



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSTE ENFEKSİYON BENZERİ HASTALIKLARIN ETKİN
YÖNETİMİ: RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Dr. Soner DÖNMEZ

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2022



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSTE ENFEKSİYON BENZERİ HASTALIKLARIN ETKİN
YÖNETİMİ: RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Dr. Soner DÖNMEZ

Danışman: Prof. Dr. Erol ARMAĞAN

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2022

İÇİNDEKİLER

Kısaltmalar.....	iii
Tablolar Listesi.....	iv
Özet.....	v
İngilizce Özet.....	vi
Giriş.....	1
Dünyada ve Türkiye’de Acil Tıbbın Gelişimi.....	3
Acil Sağlık Sistem Modelleri.....	7
Acil Hekiminin Görev ve Sorumlulukları.....	8
Özen Yükümlülüğü.....	9
Anamnez Alma Yükümlülüğü.....	9
Hastayı Aydınlatma ve Rıza Alma Yükümlülüğü.....	10
Muayene Etme Yükümlülüğü.....	10
Teşhis Yükümlülüğü.....	11
Tedavi Yükümlülüğü.....	11
Kayıt Tutma Yükümlülüğü.....	12
Sır Saklama Yükümlülüğü.....	12
Acil Serviste Hasta Yoğunluğu.....	13
Konsültasyon.....	14
Konsültasyon Modelleri.....	17
5-C Konsültasyon Modeli.....	18
PIQUED Konsültasyon Modeli.....	19
CONSULT Konsültasyon Modeli.....	20
Enfeksiyon Hastalıkları Bölümünü İlgilendiren Konsültasyonlar	21
Gereç Yöntem.....	23
Bulgular.....	24
Tartışma ve Sonuç.....	28
Kaynaklar.....	31

Ekler.....	36
Teşekkür.....	37
Özgeçmiş.....	38

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACEP	: Amerika Acil Tıp Uzmanları Derneği
AS	: Acil Servis
ATUDER	: Acil Tıp Uzmanları Derneği
EUSEM	: Avrupa Acil Tıp Birliği
IFEM	: Uluslararası Acil Tıp Federasyonu
SSSE	: Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonları
TATD	: Türkiye Acil Tıp Derneği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLULAR LİSTESİ

Tablo-1: Kronolojik sırayla ÷lkemizde acil tıp ile ilişkili köşe taşları

Tablo-2: Fransız-Alman ve Anglo Amerikan modelinin karşılaştırılması

Tablo-3: Hastaların kişisel özelliklerinin genel tanımlayıcı istatistikleri

Tablo-4: Hangi hekimin istediği ve enfeksiyon kararının dağılımı ve oransal karşılaştırması

Tablo-5: Acil hekimi ile enfeksiyon hastalıkları hekiminin enfeksiyon tanıları arası uyum analizi

Tablo-6: Enfeksiyon hekimi tarafından enfeksiyon düşün÷lmeyen hastaların son tanılarının genel dağılımı

ÖZET

Acil servisler 24 saat esasına dayalı çalışma prensibine sahip, tanısı ve tedavisi belli olmayan hastaların başvurduğu, hastanelerin en yoğun işleyen alanıdır. Gelişen teknoloji ve tıp bilgisi sayesinde ortalama yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıkların akut alevlenmesi şeklinde ortaya çıkan hastalıklara acil servislerde daha sık rastlanır hale gelmiştir. Buna ek olarak, acil hal kapsamında olmadığı halde kendisini acil olarak niteleyen insanların da acil servislere başvurması zaten mevcut olan iş yükünün artmasına ve acil hekiminin zorlanmasına sebep olmaktadır.

Artan iş yoğunluğunun çözülmesi ve acil servislerde sirkülasyonun hızlı olması için diğer branş hekimlerinin acil servisten istenen konsültasyonlara hızlıca ve çözüme ulaştıracak biçimde cevap vermesi günümüz şartlarında zorunluluk haline gelmiştir. Bu yüzden acil hekimleri ile ilgili branşlar arasında iş birliği ve ortak eğitimler düzenlenmelidir.

Çalışmamızda acil servis üzerinden, enfeksiyon hastalıklarına yapılan konsültasyonlar incelenmiştir. Acil servisten en fazla konsültasyon ön tanısı olarak yumuşak doku enfeksiyonları danışılmış ve acil servis hekimleri ile enfeksiyon hastalıkları hekimleri arasındaki enfeksiyon tanıları arası uyum anlamlı olarak değerlendirilmiştir. En yüksek uyum pankreatitte, en düşük uyum ise pnömoni ve santral sinir sistemi enfeksiyonlarında saptanmıştır.

Sonuç olarak acil servis hekimleri ile enfeksiyon hastalıkları hekimleri arası iş birliği ve eğitim faaliyetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konsültasyon, Acil Servis, Enfeksiyon Hastalıkları.

SUMMARY

Effective Management of Infectious Like Diseases in the Emergency

Department: A retrospective study

Emergency services are the most intensively functioning areas of the hospitals, which have a 24-hour working system and to where patients with unknown diagnosis and treatment apply. Due to the technological development and medical knowledge, the average life expectancy has increased and diseases that occur as acute exacerbations of chronic diseases have become more common in emergency services. In addition, the fact that the admissions of people who describe themselves as an emergency, even though they are not in the scope of emergency interventions, have been increasing the working load and causing difficulties for the emergency physicians.

Nowadays, it has become necessary for the physicians of other clinical departments to respond to the consultations requested from the emergency services quickly and in a way that provides a solution in order to solve the increasing workload and to quicken the processes in the emergency services. Therefore, cooperation and combined educations should be organized between emergency physicians and other clinical departments.

In our study, consultations made in the emergency service to the infectious diseases department were examined. Soft tissue infections were consulted as the prediagnosis of consultation from the emergency department, and the consistency between the emergency physicians and the infectious diseases department's physicians was evaluated as significant. The highest consistency was found in pancreatitis, the lowest consistency was found in pneumonia and central nervous system infections.

As a result, it is necessary to develop cooperation and educational activities between emergency physicians and infectious diseases department's physicians.

Key Words: Consultation, Emergency Medicine, Infectious Diseases

1. GİRİŞ

Acil servisler (AS), hızlı bakım gerektiren birimlerdir. Hastalıklarının tanısı konulmamış kişilere kesintisiz hizmet vermektedir. Acil olan hastaların yanı sıra acil olmadığı halde kendi durumunun acil olduğunu düşünerek başvuran hastalar da acil hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Acil tıpta hizmet veren hekimlerin esas görevi, hastaları resüsite ve stabilize etmek, genel bakıma uygun hale getirmek ya da daha ileri bakım gerektiren hastaları ayırıştırılmamış hasta havuzu içerisinde tespit edip ilk bakılarına başlamak adına tüm müdahale ve girişimleri yapmaktır (1,2).

Acil bakım sağlama, tıp tarihi kadar eski olsa da acil tıbbın bir uzmanlık olarak kabullenilmesi yaklaşık 60 yıllık bir süreçtir. İngiltere, Avustralya ve Kanada ile birlikte Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Acil Tıp uzmanlığını ilk benimseyen ülkeler arasındadırlar. Acil tıp, modern tarihi 1960'larda başlar. Ancak o yıllarda ABD'de tipik hastane AS'leri bulunmayıp, asistan, stajyer hatta patoloji gibi tüm uzmanlıkların nöbetçi olarak kullanıldıkları, hastane öncesi ve hastane içi organizasyonun bulunmadığı bir süreçten söz edilebilir. İlk olarak 1961'de MD James D. Mills tarafından yönetilen dört doktorun Alexandria, Virginia'daki bir AS personeline özel tıbbi uygulamalarını bırakmasıyla 24 saat ulaşılabilen AS oluşumunun başlangıcı yapılmış olmaktadır (3).

Ülkemizde ilk olarak acil tıp uzmanlığı 30 Nisan 1993 tarihli resmi gazetede yayınlanarak o dönemde "İlk ve Acil Yardım" adı ile tıpta uzmanlık tüzüğüne eklenmiştir. Yine aynı sene, ilk olarak Dokuz Eylül Üniversitesi'nde Dr. John Fowler'in çabalarıyla, daha sonra da yine aynı yıl Fırat Üniversitesi'nde Acil Tıp Anabilim Dalları kurulmuştur. İlk olarak Nisan 1994 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi'nde Acil Tıp asistanları eğitimlerine başlamışlardır (4).

Ülkemizde yıllık AS başvurusu nüfusa göre çok fazladır (5). Bu sebepten dolayı AS'lerde kalabalık önüne geçilmez bir hal almıştır. Artan hasta sayısı, çok sayıda komplike hasta başvurusu, hasta ve yakınlarının Acil tıp hekiminden beklentisi, zaten doğası gereği sık konsültasyon isteme ihtiyacı

duyulduğu bilinen AS'lerin konsültasyon sayılarındaki artışı da beraberinde getirmiştir. Bu durumda acil hekimlerinin üzerine düşen görev konsültasyon süreçlerini iyi yönetmektir. Bunun için de bir acil hekiminin konsültasyon süreçlerinde tavsiye niteliği taşıyan kılavuzlara hâkim olması, iletişim becerilerinin iyi olması, problemlerin altındaki sebebin nasıl ortaya çıktığını anlaması ve bu problemlere çözüm getirmesi gerektiği bildirilmiştir. Konsültasyon süreci etkin ve hızlı işlediği takdirde aynı oranda hastaların tanı ve tedavisine olumlu yönde katkı sağlayacağı düşünülmektedir (6).

Literatürde yer alan çalışmalarda AS hekimleri tarafından dermatoloji, göğüs hastalıkları, genel cerrahi ve psikiyatri bölümlerinden konsültasyon istenilen hasta grupları ve demografik verileri incelenmiş olup enfeksiyon hastalıkları bölümünden istenilen konsültasyonlar ve tanı sıklıklarına göre dağılımı ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır (7-10).

Enfeksiyon hastalıkları tarafından konsültasyon istenen hastalar AS'lerde son derece önemli bir yer tutmaktadır. Ülkemizde bir eğitim araştırma hastanesinde yapılan ve 6 aylık dönemi kapsayan bir çalışmada; AS'den istenen tüm konsültasyonların %5,1 oranında enfeksiyon hastalıkları bölümünden istenildiği görülmüştür. Sıralamada ise alt solunum yolu enfeksiyonları ve ateş etyolojisi için istenilenlerin en üst sırada olduğu görülmüştür (11).

Çalışmamızda AS'den, Acil tıp hekimi ve diğer branş hekimleri tarafından, enfeksiyon hastalıkları bölümünden istenen konsültasyonlar incelenmiştir. Amacımız AS'e başvuran hastalar içerisinde enfeksiyon hastalıklarına yapılan konsültasyonları ve tanı sıklıklarına göre dağılımlarını saptamak, AS doktorlarının ön tanıları ve enfeksiyon hastalıkları doktorları tarafından uygun görülen son tanı arasındaki uyumluluğu ortaya koymak ve bu sayede AS doktorlarının enfeksiyon hastalıkları hakkındaki bilgilerinin yeterlilik düzeyini saptamaktır.

1.1. Dünyada ve Türkiye’de Acil Tıbbın Gelişimi

Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu genelgesinde belirtildiği şekliyle acil hal; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren haller ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu amaçla sağlanan sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmeti olarak kabul edilmektedir (12). Acil tıp öncelikle AS’lerdeki hizmetlerle ilgilenmekle beraber aynı zamanda hastane öncesi sağlık hizmetleri ve afet tıbbı ile de ilgilenir. Acil tıbbın gelişimi ile acil sağlık sorunlarının çözümü için hem hastane öncesi hem de hastanelerde sunulan hizmetin kalitesinin artırılması böylece ölüm ve sakatlıkların önlenmesi ve sonuçta toplum sağlığının yükseltilmesi hedef alınmıştır (13).

Acil tıp ilk olarak ABD’de ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanımlanarak dünyaya yayılmıştır. 1966’da Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi’nin yayınladığı “Kazalarda Ölüm ve Sakatlıklar: Modern Toplumun İhmal Edilmiş Hastalığı” yazısında, Vietnam’da yaralanan bir askerin New York’da vurulan bir sivilden daha çok yaşama şansının olduğundan bahsedilmiştir. Bu yazıyla beraber Acil Tıp hizmetleri yeniden ele alınmış ve 1970 yılında ilk Acil Tıp Anabilim Dalı Cincinatti Üniversitesi’nde kurulmuştur (14).

Avrupa’ya baktığımızda ise, 1990’da Kaza Cerrahları Derneği’nin (Daha sonra İngiliz Kaza ve Acil Tıp Derneği olacak) yıllık bilimsel toplantısını Manchester’da yapmasından 4 yıl sonra Avrupa Acil Tıp Derneği’nin kuruluşu gerçekleşmiştir. Takiben, acil tıbbın sadece Birleşik Krallık ve İrlanda’da birincil uzmanlık alanı olarak kabul edildiği görülmektedir (15).

Avrupa kıtasının çok ulusluluğu ve yüzyıllar boyunca pek çok çatışmaya yol açan kültür, din ve coğrafya çeşitliliği, standartlaştırılmış bir acil tıp uzmanlığının gelişimini engellemekte ve kıta içerisinde bile ülkeler arasında çok farklı uygulamalara neden olmaktadır. Avrupa kıtasında acil tıbbı ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul etmeyen ülkeler bulunmakla beraber acil tıbbı ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul eden ülkeler arasında da uzmanlık eğitiminde

tam bir standardizasyon yakalanamamış olup 1,5 yıl ile 6 yıl arasında değişen farklı uzmanlık eğitimi süreleri mevcuttur. Buna rağmen hâlâ günümüzde Avrupa'da AS uygulamalarında ve eğitimde standardizasyon çalışmaları devam etmektedir (16).

AS'lerin günümüz acil tıbbına uygun olarak başarılı hizmet verebilmesi için Acil tıp alanında eğitim görmüş personelin hizmet vermesi gerekmektedir. Ülkemizde ise; genel sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemeler yakın tarihe kadar yetersiz olup 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile sağlık hizmetlerinin ülkenin her tarafında tüm vatandaşlara hizmet edebilmesi anlayışı ve uygulaması getirilmiştir (17). 1982 Anayasasınının 41. ve 56. maddeleri ile "Sağlık yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmayışı değil, beden, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir" şeklinde tanım benimsenmiş ve sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitlik sağlanarak bu hizmet devlet güvencesi altına alınmıştır (18).

Ülkemizde ilk kez Sağlık Bakanlığı tarafından 1985 yılında bazı ana yollar ve turistik bölgelerde bir merkeze bağlı olmadan araç telefonu ile ulaşılabilen gezici ambulans ekipleri bir süre denenmiş ve bu organizasyon daha çok trafik kazaları için kullanılmıştır. 1986 yılında da "077 Hızır AS" olarak Ankara, İstanbul ve İzmir Büyükşehir Belediyelerinin ambulans, teknik alt yapı, şoför ve maddi destek vermesi, Sağlık Bakanlığı'nın hekim ve tıbbi malzeme desteği ile daha çok doktorlu hasta taşımacılığına benzer bir sistem ülkemizde kullanılmış ve şimdiki Acil Sağlık Hizmetlerinin temelleri atılmıştır (18).

Acil tıp kliniklerinin tarihine bakacak olursak; ilk olarak Acil Tıp Uzmanlığı, 30 Nisan 1993 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak o dönemde "İlk ve Acil Yardım" adı ile Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'ne eklenmiştir. Yine aynı sene, ilk olarak Dokuz Eylül Üniversitesi'nde Dr. John Fowler'in çabalarıyla, daha sonra da yine aynı yıl Fırat Üniversitesinde Acil Tıp Anabilim dalları kurulmuştur. İlk olarak Nisan 1994 yılında Dokuz Eylül Üniversitesinde Acil Tıp asistanları eğitimlerine başlamış olup günümüzde binlerce acil tıp uzmanı hekim yurdun her köşesinde hizmet vermektedir (4). Ülkemizde acil tıbbın gelişiminin kronolojik sırası Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo-1: Kronolojik sırayla ülkemizde acil tıp ile ilişkili köşe taşları (4)

1986'da "077 Hızır Acil Servis" adıyla ilk ambulans servisi kuruldu.
1988'de İU- Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 'Hekimlikte Acil Vakalar' Anabilim dalı girişimi oldu.
1989 John R. Fowler, Türkiye'de DEU'de çalışmaya başladı.
1991-1992'de Hızır Acil "112" adını alarak hizmete devam etti.
1993'te Bakanlar Kurulu acil tıp uzmanlık eğitimini onayladı.
1994'te Paramedik eğitimi başladı.
1994'te Acil tıp uzmanlık eğitiminin başladı.
1995'te Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD) kuruldu.
1997'de ilk Acil Tıp Sempozyumu düzenlendi.
1997'de Türk Tabipleri Birliği – Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) Acil Tıp Uzmanlığını üye olarak kabul etti.
1998'de ilk Acil Tıp asistan karnesi hazırlandı.
1998'de İlk Acil Tıp uzmanları belge aldı.
1999'da Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER) kuruldu.
2001'de Türkiye'de uluslararası ilk Afet ve Acil Tıp Kongresi (WADEM, İstanbul) yapıldı.
2001'de Judith Tintinalli Türkiye'de ziyaretlerde bulundu.
2002'de Acil Tıp Uzmanlık eğitimi ve acil servis standartları ilk kez yayımlandı.
2003'te Acil tıpta ilk doçentler belge aldı.
2004'te Acil Tıp Yeterlik Kurulu 1. Genel Kurulu yapıldı.
2004'te 112 ambulanslarına ve Acil Servislere paramedik atamaları yapıldı.
2005'te ABD'de yapılmakta olan "Acil Travma Bakım Kursu" ülkemizde de yapıldı.
2006'da Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde acil tıp uzmanlık eğitimi başladı.
2007'de İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde önemli pozisyonlarda acil tıp uzmanları çalışmaya başladı.
2008'de ilk orijinal Acil Tıp bilimsel kitapları yayınlanmaya başlandı.
2009'da Acil tıpta ilk profesör atamaları yapıldı.
2015'te doçentlik sınav jürileri tamamen acil tıp uzmanlarından oluşmaya başladı.
2016'da Acil tıp uzmanları Sağlık Bakanlığı'nda önemli pozisyonlarda çalışmaya başladı.
2018'de ilk Acil Tıp Yeterlik Sınavı yapıldı.
2019'da ilk kez EUSEM, TATD ve ATUDER'in ortak Afet ve Acil Tıp Kongresi yapıldı.

AS'lerde başvurularda ülkeler arasında, kullanılan Acil Tıp modeline göre farklılıklar olmakla birlikte ülkemizde hali hazırda bir kısıtlama veya sevk zinciri bulunmamaktadır. Ayrıca Ülkemizde AS'e başvuran vatandaşların ödeme gücüne veya sağlık güvencesine bakılmaksızın AS'e kabulü mevcut tebliğlerle güvence altına alınmıştır ve her yurttaş bu hizmetten eşit şekilde yararlanabilmektedir (12).

AS'ler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I. II. ve III. seviye olarak ayrılmaktadır (12).

Seviye 1 AS'ler: AS hizmetlerinin nöbetçi uzman tabibin denetim ve gözetiminde, ağırlıklı olarak pratisyen tabiplerce 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak yürütüldüğü, ilgili branşlarda uzman tabip hizmeti gerektiren hastaların bu ihtiyaçlarının icap nöbeti (evde nöbet) yöntemi ile karşılandığı, üst düzey bakım gerektiren hastaların stabilizasyonu sağlandıktan sonra ileri seviyeli AS'lerin bulunduğu sağlık tesislerine sevk edildiği, daha çok ayakta stabil hastaların muayene, tetkik ve tedavilerinin yapılabildiği, gerektiğinde kısa süreli müşahedenin sağlanabildiği AS'lerdir (12).

Seviye 2 AS'ler: Acil hastaların pratisyen tabiplerce karşılandığı, dahili veya cerrahi branşlardan en az birer uzmanın sorumluluğunda, 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmetinin verilebildiği, diğer branş uzmanlarının ise ihtiyaca göre icap (evde nöbet) yöntemi ile acil sağlık hizmeti sunduğu AS'lerdir (12).

Seviye 3 AS'ler: Bünyesinde Dahiliye, Genel Cerrahi, Kadın hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji ile Beyin Cerrahi, Kardiyoloji, Nöroloji, Anestezi ve Reanimasyon branşlarında ve bu branşlara ilave olarak hasta yoğunluğuna göre gerektiğinde diğer branşlarda da 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmeti verilebilen AS'lerdir (12).

1.2. Acil Sağlık Sistem Modelleri

Uluslararası Acil Tıp Federasyonu (İFEM), acil tıbbı, “*epizodik farklılaşmamış fiziksel ve davranışsal bozukluların tam spektrum olan tüm yaş gruplarındaki hastaları etkileyen hastalık ve yaralanmaların akut ve acil durumlarının önlenmesi, teşhisi ve yönetimi için gerekli bilgi ve becerilere dayalı bir uygulama alanıdır; ayrıca hastane öncesi ve hastane dışı acil tıbbi sistemlerin gelişiminin ve bu gelişme için gerekli becerileri anlaşılmasını da kapsar*” diye tanımlamaktadır (19)

Avrupa Acil Tıp Birliği (EUSEM), acil tıbbı, “*hastalık ve yaralanmaların acil ve acil durumlarının önlenmesi, teşhisi ve yönetimi için gerekli bilgi ve beceriler kullanılarak oluşturulmuş, farklılaşmamış fiziksel ve davranışsal bozuklukların tam spektrumu olan tüm yaş gruplarındaki hastaları etkileyen birincil bir uzmanlık alanıdır*” diye tanımlamaktadır (20).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ya göre, acil tıbbi hizmetler sistemleri, herhangi bir halk sağlığı bakım sisteminin ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır (21).

Tarihsel gelişimsel süreç içerisinde, dünyada farklı acil sistemleri gelişim göstermiştir. Birincisi, tam donanımlı AS'lere sahip olan ve hastanın en hızlı şekilde bu AS'lere ulaştırılmasını amaçlayan ve sağlık görevlilerini kullanan bir hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunan Anglo-Amerikan sistemidir. İkincisi, oldukça gelişmiş bir hastane öncesi acil hekim hizmetine sahip, ileri teknoloji ekipmanları sahaya taşıyan ancak yalnızca hastane temelli acil tıbbın temel bir organizasyonuna sahip, Fransız-Alman sistemi olarak adlandırılan sistemdir. Tablo 2'de her iki sistem karşılaştırmalı olarak verilmiştir (22,23).

Tablo-2: Fransız-Alman ve Anglo Amerikan modelinin karşılaştırılması (23)

MODEL	FRANSIZ ALMAN MODELİ	ANGLO-AMERİKAN MODELİ
Hasta bakımı	Sahada ileri tedavi Hastaneye az transport	Sahada en az tedavi Hastaneye daha fazla transport
Bakımı sağlayan	Paramedikle desteklenmiş doktorlar	Paramedikler
Ana Amaç	Hastaya hastane getirilir	Hasta hastaneye götürülür
Transport yeri	Acil Servis by-pass edilerek doğrudan ilgili servislere	Doğrudan acil servise
Kapsamı	Kamu sağlığı organizasyonu	Kamunun güvenliği organizasyonu

Bu iki sistem arasındaki farkı anlatan en bilindik olay, Galler Prensesi Lady Diana'nın hayatını kaybettiği trafik kazasıdır. Fransız-Alman sistemine göre müdahale edilen kazada, olay yerinde 2 saat süresince müdahale devam etmiş ve imkanlar ve ekipman hastane öncesinde olay yerine taşınmıştır (24).

Ülkemizde, özellikle hastane öncesi bakımda, Fransız-Alman ve Anglo-Amerikan modellerinin bir karma modeli uygulanmaktadır. 112 ambulanslarında hem paramedikler hem de hekimlerin kullanıldığı karma bir model mevcuttur. Hekimli ambulansların sayısı az olması nedeniyle daha özellikli vakalara yönlendirilmekte olup paramedikli ambulansların sayısı daha fazladır (23).

1.3. Acil Hekiminin Görev ve Sorumlulukları

Acil hekiminin, acilin olağan kalabalığı ve mevcut müdahale ettiği hastanın tüm aciliyetine rağmen kısa sürede hasta ile alakalı olabildiğince çok bilgiye ulaşması ve günümüz modern tıbbının gerektirdiği müdahaleleri yapması gerekmektedir. Bu süreçlerin karmaşası içerisinde, acil hekimi aynı zamanda hukuki ve cezai sorumluluklarını bilmeli ve buna göre hareket

etmelidir. Türk hukuk sisteminde, acil hekimliği ile diğer tıp branşları arasında ayırım yapılmamış olup, tüm hekim ve diğer hekimlerine ortak yükümlölükler verilmiştir (25).

Hekimin vekalet sözleşmesi ve hekimlik mesleğinin gerekliliğinden dolayı bir takım görev ve sorumluluğu vardır (26).

1.3.1. Özen Yükümlölüğü

Özen yükümlölüğü, bir hekimin başta gelen vazifesi olup, bütün yükümlölüklerin temelini oluşturmaktadır. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 2. maddesinde "*Tabip ve diğer tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve diğer tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, din ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevki ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir*" ifadesi yer almaktadır (25).

1.3.2. Anamnez Alma Yükümlölüğü

Hasta olarak başvuran kişinin tanısını doğru koyabilmek ve tedavisini doğru bir şekilde yapabilmek için tam bir geçmişinin elde edilmesi, yani anamnezinin alınması gerekmektedir. Anamnez almaya dikkat edilmemesi, eksik veya yanlış anamnez alınması, etkili olmayan anamnez tekniğinin kullanılması tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilmektedir. Hekimin, hasta ile anamnezi hakkında konuşmaması, bunun sonucu olarak tanıya yönelik imkanları kullanmaması ve haliyle tedaviye başlamaması veya olması gereken zamandan geç başlaması halinde, hekim bu ihmalinden ötürü tazminat ödemekle yükümlü olmaktadır (27).

AS işleyişi içerisinde bazen hastanın hayati tehlikesine istinaden ilk önce öykü almadan hastanın o anki hayati durumuna müdahale edilmek zorunda kalılabilmektedir. Ancak bu hallerde bile, hastanın ilk durumuna müdahale edildikten sonra, hasta, hasta yakını veya hasta 112 ekipleri ile getirilmiş ise getiren ekipten olabildiği kadar çok hasta hakkında bilgi almak gerekmektedir (28).

1.3.3. Hastayı Aydınlatma ve Rıza Alma Yükümlülüğü

Anayasanın 17. maddesinde; “*Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz*” denilmektedir (29). 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 70. maddesinde “*Tabipler ve diğ tabipleri yapacakları her nevi ameliye için hastanın muvafakatını alırlar*” hükmü yer alır (30). Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 7. maddesine göre “*Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir*” ve 18. maddesine göre ise “*Hasta tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasının zorunlu olduğu durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir*” denilmektedir (31). Esas olan, hekimin aydınlatmayı bizzat kendisinin yapmasıdır. Aydınlatma sözel de olabilir ancak aydınlatma yapıldığına dair hekimin ispat yükümlülüğü bulunduğundan matbu formların kullanılması uygundur. Formlar ne ölçüde kişiye özel düzenlenirse ispat kuvveti de o kadar fazla olur (32).

1.3.4. Muayene Etme Yükümlülüğü

Öykü alımından sonra hastaya fizik muayene yapılır ve inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon şeklinde metotlar vardır. Fizik muayene genel muayene ile başlar, cilt, baş-boyun, kalp, akciğer, abdomen, kalp iskelet sistemi ve nörolojik sistem muayenesi ile sistematik bir şekilde devam edilir. Burada önemli olan her bir organ ve sistemin muayenesinin 10-15 dakika gibi optimal bir sürede muayenenin tamamlanmasıdır (33). AS hekimi de ayrıntılı olarak muayene yapma yükümlülüğüne sahip olmakla beraber zaruri hallerde ayrıntılı muayene, temel müdahalelerden sonra yapılabilmektedir. Örnek vermek gerekirse; bir multitravmalı hastada öncelikle havayolu güvenliği sağlandıktan sonra muayene basamaklarına geçilebilmektedir. Burada esas olan, hastanın hayati durumuna hızlı müdahale etmektir.

1.3.5. Teşhis Yükümlülüğü

Teşhis, bir hastalığın tanınması demektir. Acil durumlarda teşhis için gerekli sürenin oldukça sınırlı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Mahkemelerde yerleşmiş içtihadı göre, teşhisin yanlış ya da eksik konulması uygulama hatasıdır (27). Hekim, her durumda kesin teşhis koyamayabilir fakat bu durumda geçerli sebebinin olması gerekir. Hekimin geçerli sebebi olmadan hastalık ile ilgili teşhiste bulunmaması ya da yanlış teşhiste bulunması durumunda tedavi sürecinde hasta zarar görecektir olursa hekimin sorumluluğu gündeme gelmektedir (34). Teşhis konmakta zorlanılıyorsa bu aşamada gerekli konsültasyonlar yerinde ve zamanında istenmelidir (35).

1.3.6. Tedavi Yükümlülüğü

Türk Deontoloji Nizamnamesi 14. maddesinde; *“Tabip ve dış tabibi, hastanın vaziyetinin icap ettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.”* denilerek bu yükümlülükler açıkça ortaya konulmuştur. Yine Türk Deontoloji Nizamnamesi 13. maddesinde; *“Tabip ve dış tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez. Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır. Tabip ve dış tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamaz”* ibareleriyle bu yükümlülüğün esasları belirtilmiştir (25).

Hukuk düzeni, hastanın açık talebine rağmen tedavi hakkı öngörmediğinden, hekim, hasta istemediği takdirde, tedavi veya müdahaleden vazgeçmelidir. Burada belirleyici olan tıbbi zorunluluktan ziyade hastanın kendi iradesidir. Bu itibarla, hekim hastanın şuuru açık olduğu müddetçe, talebine uymak ve istemediği sürece tıbbi müdahalede bulunmamak zorundadır. Hasta müdahaleye rıza göstermediği takdirde de taburcu edilir (27).

1.3.7. Kayıt Tutma Yükümlülüğü

Yazılmamışsa yapılmamıştır kaidesi hekimlik icrası aşamalarında genel kabul gören bir öğretilerdir. Hukuki çerçevede de gerek öğretilerde gerekse uygulamada hemfikir olunan durum hekimin kayıt tutma yükümlülüğünün olduğudur (26).

Kayıtların tutulması ve saklanması hekimin yükümlülüğündedir. Kayıtlar gerektiği gibi düzenlenip saklanmadığı takdirde hukuki olarak sorumluluğun ihmali oluşmaktadır. Bu tür hukuki sorunlarla karşılaşmamak için hekim kayıtları ayrıntılı biçimde, tarihlerini belirterek günlük olarak tutmalı ve istenen konsültasyonlarda, konsültan hekimin notlarının ve imzasının bulunması gerektiğini unutmamalıdır. Problem çıkması durumunda kayıtlar üzerinde ekleme veya çıkarma yapılmamalıdır (35). Kayıtlarda sonradan yapılan değişiklikler Türk Ceza Kanunu'nun 204. maddesine göre "sahtecilik" olarak tanımlanır (36). Yüksek Sağlık Şurası'nın bir kararında hekimin kayıt tutma konusunda "...zararlı neticeye etki etmemekle beraber, kayıtların tutulmaması mevzuata aykırı olduğundan soruşturma açılmasının uygun olacağına..." yer almakta ve kayıt tutmanın ne kadar önemli olduğuna dikkat çekilmektedir (37).

1.3.8. Sır Saklama Yükümlülüğü

Hekim açısından sır kelimesinin anlamından anlaşılması gereken, sadece belirli ve sınırlı kişi grubu tarafından bilinen ve bunun açıklanmasında hasta bakımından anlaşılabilir ve sebebi ortaya konabilir bir yarar bulunan durumdur (27). Hekim, sır niteliği taşıyabilecek hiçbir bilgiyi kanun izin verdiği haller dışında açıklamamalıdır (35-38).

Bazı durumlarda sır saklama yükümlülüğünün kalktığı haller mevcuttur. Bunlar; hastanın rızası olması, bir suçla karşılaşan hekimin bildirimde bulunması, yetkili merciin emri olması, bulaşıcı hastalıkların bildirimini yapılması, acil durumlarda hastalara ait gizli bilgilerin kullanım durumu, hastanın teşhis ve tedavisine birden fazla hekimin katılmasının gerektiği haller veya teşhis ve tedavinin durumuna göre hasta ile farklı uzmanlık alanındaki meslek mensuplarının ilgilenmesinin gerekli olduğu durumlar, hekimin daha üstün çıkarının söz konusu olduğu haller; örneğin hekime karşı dava açan

hasta hakkındaki bilgilerin hekimce açıklanması gibi durumlardır (25,27,30,35-38). Yapılan bir çalışmada, üçüncü bir kişinin üstün çıkarı söz konusu olması halinde, sır saklama yükümlülüğünün göz ardı edilebileceğinin bildirildiğine dair yayın rapor edilmiş ve örnek olarak HIV ile enfekte olan kişinin eşine bilgi verilmesinde durumun böyle olduğu bildirilmiştir (38).

1.4. Acil Serviste Hasta Yoğunluğu

Son yıllarda, artan nüfus ve göçler ile özellikle büyük hastanelerin AS'lerinde hasta yoğunluğunda artış gözlenmekte ve bu durum sağlık hizmeti sunumunda problemlere yol açmaktadır. Hastalar AS'de daha uzun beklemek zorunda kalmakta, gerçek acil vakaların tedavilerinde gecikmelere yol açmakta, verilen hizmetin kalitesinin düşmesine ve hasta memnuniyetinde azalmaya sebep olmaktadır. AS'lere gereksiz başvuru maliyet artışlarına da sebep olmaktadır (39-42). Amerikan Acil Tıp Uzmanları Birliği'nin (ACEP) 2008'de yayınladığı rapora göre yoğunluğun tanımı en basit şekliyle, acil tedavi gerektiren başka bir hastanın müdahalesi için gerekli yer ve zaman diğer hastalar nedeniyle temin edilemiyorsa yoğunluk mevcuttur şeklindedir (43).

Şehir merkezlerinden veya uzak bölgelerden hastanelere ulaşım günümüzde daha kolay olması sebebiyle AS başvurularında artış görülmektedir. Acil olmayan hastaların AS'lerde daha çabuk muayene edildiklerini ve fazla zaman kaybetmediklerini düşünerek poliklinik yerine AS'de muayene olmayı tercih etmeleri de AS başvurularındaki artışın bir başka sebebidir (44).

ACEP'in 2008'de yayınladığı raporda, acil başvurularının arasında ağır hasta grubunun popülasyonunda artış olduğu görülmektedir. Tıp bilimindeki ve teknoloji alanındaki gelişmeler, yaşam kalitesindeki artış, daha etkili ilaçlar ve tedavi yöntemlerinin bulunması gibi nedenlerle ortalama insan ömrü uzamış ve yaşlı toplumlar oluşmaya başlamıştır (43). AS'e başvuru yakınmaları çok farklılaşmış gereksiz hastaların yanında komplike hastaların başvuruları da

artmıştır. Bu nedenle AS hastalarının önemli bir kısmında tanı ve tedavide farklı birimler arası iletişim yani konsültasyon ihtiyacı doğmuştur (45-47).

1.5. Konsültasyon

Türk Dil Kurumu kılavuzuna göre konsültasyon; bir hastalığa tanı koymak veya hastalığı tedavi etmek amacıyla birden fazla hekimin görüş alışverişinde bulunması olarak tanımlanmaktadır. Bilimsel bilginin gelişmesine paralel olarak günümüzde uzmanlık alanlarının sayısı ve yan dallar giderek artmaktadır. Komplike hastaların da artışıyla beraber bir hastaya bütüncül yaklaşım için birden fazla branş hekiminin birlikte çalışması gerekliliği kaçınılmaz olmuştur. İsbetli tanı ve tedavi amacıyla her hekim kendi alanı dışında görüş alma ihtiyacı ve teknik desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Hekimin hasta merkezde olmak üzere, farklı branş hekimlerinden bilimsel veya teknik açıdan aldığı danışmanlık ya da yardım, konsültasyon olarak adlandırılmaktadır (48).

Konsültasyonun tarihine baktığımızda eski çağlarda bile yapıldığı ve Mezopotamya, Eski Mısır hekimlerinin sık sık komşu ülkelere çağırıldıkları bilinmektedir (49). Konsültasyonun tarihine baktığımızda eski çağlarda bile yapıldığı ve Mezopotamya, Eski Mısır hekimlerinin sık sık komşu ülkelere çağırıldıkları bilinmektedir. 8. Yüzyılda İslam aleminin tıp ekolü olan Cundişapur Ekolü'nün başları olan Bahtışu ailesinden gerekli durumlarda konsültasyon istendiği bilinmektedir (50). Büyük Selçuklu İmparatorluğu döneminde de tıbbi konsültasyon uygulamaları mevcuttur. Örneğin Sultan Melikşah'ın torunu Mesut hastalandığında saray hekimlerinin isteği üzerine Hekim Ebul Berekat konsültasyona davet edilmiştir. Yine Selçuklu devletinin başhekimisi olan Ekmeleddin Müeyyed Al-Nahcivani de ölüm sürecinde Mevlana'nın yanında bulunmuş ve diğer hekimlere konsültasyon yapmıştır (49). Görüldüğü üzere, konsültasyon çok eski çağlardan günümüze kadar hekimler tarafından sık başvurulan bir uygulamadır.

Hastanın primer muayene olduğu hekim tarafından istenen konsültasyon davetine cevap veren, kendi alanında bilimsel ve teknik olarak

yeterliliğe sahip olan hekimlere konsültan hekim denir. Bazı hastaların birden fazla konsültan hekime ihtiyacı olabilir (25). Konsültan hekim, primer hekimden gelen çağrıyı mümkün olan en kısa sürede yerine getirip hasta ile ilgili tavsiye ve önerilerini yapmalı, konsültasyon tamamlandıktan sonra da hastayı ve hasta ile ilgili gelişmeleri takip etmelidir (51).

AS hastalarında hekimler daha fazla etik ve adli sorunlarla karşılaştığı için AS'lerde hizmet veren hekimlerin sorumluluk ve görevleri diğer servistekilere göre daha önemlidir (52).

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” (53).

AS’de çalışan hekim, tanı, stabilizasyon veya tedavide yeterli bilgi, beceri veya deneyime sahip değil ya da aldığı eğitimi aşan herhangi bir girişim yapması gerekiyorsa, hasta için uygun gördüğü branştan konsültasyon ister. Konsültan hekim de tanı ve tedaviyle ilgili önerilerde bulunur veya uygun girişimsel işlemi yapar ya da yatış, sevk veya taburculuk kararını bildirir (45-47,52,54).

AS’den en çok konsültasyon isteme nedenleri şunlardır (47);

- En sık olarak yatış endikasyonu olan hastayı ilgili kliniklere yatırmak için,

- Hastaların tanı ve tedavisinde yardım veya öneri almak için,

- Spesifik bir tedavi veya girişim gerektiren hastalarda bu tedavi veya işlemin yapılabilmesi için (santral kateter takılması, tüp torakostomi uygulaması vb.),

- Bazı hastaların AS’den taburcu edilme kararının onaylanması (taburcu etme sorumluluğunun paylaşılması) için,

- Tedavi sonrası taburcu edilecek ancak yakın poliklinik izlemi gereken hastalarda gerekli planlamanın yapılması ve tedavinin düzenlenmesi için.

AS’de muayene edilen hastaların bakımını ve sonuçlandırılmasını geliştirmek için etkili konsültasyon gerekmektedir. Konsülte eden ve konsülte edilen hekimin konsültasyon sürecini iyileştirme konusunda eğitilmesi konsülte eden hekim tarafından zor konsültasyon olarak adlandırılan durumların azalması ile sonuçlanacaktır (45).

Acil hekiminin konsültasyon istemesinde ya da hastaların konsültan hekim tarafından değerlendirilmesinde gecikme yaşandığı takdirde AS işleyişi açısından önemli bir problem yaratmaktadır. Bu gecikmeler yüzünden hasta sonuçlanması yavaşlamakta, sirkülasyon olmamakta ve AS içerisinde gereksiz kalabalığa neden olmaktadır. Kanada’da yapılan bir çalışma

sonucunda konsültasyon zaman çerçevesi oluşturulması ile konsültasyon yanıtı ve tedavi gecikmesinin önlenmesi için (55).

AS'lerde gerçekleştirilen her işlemin hızlıca yapılması gerekmektedir. Konsültasyon hedefe yönelik yapılmalı, ilk aşamada hastada görülen probleme uygun birime yönlendirilmelidir. Konsültasyon sonucuna göre hasta ilgili bölüme sevk edilmeli ve gerekirse yatışı yapılmalıdır. Aksi halde konsültasyonda yaşanan aksamaların ve tetkiklerin gecikmesi sistemin işleyişini bozar ve AS'de kalabalığa neden olur (56,57).

Türkiye'de gerçekleştirilen istatistiksel çalışmalar sonucunda acillerde konsültasyon isteme oranı %20-40 arasında saptanmıştır. En çok konsültasyon istenen bölümler sırasıyla kardiyoloji, iç hastalıkları ve ortopedi olarak kaydedilmiştir (58).

Goldman ve arkadaşları etkin konsültasyonun altın kurallarını şu şekilde özetlemiştir: Konsültan hekim kendisine yöneltilen soruya odaklanmalı, konsültasyonun aciliyetini çok acil - acil değil - 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 (59).

1.5.1. Konsültasyon Modelleri

Konsültasyon üzerine yapılan bir çalışma sonucunda, AS hastaları için istenen konsültasyonlardaki hataların %70'inin iletişime bağlı hatalardan kaynaklandığı bulunmuş ve bu sebepten standardize edilmiş konsültasyon modellerine ihtiyaç olduğu savunulmuştur (60). Bir başka çalışmada işe başarısız, yetersiz veya hatalı konsültasyon görüşmeleri sonucunda hastaların tedavilerinde gecikmelerin ve tıbbi uygulama hataları olduğunun görülmesi konsültasyon modellerinin oluşturulması ve konsültasyonları standardize etme ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. İletişime bağlı hataların temelinde standardizasyon eksikliği ve etkili iletişim kurulamamasına bağlı problemler standardize protokoller ve eğitimler ile önlenemez sorunlar arasında yer almaktadır (61,62).

Konsültasyonun kalitesini arttırmak, hataları azaltmak amaçlı standardizasyon sağlanmasına ilişkin çeşitli konsültasyon modelleri geliştirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde son yıllarda bu konuya önem verilmiş ve bu konudaki çalışmalar artmıştır. En sık kullanılan konsültasyon modelleri; 5-C modeli, PİQUED modeli, kombine model ve CONSULT modelleridir (63,67)

1.5.1.1. 5-C Konsültasyon Modeli

Yapılan bir çalışmada, AS'den yapılan konsültasyon görüşmelerinde standardizasyon sağlamak amacıyla geliştirilen 5-C konsültasyon modeli, iş dünyasında profesyonel iletişim sistematiğini sağlama amaçlı geliştirilen "7-Cs of COUNSULTING" isimli modelden uyarlanmıştır. İş dünyasında kullanılan 7-C modeli kısaca; client (müşteri), clarify (açıklama), create (oluşturmak), change (değiştirmek), confirm (onaylamak), continue (devam etmek), close (kapanış) baş harflerinden oluşmaktadır (63). Sağlık sisteminde kullanılan 5-C modeli ise sırasıyla; contact (temas), communicate (iletişim), corequestion (iş odağı, ana sorun) collaborate (iş birliği) closing the loop (iş bitirme) kelimelerinin baş harflerinden oluşmaktadır (63). Bu model AS'lerde en sık kullanılan en kullanışlı model olarak tasarlanmıştır (64,68).

Contact (irtibat, temas); iki hekimin ilk temas kurduğu andır. Bu aşamada konuşmaya genel geçer nezaket cümleleri ile başlanması ve arayan hekimin kendini tanıması uygun olacaktır. Devamında aranan konsültan hekimi ismi ve aranan ilgili branşın hekimi olup olmadığı teyit edilmelidir.

Communicate (iletişim); hastanın öyküsü ve o ana kadar yapılanlar kısa ve net bir şekilde konsültan hekime aktarıldıktan sonra odaklanmış sorunların konsültana nazik bir biçimde aktarılmasıdır.

Corequestion (Odak, ana soru); hastanın öyküsü ile ilgili detaylar aktarıldıktan sonra hangi amaçla arandığının açık ve net bir biçimde belirtildiği aşamadır. Konsültasyonun ne kadar bir sürede gerçekleşeceğinin de bu aşamada netleştirilmesi uygun olacaktır.

Collaborate (iş birliği); hastayla ilgili süreçte uygulama kararı alınan aşamadır. Hekimlerin bu aşamada iş birliği içinde olmaları süreç açısından önemlidir.

Cloosing the loop (iş bitirme, döngüyü sonlandırma); acil hekimi ve konsültan hekimin hastanın değerlendirilmesi ve yönetimi konusunda aynı fikirde olduklarından emin olmak için karşılıklı olarak birbirlerinin düşüncelerini teyit ederek görüşmeyi sonlandırdıkları aşamadır (64,68).

1.5.1.2. PIQUED Konsültasyon Modeli

Bu modelde hedef kitle daha çok mesleğe yeni başlayan tecrübe olarak zayıf hekimlerdir. Bunun sebebi hekim-hasta ve hekim-hekim arası diyalogun mesleğin erken döneminde geliştiği ve en etkili öğrenme şeklinin klinikte tecrübeli meslektaşları gözlemleyerek ve simülasyon eğitimleri ile sağlandığı saptanmıştır (66).

PIQUED ifadesi aynı 5-C modelinde olduğu gibi modeli oluşturan baş harflerden oluşmaktadır.

- Preparation (Hazırlık): Konsülte edecek olan hekimin hastanın kliniğine hakim olması için hasta ile ilgili yapılan işlemleri ve tetkik sonuçlarını gözden geçirerek konuşmaya başlamak için ön hazırlık yaptığı bölümdür.

- Identification (Tanımlama): Primer hekim tarafından hastanın konsültana tanıtıldığı evredir. Bu evrede hastanın genel kimlik bilgileri, dosya numarası varsa servisi/oda numarası gibi bilgiler verilir. Ardından vakanın özellikleri anlatılır.

- Questions (Sorular): Neden konsültasyon ihtiyacı olduğu ile ilgili bilgiler verilir. Ameliyat veya acil girişim ihtiyacı olup olmadığı belirtilir. Detaylar anlatıldıktan sonra konsültan hekimin hasta hakkında sorusu olup olmadığı sorulur.

- Urgency (Aciliyet): Hasta ile ilgili yapılacak olan ileri tetkik veya acil tedavi kararlarının alındığı evredir. Aciliyet durum değerlendirilmesi yapılır.

- Educational Modifications (Eğitimle ilgili dzenlemeler): Bu evrede konsültan hekimin ihtiyaçları ve hiyerarşı ilişkili sorunların belirlenmesi gerekmektedir. Bu sayede verilen konsültasyon eğitiminin eksik görülen yönlerde yeniden dzenlenmesi sağlanabilmektedir.

-Debrief and Discuss (Bilgilendirme ve Tartışma): Konsültasyonun etkinliğinin değerlendirilmesi ve başarı veya eksikliğinin saptanması adına vaka ile ilgili geri bildirim istenmesi veya konsültan hekim tarafından geri dönüş yapılması sağlanmalıdır (66).

1.5.1.3. CONSULT Konsültasyon Modeli

Bu model Kessler'in 5-C modeli ve Goldman'ın konsültasyon prensipleri baz alınarak türetilmiş yeni modellerden birisidir. Her branştan ve kıdemden hekimi ve tıp fakóltesi öğrencilerini kapsayan bir modeldir. CONSULT kelimesi oluşturan harflerden oluşturulmuştur (59,68).

-Contact the Consultant Courteously (Konsültan ile Kibarca Temas Kurma): Konsülte eden hekimin ismini, kıdemini ve servisini belirtmesi.

-Orient (Oryantasyon): Hastanın adı, dosya numarası, yattığı servis/oda bilgisinin paylaşılması,

-Narrow Question (Odaklanmış Soru): Hedefe yönelik sorular sorarak, tanı koyma veya tedavi yönetiminde yardım istenmesi,

-Story (Hasta Öyküsü): Hastanın yaş, cinsiyet, öyküsü, tetkik sonuçlarının aktarılması,

-Urgency (Aciliyet Derecesi): Hastanın ne zamana kadar değerlendirilmesi gerektiğinin konuşulması,

-Later (Sonra...): Konsültan ile birlikte takip planı yapılması ve konsültana size ulaşabileceği telefon numarası verilmesi,

-Thank You: Teşekkür edip görüşmenin sonlanması, bölümlerini içerir (59,67).

1.6. Enfeksiyon Hastalıkları Bölümünü İlgilendiren Konsültasyonlar

Enfeksiyon hastalıkları pratiğinde resmi (yazılı, formal), resmi olmayan (sözlü, informal) ve istenmeden yapılan konsültasyonlar şeklinde üç türlü konsültasyonlar uygulanmaktadır. Resmi konsültasyonlar, hastane yönetiminin belirlediği belli bir konsültasyon formu kullanılarak yazılı olarak istenen konsültasyonlardır. Günümüzde çoğu hastanede, hastane yönetim bilgi sistemleri üzerinden işlenmekte olup ayrıca form kullanılmamaktadır. Sözlü konsültasyonlar; genellikle telefon ile bazen de yüzyüze görüşülerek alınmaktadır. Medikolegal açıdan tartışmalı olmasına rağmen daha az efor ve vakit gerektirdiğinden ülkemizde ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Genellikle bu konsültasyon türü profilaksi amaçlı yapılmakta olup ciddi enfeksiyonlarda çoğunlukla tercih edilmemektedir. İstenmeden yapılan konsültasyonlar ise dikkat çekici laboratuvar bulguları sonucunda, uygulanan antibiyotik kontrol faaliyetleri ve alınan önlemler esnasında, hastane enfeksiyonları kontrol uygulamaları esnasında (özellikle bazı patojenlerin etken olduğu enfeksiyonların saptanması durumunda alınması gereken zorunlu izolasyon önlemleri) gerçekleşmektedir (69).

Hekimlerin bilimsel bilgi ve teknik becerilerinden bazen bilirkişi olma özelliğiyle de yararlanılmaktadır. Tıbbın bir tür danışmanlık hizmeti olan bu uygulama sırasında konsültasyonun bir araç olarak kullanılması söz konusudur. Bunun örneklerini en sık spor hekimliği konsültasyonlarında ve adli tıp hekimlerinin adli olayları değerlendirmek üzere verdikleri raporlarda görürüz. Bu iki branşta da amaç sağlığın korunması veya hastalığın ortadan kaldırılması değildir. Konsültasyonu, hekimlik mesleği içerisinde giderek artan uzmanlık alanları ve yan dallar ile düşündüğümüzde, branş sayısı kadar konsültasyon çeşidinden bahsedebiliriz (70).

Üçüncü basamak bir hastanede AS'den istenen enfeksiyon hastalıklarının incelendiği bir çalışmaya göre altı aylık periyotta toplamda yapılan 1399 enfeksiyon hastalıkları konsültasyonları irdelenmiştir. Buna göre, AS'den yapılan tüm konsültasyonların %5'ini enfeksiyon hastalıkları

konsültasyonu oluşturmaktadır. En sık konsültasyon nedenleri; alt solunum yolu enfeksiyonları (%25,8), ateş etiyojisi (%25,8), üriner sistem enfeksiyonları (%11,4), hayvan ısırıkları/kuduz profilaksisi (%10,5) olarak tespit edilmiştir. Enfeksiyon hastalıklarının konsültasyonlarının sonucunda hastaneye yatış oranı %10,1 olarak bulunmuştur (11).

Bu çalışmadaki amacımız acil servisten yapılan enfeksiyon hastalıkları konsültasyonlarını incelemek ve her iki branş hekimleri arasındaki tanı koyma uyumluluğunu saptamaktır. Bu sayede konsültasyonlardaki uyumsuz tanıları saptayıp ilgili konular hakkında ortak eğitimler düzenleyerek acil servisten yapılan konsültasyonların sayısının azaltılması planlanmıştır.

2. GEREÇ YÖNTEM

Bu çalışma, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 03.03.2021 tarihinde 2021-5/15 karar numarasıyla onaylanmıştır. 01.06.2019 – 31.05.2020 tarihleri arasında AS'e başvuran hastalardan; AS doktorları ve diğer branş doktorları tarafından enfeksiyon hastalıkları bölümünden konsültasyon istenen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların ad-soyad, protokol, yaş, cinsiyet bilgileri, AS doktoru tarafından düşünülen ön tanıları, konsültasyonun hangi doktor tarafından istenilmiş olduğu (AS doktoru ya da diğer branş doktoru) ve enfeksiyon hastalıkları tarafından uygun görülen son tanıları kaydedilmiştir.

Retrospektif yapılan bu çalışmada 1162 hasta dosyası incelenmiştir. Hastaların dahil edilme kriterleri; 18 yaş ve üzeri olması, AS doktorları ya da AS'de hastayı değerlendiren diğer bölümler tarafından enfeksiyon hastalıkları bölümünden konsültasyon istenmesi olup, hastaların dışlanma kriterleri; 18 yaş altı olması, AS'e başvurup, Covid-19 tanısı ön tanısı ile enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilmesi, dosyasında konsültasyon kısmı tamamlanmamış olması ve konsültasyon süreci tamamlanmadan AS'i izinsiz terk ya da tedavi ret ile ayrılmasıdır.

Acil Uzmanı ve Enfeksiyon Uzmanı hekimlerin, enfeksiyon tanıları arası uyumlarının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın örnek büyüklüğünü hesaplamada, her değişken için Power (Testin Gücü) en az %80 ve Tip-1 hata %5 alınarak belirlenmiştir. Çalışmadaki değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; "sayı (n), yüzde (%), ortalama ve standart sapma" olarak ifade edilmiştir. "Acil Uzmanı" ve "Enfeksiyon Uzmanı" hekimlerin "enfeksiyon tanıları arası uyumunu hesaplanmasında "Cohen's Kappa" analizi kullanılmıştır. "Hangi hekimin istediği" ve "Enfeksiyon kararının" dağılımı ve oransal karşılaştırmalarında "iki oranlı Z-testi" kullanılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve analiz için SPSS (IBM SPSS for Windows, ver.26) istatistik paket programı kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Hastaların kişisel özelliklerinin genel tanımlayıcı istatistikleri Tablo-3'te verilmiştir. Buna göre; hastaların yaş ortalaması 58,7 yıl olarak bulunmuş ve hastaların %52,3'ü (n:608'i) erkek olarak saptanmıştır.

Tablo-3: Hastaların kişisel özelliklerinin genel tanımlayıcı istatistikleri

	n	%
Kadın	554	47,7
Erkek	608	52,3
Total	1162	100,0
	Ort.±SS	Min.-Max.
Yaş	58,71±18,13	19-108

Çalışmamızda acil hekimi ile enfeksiyon hastalıkları dışı branş hekimlerinin enfeksiyon konsültasyon istemleri karşılaştırılmıştır. Enfeksiyon hastalıkları hekimi tarafından verilen konsültasyon cevaplarına göre enfeksiyon kararı ile hangi hekimin konsültasyon istedikleri Tablo-4'te özetlenmiştir.

Tablo-4: Hangi hekimin istediği ve enfeksiyon kararının dağılımları ve oransal karşılaştırması

		n	%	*p.
Konsültasyon isteyen hekim	Acil Hekimi	760	65,4	,001
	Diğer branş hekimisi	402	34,6	
Enfeksiyon hekimisi tarafından enfeksiyon tanısı olması	Hayır	139	12,0	,001
	Evet	1023	88,0	

* İki oranlı Z-testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri

Buna göre bakıldığında; enfeksiyon varlığı düşünöen hekimlerden “Acil Hekimi” olanların oranı %65,4 (n=760) ve “Diğer branş hekimisi” olanların oranı ise %34,6 (n=402)’dir. Bu kapsamda bu iki oran arasında istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (p=0,001). Bu durumda, enfeksiyon varlığı olduğunu söyleyen hekimlerin çoğunluğu acil hekimleri olduğu söylenebilir. Benzer şekilde; enfeksiyon hastalıkları hekiminin, “enfeksiyon olduğunu düşündüğü” hastaların oranı %88,0 (n=1023) ve “enfeksiyon olduğunu düşünmediği” hastaların oranı ise %12,0 (n=139)’dir. Bu kapsamda bu iki oran arasında istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (p=0,001). Bu durumda, enfeksiyon hastalıkları hekimisi, hastaların çoğunluğuna “enfeksiyon vardır” demiştir. Böylece acil hekimisi ile enfeksiyon hastalıkları hekimisi aynı doğrultuda enfeksiyon varlığını düşünmüşlerdir.

Acil hekimisi ile enfeksiyon hastalıkları hekimisi arasında enfeksiyon tanıları arası uyum analizi Tablo-5’te verilmiştir.

Tablo-5: Acil hekimi ile enfeksiyon hastalıkları hekiminin enfeksiyon tanıları arası uyum analizi

			Enfeksiyon Hekiminin Tanısı		Kappa (*p.)
			Yok	Var	
Acil Hekiminin Tanısı	Odak bulunamayan enfeksiyon	Yok Var	872 111	33 146	,596 (,001)
	Yumuşak doku enfeksiyon	Yok Var	836 20	7 299	,941 (,001)
	SSSE	Yok Var	1058 61	0 43	,562 (,001)
	Katater enfeksiyon	Yok Var	1129 4	4 25	,859 (,001)
	Sepsis	Yok Var	1099 12	7 44	,814 (,001)
	Cerrahi alan enfeksiyon	Yok Var	1151 1	1 9	,899 (,001)
	Asit enfeksiyon	Yok Var	1156 0	3 3	,666 (,001)
	İYE	Yok Var	928 26	14 194	,885 (,001)
	Pankreatit	Yok Var	1160 0	0 2	1,000 (,001)
	Kolanjit	Yok Var	1138 2	5 17	,826 (,001)
	Akut hepatit	Yok Var	1157 2	0 3	,749 (,001)
	Pnömoni	Yok Var	1131 0	24 7	,362 (,001)
	Batın içi enfeksiyon (peritonit, apse)	Yok Var	1124 5	4 29	,862 (,001)
	Febril nötropeni	Yok Var	1138 5	1 18	,855 (,001)
	Diğer	Yok Var	1071 11	17 63	,805 (,001)

*p: Cohen's Kappa testi uyumluluk sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri

Tablo-5'te acil hekimi ve enfeksiyon hastalıkları hekimlerinin "enfeksiyon tanıları arası uyum" analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre Kappa katsayılarına baktığımızda, tüm tanı kararlarının acil hekimleri ve enfeksiyon hastalıkları hekimleri arasında uyumluluklarının istatistik olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0,001$). Kappa katsayıları ikili uyumların derecesini (%) vermektedir. Buna göre; en yüksek uyum pankreatit tanısında (%100'lük uyum) gözlenmiştir. Bunu takiben en yüksek tanı uyumları sırasıyla, yumuşak doku enfeksiyonu, cerrahi alan enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu (İYE), batın içi enfeksiyon, katater enfeksiyonu, febril nötropeni şeklinde olmaktadır. En

düşük tanı uyumları ise, pnömoni (%36,2) ve santral sinir sistemi enfeksiyonları (SSSE)'nda (%56,2) gözlenmiştir.

Enfeksiyon hastalıkları hekimi tarafından enfeksiyon düşünülmeyen hastaların son tanılarının genel dağılımı ve tanımlayıcı istatistikleri Tablo-6'da özetlenmiştir.

Tablo-6: Enfeksiyon hekimi tarafından enfeksiyon düşünülmeyen hastaların son tanılarının genel dağılımı

		n	%
Akut Renal Yetmezlik	Hayır	127	90,7
	Evet	13	9,3
Enfeksiyon Tanısı Alanlar	Hayır	116	82,9
	Evet	24	17,1
Metabolik Nedenler	Hayır	135	96,4
	Evet	5	3,6
Hematolojik Nedenler	Hayır	137	97,9
	Evet	3	2,1
Kardiyovasküler Nedenler	Hayır	132	94,3
	Evet	8	5,7
Toraks Patolojileri	Hayır	140	100,0
	Evet	0	0
Abdominal Patolojiler	Hayır	138	98,6
	Evet	2	1,4
Kranial Patolojiler	Hayır	129	92,1
	Evet	11	7,9
Diğer	Hayır	124	88,6
	Evet	16	11,4
Acil Patoloji Düşünülmeyen	Hayır	110	78,6
	Evet	30	21,4
İlaç Yan Etkisi	Hayır	137	97,9
	Evet	3	2,1
Tanı konulamadan ex, tedavi ret ile ayrılma, ya da sevk	Hayır	128	91,4
	Evet	12	8,6
Hepatit-Siroz	Hayır	134	95,7
	Evet	6	4,3
Antibiyotik ile taburcu edilen	Hayır	134	95,7
	Evet	6	4,3

AS'den açılan 1162 enfeksiyon hastalıkları konsültasyonundan 140 tanesinde, enfeksiyon hastalıkları hekimi tarafından enfeksiyon düşünülmemiştir. Bu hastaların son tanıları değerlendirildiğinde, 24 hasta (%17,1) enfeksiyon tanısı almıştır. Tanı konulamadan ex olan, tedavi ret verip hastaneden ayrılan ya da sevk olan sayısı 12'dir (%8,6). Herhangi bir acil patoloji düşünülmeyen hasta sayısı 30'dur (%21,4).

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

AS'ler, hastanelerin 24 saat esasına dayanarak çalışan, kişilerde ortaya çıkan beklenmedik bir hastalık veya travma durumunda başvuru ve gerekli müdahalelerin yapıldığı birimlerdir (71). AS başvuruları gün geçtikçe artış göstermektedir (72). Bursa Uludağ Üniversitesi AS'ye başvuran hastaların değerlendirildiği bir çalışmada başvuru sayısı 01.06.2002-31.05.2003 tarihleri arasında 1 yıllık sürede 21934 iken bir başka çalışmada 20.02.2012-20.02.2013 tarihleri arasındaki AS başvuru sayısının 85585 kişi olduğu görülmüştür (73,74).

Fazla hasta sayılı ve multidisipliner yaklaşım gerektiren hasta oranı da yüksek olan branşlarda konsültasyon ihtiyacı ve sayısı da aynı oranda artış göstermektedir. Acil tıp da konsültasyon uygulamasının en sık yapıldığı branşlardan birisidir ve hızlı sirkülasyon ve güzel bakım için konsültasyon sisteminin güzel işlemesi elzemdir. Bir çalışmada 2015 yılında 1 aylık süre içerisinde erişkin AS'e başvuran 9294 hastanın 2013'üne (%21,6) konsültasyon istendiği saptanmıştır (75).

Yapılan bir çalışmada ülkemiz 2. Basamak bir hastane AS'den yapılan konsültasyonların cinsiyet dağılımı; %54,8'i erkek, %45,2'si kadın olarak saptanmıştır (56). Woods ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada konsültasyon istenen kadın hasta oranını %51, erkek hasta oranı %49 olarak belirlemiştir (45). Bizim çalışmamızda AS'e başvuran hastalardan enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu yapılanlara bakıldığında erkeklerin oranı %52,3, kadınların oranı %47,7 olarak bulunmuş yapılan diğer çalışmalarla yakın değerler saptanmıştır.

Acil hekimi tarafından konsültasyon istenen hastaların yapılan konsültasyon istemi sonrasında farklı bir branş tarafından değerlendirilmesi istenmesi üzerine açılan konsültasyon oranı yapılan bir çalışmada %4,9 olarak değerlendirilmiştir (76). Bizim çalışmamızda enfeksiyon hastalıkları özelinde farklı branş tarafından istenen konsültasyon oranı ise %34,6 olarak gelmiştir. Bu durumun birçok branşın enfeksiyon hastalıkları uzmanlığı gerektiren bazı

antibiyotik ilaçların kullanımını için fikir alma ihtiyacından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Fıışgın ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada AS'e başvuran hastalardan enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu isteme sebebi olarak ilk sırada idrar yolu enfeksiyonları (%16,8), ardından santral sinir sistemi enfeksiyonları (%15,1) ve yumuşak doku enfeksiyonları (%9,5) gelmektedir (77). Bir başka çalışmada ise AS'den yapılan en sık enfeksiyon hastalıkları konsültasyonları %25,6'şar oranla alt solunum yolu enfeksiyonları ve ateş etyolojisi olarak saptanmıştır. %11,4'lük oranla üriyer sistem enfeksiyonları 3. sırada yer almıştır (11). Bizim alışmamızda ise dahil ettiğimiz 1162 hastanın 319 tanesi (%27) yumuşak doku enfeksiyonları, 257 tanesi (%22) sebebi bilinmeyen ateş odağı, 220 tanesi (%18) üriyer sistem enfeksiyonu olarak saptanmıştır. Alt solunum yolu enfeksiyonlarının bu listede yer almamasının sebebi, hastanemizde bu tanıyı alan hastaların göğüs hastalıkları branşına konsülte edilmesi olarak düşünmekteyiz.

Enfeksiyon hastalıkları ile konsültasyon sonuçlarının uyumları karşılaştırıldığında en fazla uyum pankreatit tanısında ardından yumuşak doku enfeksiyonları ve cerrahi alan enfeksiyonlarında saptanmıştır. AS hekimini enfeksiyon düşünüp enfeksiyon hastalıkları hekiminin enfeksiyon düşünmediği hastaların %17'sinin son tanısı yine enfeksiyon lehine olmuştur.

Sonuç olarak, diğer branşların AS'ler üzerinden gereksiz enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istemesi AS ve enfeksiyon hastalıkları hekimlerinin iş yükünü arttırmaktadır. Çalışmamızda saptanan sonuçlar, önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında, AS'ler ve enfeksiyon hastalıkları klinikleri arasında iş birliği ve eğitim faaliyetlerinin geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonunun, klinik sonuçları iyileştirme, ilaç kullanımını azaltma, antibiyotik direnç gelişimini azaltma, hastanede kalış süresini kısaltma ve hastane maliyetini düşürme üzerine etkileri göz önüne alındığında, bu alanda gelecekte yapılacak araştırmaların faydalı olacağı düşünölmektedir.

Bu sebeple diğer klinik birimleri de içeren çalışmalar teşvik edilmeli ve bu doğrultuda yeni eğitim planları düzenlenmelidir.

5. KAYNAKLAR

1. Mengert TJ. General care of the emergency department patient. In: Mengert TJ, Eisenberg MS, Copass MK (eds). Emergency Medical Therapy. 4th edition. St. Louis: W.B. Saunders Company; 1996. 1-28.
2. Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: Results of the national ED overcrowding study (NEDOCS). Acad Emerg Med 2004;11:38-50.
3. Robert ES. Emergency medicine in the United States: a systemic review. World Journal of Emergency Medicine 2012;3(1): 5-10.
4. Karcioğlu Ö. Ülkemizde Acil Tıp: 26 yılın özeti. Journal of ADEM 2020;1(1): 19-31.
5. Eshikumo IS. Acil Hekimlerinin Konsültasyon Sürecinde Yaşadıkları Zorlukların Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi; 2017.
6. Guertler AT, Cortazzo JM, Rice MM. Referral and consultation in emergency medicine practice. Acad Emerg Med 1994;1:565-71.
7. Aydın O. Acil Servisten Genel Cerrahiye Konsulte Edilen Olguların Tanısal Analizi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2014;16(3):1-3.
8. Yağcı İ, Taşdelen Y, Kıvrak Y. Evaluation of the psychiatric consultations required from a state hospital emergency service. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;4:652-6
9. Özkur E, Altunay İ, Gül Ş, Erdem Y. Üçüncü Basamak Bir Hastanenin Acil Servisindeki Dermatoloji Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2020;54(2):197-200
10. Balbay EG. Devlet Hastanesinde Yatağında İstenen Göğüs Hastalıkları Konsültasyonları. Konuralp Medical Journal 2013;5(1):34-7 .
11. Metin Ö, Necla T, Murat S, et al. Evaluation of Infectious Diseases Consültations Requested by Emergency Service in the Tertiary Care Setting. Nobel Med 2017;13(2):48-51.
12. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/02>) Erişim Tarihi: 12.01.2022
13. Soysal S, Karcioğlu Ö, Topaçoğlu H. Acil tıp sistemleri. Cerrahpaşa J Med 2003;34:51-7.
14. Acil Tıp Nedir? (<https://acilci.net/acil-tip-nedir/>) Erişim Tarihi: 12.01.2022.
15. Williams DJ. Brief history of the specialty of emergency medicine. Emergency Medicine Journal 2018;35:139-41.
16. Totten V, Bellou A. Development of emergency medicine in Europe. Acad Emerg Med 2013;20(5):514-21.
17. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>) Erişim Tarihi: 14.01.2022.

18. Dünyada Acil Tıp. (www.kocaeli112.saglik.gov.tr/TR-47633/tarihce.html) Erişim Tarihi:15.01.2022.
19. Hakkımızda (<https://www.ifem.cc/about-us/>) Erişim Tarihi: 15.01.2022.
20. Eusem - EM nedir? (<https://eusem.org/about-us/emergency-medicine/what-is-em>) Erişim Tarihi: 15.01.2022.
21. Emergency medical services systems in the European Union : report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107916>) Erişim Tarihi: 15.01.2022.
22. Fleischmann T, Fulde G. Emergency medicine in modern Europe. Emergency Medicine Australasia 2007;19:300-2.
23. Paksoy VM. Acil sağlık hizmetlerinde uluslararası uygulama modellerinin karşılaştırması: anglo-amerikan ve franko-german modeli. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Derg 2016;4(1):6–24.
24. Diana ([https://tr.wikipedia.org/wiki/Diana_\(Galler_prensesi\)](https://tr.wikipedia.org/wiki/Diana_(Galler_prensesi))) Erişim Tarihi: 16.01.2022.
25. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf>) Erişim Tarihi: 16.01.2022
26. Hakeri H. Tıp Hukuku. 16. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2019.
27. Hakeri H. Tıp Hukuku El Kitabı. 22. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2021.
28. Hasan Petek. Sağlık Hukuku. 1. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2013. 90.
29. T.C. Anayasası. Kanun Numarası: 2709. Tarihi: 7.11.1982.
30. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun Numarası: 1219. Tarihi: 11.4.1928 (Değişik: 23/1/2008-5728/38 md.).
31. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998. Resmi Gazete Sayısı: 23420 (Değişik: RG-8/5/2014-28994).
32. Fedakar R, Türkmen İN. Hekimlerin Yükümlülükleri ve Yasal Sorumlulukları. In: Çil E, Bostan ÖM (eds). Çocuklarda Öykü Alma ve Fizik Muayene. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2019.323-40.
33. Yaşar Küçükardalı. Semiyoloji. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2016.
34. Akkanat H. Hekimin Sorumluluğunun Hukuki Temeli. In: Çetin G, Kaya A (eds). Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi. İstanbul: Doyuran Matbaası; 2012. 63-70.
35. Özaslan A, Kolusayın Ö. Hekimin Yasal Sorumlulukları. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul; Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 2011;13-39.
36. Türk Ceza Kanunu. Kanun Numarası: 5237. Tarihi: 26.9.2004.
37. Hancı H. Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. 2. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005. 45.
38. Zeytin Z. Hekimin sır saklama yükümlülüğü. Türkiye Klinikleri J Med 2006;14;77-82.
39. Derlet RW, Kinser D, Ray L, et al. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5-year study. Ann Emerg Med 1995;25:215-23.

40. Afilalo M, Guttman A, Colacone A, et al. Emergency department use and misuse. *J Emerg Med* 1995;13:259-64.
41. Andrulis DP, Kellermann A, Hintz EA, et al. Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1991;20: 980-6.
42. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servis hastalarının özellikleri. *Van Tıp Dergisi* 2008; 15:107-11.
43. ACEP. Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions (https://www.acep.org/globalassets/sites/acep/media/crowding/empc_crowding-ip_092016.pdf) Erişim Tarihi: 16.01.2022.
44. Howard MS, Davis BA, Anderson C, et al. Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J Emerg Nurs* 2005; 31:429-35.
45. Woods RA, Lee R, Ospina MB, et al. Consultation outcomes in the emergency department; exploring rates and complexity. *Can J Emerg Med* 2008;10:25-31.
46. Holliman CJ. The art of dealing with consultants. *J Emerg Med* 1993;11: 633-4.
47. Atilla R, Çımrın AH. Konsültasyon önerileri. In: *Acil Servis ve Akademik Acil Tıp*. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir; 2002.184-7.
48. Türk tabipleri birliği etik kurul görüşleri (https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_gorus.pdf) Erişim Tarihi: 16.01.2022.
49. Erdemir AD, Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi. İstanbul: Güneş-Nobel Yayınları; 1996. 68-9.
50. Şehsuvaroğlu BN. Tıbbi Deontoloji. 2. Baskı. İstanbul: Bayda Basım Yayın; 1996. 50.
51. Türkan H, Şener S, Tuğcu H. Acil Serviste Uygunsuz Konsültasyon Hizmeti ve Medikolegal Yönü. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005;5(3):138-41.
52. Tuğcu H, Yorulmaz Ç, Ceylan S et al. Acil servis hizmetine katılan hekimlerin acil olgularda hekim sorumluluğu ve adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003;45:175-9.
53. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Türk Tabipler Birliği Etik Kurallar Mevzuat (https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65) Erişim Tarihi:15.01.2022
54. Kessler CS, Asrow A, Beach C, et al. The taxonomy of emergency department consultations results of an expert consensus panel. *Annals of Emergency Medicine* 2013;61:161-6.
55. Rene SL, Rob W, Michael B, Brian RH, Brian HR. Consultations in the emergency department: a systematic review of the literatüre. *Emerg Med J* 2008;25:4-9.
56. Köse A, Köse B, Öncü MR, Tuğrul F. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. *Gaziantep Tıp Derg* 2011;17(2):57-62.

57. Kammerer WS, Gross RJ. Medical consultation: role of internist on surgical, obstetric, and psychiatric services. 1st edition. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.
58. 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):210-6.
59. Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. Arch Intern Med. 1983;143(9):1753-5.
60. The Joint Commission. Rootcauses by event type, 2004-2012. (http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx.) Erişim Tarihi: 16.01.2022.
61. The Joint Commission. Sentinel Event Statistics. (http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx.) Erişim Tarihi: 16.01.2022.
62. Matthews AL, Harvey CM, Schuster RJ, Durso FT. Emergency Physician to Admitting Physician Handovers: An Exploratory Study. Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting 2002;46(16):1511-5.
63. Cope M. The Seven Cs of Consulting: In; The Definitive Guide to the Consulting Process. Harlow, UK: Pearson Education Limited; 2003.
64. Kessler CS, Afshar Y, Sardar G, Yudkowsky R, Ankel F, Schwartz A. A prospective, randomized, controlled study demonstrating a novel, effective model of transfer of care between physicians: The 5 Cs of consultation. Acad Emerg Med. 2012;19:968–74.
65. Chan T, Orlich D, Kulasegaram K, Sherbino J. Understanding communication between emergency and consulting physicians: a qualitative study that describes and defines the essential elements of the emergency department consultation-referral process for the junior learner. CJEM 2013;15(1):42-51.
66. Aspegren K. BEME guideno. 2: Teaching and learning communication skills in medicine, A review with quality grading of articles. Med Teach. 1999;21:563–70.
67. Podolsky A, Stern DT, Peccoralo L. The Courteous Consult: A Consult Card and Training to Improve Resident Consults. J Grad Med Educ 2015;7(1):113-7.
68. Kessler CS, Kalapurayil PS, Yudkowsky R, Schwartz A. Validity evidence for a new checklist evaluating consultations, the 5Cs model. Acad Med. 2012;87:1408–12.
69. Beşirbellioğlu BA, Dünyada ve Türkiye'de infeksiyon hastalıkları konsültasyonları. Klimik dergisi 2005;18(3):91-3.
70. Pelin SŞ, Tıp evrimi açısından ve psikiyatri özelinde konsültasyon kurumu. Klinik Psikiyatri 2000;3:117-25.
71. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetleri. Ankara; 2011:3-49.
72. Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. Acad Emerg Med 2000;7:637-46.
73. Demircan C, Çekiç C, Akgül N, et al. Acil Dahiliye Ünitesi hasta profili: 1 yıllık deneyim. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;31:39-

- 43.
74. Gürsoy V. Acil Serviste Dahiliye Konsültasyonu Yapılan Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri ve Konsültasyonla İlişkili Sorunların İrdelenmesi (Uzmanlık Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2014.
75. Dönmez SS, Durak VA, Torun G, Köksal Ö, Aydın Ş. Acil Serviste Gerçekleştirilen Konsültasyon Sürecinin İncelenmesi. Uludağ Tıp Derg 2017; 43(1): 23-8.
76. Cavlak G. Konsültasyon Sisteminin Acil Servis Kalabalığına Etkisi (Uzmanlık Tezi). İzmir: Katip Çelebi Üniversitesi; 2020.
77. Fışgın NT, Genç S, Tanyel E, Yılmaz H, Baydın A, Tülek N. Acil servise başvuran hastalar arasındaki infeksiyon hastalıklarının sıklığının incelenmesi. Klimik Derg 2006; 19: 110-3.

6. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAM FORMU

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Acil Serviste Enfeksiyon Benzeri Hastalıkların Etkin Yönetimi: Retrospektif Bir Çalışma							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021-5/15			Tarih: 03 Mart 2021					
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi. 1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna, 2-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 3-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI		Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU							
ÜYELER									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M.Serap YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Kağan HUYVAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıklar Endokr.ve Metab.	BUÜ.Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	Bursa UÜ.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFKA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Selen MİGAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

7. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkı sağlayan, tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Erol ARMAĞAN'a teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Değerli hocalarım; Prof. Dr. Şahin ASLAN, Prof. Dr. Şule AKKÖSE AYDIN, Prof. Dr. Özlem KÖKSAL, Doç. Dr. Halil İbrahim ÇIKRIKLAR, Öğretim Gör. Dr. Fatma ÖZDEMİR ve Doç. Dr. Vahide Aslıhan DURAK'a teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.

Çalıştığım her gün bana bu ekipte olmanın güzelliğini hatırlatan, dayanışma içinde çalıştığım asistan doktor arkadaşlarıma eğitim hayatım boyunca verdikleri destekten dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim sürecimin en stresli dönemlerinde yanımda olup desteğiyle beni bugünlere taşıyan, hayattaki en büyük şansım değerli eşim Demet DÖNMEZ'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

8. ÖZGEÇMİŞ

■■■■ yılında ■■■■'da doğdum. İlk ve orta öğrenimimi Çorum'da tamamladıktan sonra 2009 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesine başladım. 2005 yılında sona eren eğitim hayatımdan sonra aynı yıl Çorum İli Alaca İlçesi Alacahöyük köy sağlık ocağında göreve başladım. Sırasıyla Alaca 2 Nolu Sağlık Ocağı, Çorum 112 Acil Sağlık Hizmetleri, Kargı 1 Nolu A.S.M., Kargı Hacıhamza A.S.M.'de görev yaptım. 2009 senesinde Erzurum'da askerlik görevimi yerine getirdim. 2013 senesinde Bursa 112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Kontrol Merkezinde göreve başladıktan sonra 2017 sene Uludağ Üniversitesi Acil Tıp Kliniğinde uzmanlık eğitimine başladım.

Evli ve iki çocuk babasıyım.