servise başvuran hastaların bekleme zamanları üzerine çalışma. İnönü üniversitesi tıp fakültesi dergisi. 6(4):1999 İnönü üniversitesi, Malatya.
23. Barber Perez P, Gonzalez Lopez-Valcarcel B. Stimulation of a hospital emergency department and its potential use in management. Gaceta sanitaria. 8(44):239-247, 1994.
24. Aygencel G, Nas A, Sarıtaş H, Deryal K, Demircan A. Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisindeki İç Hastalıkları Konsültasyonlarının Genel Özellikleri . Fırat Tıp Dergisi 2012; 17(4): 219-222.
25. Hancı İH. Hekim Yasal Sorumlulukları (Tıbbi Hukuki) Egem Tıbbi Yayıncılık, İzmir 1995: 75-112
26. Malpraktis. Hancı İH, Seçkin Kitapevi, Ankara, 2002
27. Türk Tabipleri Birliği (TTB) hekimlik meslek etiği kuralları. Ocak 2002:24
28. Rosen P. Emergency department disposition and knowledge of other specialties. J Emerg Med 1986;4:325-6
29. Tintinalli Je, McCall K. Importance of emergency physicians as referral sources for academic medical centers. Ann Emerg Med 1994;23:65-9
30. Hexter DA. Working with consultants. ACEP foresight, 2002;53

31. Hasab AA, Delaney JS, Correa J, et al. Do emergency physicians overstate the severity of patients' clinic Picture when consulting other physicians? *Can J Emerg Med* 2006;9:209
32. Cortazzo JM, Guertler AT, RiceMM: Consultation and referral patterns from a teaching hospital emergency department. *Am J Emerg Med* 1993;5:456-459.
33. Stephen M. Salerno, MD, MPH; Frank P. Hurst, MD; Stephanie Halvorson, MD; Donna L. Mercado,MD Principles of Effective Consultation. An Update for the 21st-Century Consultant.
34. Aygencel G, Nas A, Sarıtaş H, Deryal K, Demircan A. Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisindeki İç Hastalıkları Konsültasyonlarının Genel Özellikleri . *Fırat Tıp Dergisi* 2012; 17(4): 219-222.
35. Weston K. Cause for concern: ensuring adequate and timely on-call physician coverage in the emergency department. Clinical Initiatives Center. Washington, DC: The Advisory Board Company, ED Watch #4,2000
36. Reid C, Moorthy C, Forshaw K. Referral patterns:an audit into referral practice among doctors in emergency medicine. *J Emerg Med* 2005;22:355-8
37. Brenner BE, Holmes TM, Simpson DD, et al. Reducing speciality consultation times in the emergency department (abstract) *Acad Emerg Med* 2004;11:463
38. Saluzzo RF, Terranova G, Verdile V. Patient throughput. In: Saluzzo RF, Mayer TA, Straus RF, et al, eds. *Emergency Department Management: Principles and Applications*. St. Louis, Mosby; 1997: 201-205
39. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Konsültasyon Yönergesi. DEÜ Basımevi, İzmir;2001
40. Vincent TS. The art of consultation. *Res Staff Phys* 1987; 33(2): 116-20
41. Bender AS. Commandments for consultants. *Res StaffPhys* 1986; 32(4): 122-3
42. Jacobson S. Use of consultants. In Schwartz GR, et al., eds. *Principles and practice of emergency medicine*. Malvern, PA: Lea and Febiger 1992: 3306
43. American College of Emergency Physicians. Relationship between emergency and attending physicians. *ACEP Policy summaries*, 1992: 52-6
44. Lee T, Goldman L. Impact of interphysician communication on the effectiveness of medical consultations. *Am J Med*. 1983;74:106-12
45. Periman L.V, Kruskall MX, Rusenzweig D.Process and outcome in medical consultations; evaluation on a pulmonary service. *Postgrad Med*. 1975;57:111-5

46. ACGME Core Competencies Outcome Project. Available at ;
www.acgme.org/outcome/project/proHome.asp. Accessed Ekim 9, 2017.
47. Cope M. The seven Cs of consulting. Third edition. London, England: Pearson Education Limited; 2000.
48. Alessandra T, O'Connor M. The platinum rule. Carlsbad CA; Grand Central Publications; 1990
49. Murphy AG , Wears RL. The medium is the message :communication and power in sign-outs. *Ann Emerg Med* 2009;54:379-80
50. Marco C, Smith CA. Conflict resolution in emergency medicine *Ann Emerg Med* 2002;40:347-9
51. Interacting with consultants and primary care physicians. In: Wald D, ed. The emergency medicine clerkship primer; a manual for medical students. Lansing MI: Clerkship Directors in Emergency Medicine; 2008:58-61
52. O'Riordan WD, Consultations. In: Henry GL. Emergency Medicine Risk Management; A Comprehensive review, Dallas Tx American College of Emergency Physicians, 267-7, 1991
53. Jülide ÇE, Ayşegül B, Ümit A, Nigar D, Adnan TÖ, Özer Ö. Bir Devlet Hastanesinde İstenen Göğüs Hastalıkları Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *J Clin Anal Med* 2015;6(4): 443-5
54. Annakkaya AN, Tozkoparan E, Deniz Ö, Özkan M, Bilgiç H, Ekiz K ve ark. Yatağında göğüs hastalıkları konsültasyonu. *Gülhane Med J* 2005;47(1):6-10
55. Arslan S, Berk S, Bulut G, Karşıkaya H, Akkurt İ, Üniversite hastanesinde istenen göğüs hastalıkları konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2010;32(2):199-204
56. Lie RK. The ethics of the physician-patient relationship. *Ethical perspectives* 1997;4:263-7
57. Hekimlik mesleği etik kuralları. Madde 19. Türk Tabipler Birliği Yayını, 01.02.1999.
58. Egnew TR, Wilson HJ. Role modelling the doctor-patient relationship in the clinical curriculum. *Family medicine* 2011;43:99-104
59. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Madde 24-30. Resmi Gazete, Tarih:19.02.1960 Sayı:10436
60. Hancı İ.H.; Malpraktis , Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. Seçkin Kitapevi. Ankara, 2002: 20-59
61. Özlem G.; Acil Servisin Hasta Profili ve Zamanın Etkin Kullanımı. *Acil Tıp Dergisi*. 2003:15-18

62. Hülya T, Harun T. 2000-2004 yılları arasında yüksek sağlık sırasında değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi* 46 (3) : 226 - 231 (2004)
63. Umut Ss, Bartu Saryal S, Türk Toraks Derneği Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu. *Toraks Derg* 2010;11
64. Şahin K, Oskay K, Cem A, Hakan G, Gülay Ö, Burak İ. Genel cerrahi konsültasyonlarının hasta tedavisini yönlendirmedeki rolü. *Turkish journal of surgery*.2013;29(1);20-24
65. Postier RG, Squires RA. Acute Abdomen. In: Townsend CM. Beauchamp RD, Evers BM, Mttox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 18th edition, Philadelphia:Saunders Elsevier, 2008: 1180-98
66. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S. Yüzüncüyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis hastalarının özellikleri. *Van Tıp Dergisi* 2008;15:107-11
67. Kellet J. Deane B. The diagnosis and co-morbidity encountered in the hospital practice of acute internal medicine. *Eur J Intern Med* 2007;18:467-73
68. Roger D. RunolfurP, Lenka B, Mine DT, Moshe V. CDIME group. Common diagnoses in internal medicine in Europe 2009;a pan- European multi-centre survey. *Eur J Intern Med* 2010;21:449-52
69. Moulin T, Sablot D, Vidry E, Belahsen F, Berger E, Lemounaud P, et al. Impact of emergency room neurologists on patient management and outcome. *Eur Neurol* 2003;50:207-14
70. Carroll C, Zajicek J. Provision of 24 hour acute neurology care by neurologists: Manpower requirements in the UK. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:406-9