

Acil Serviste Uygunsuz Konsültasyon Hizmeti ve Mediko-legal Yönü

Improper consultation process in emergency departments and its medico-legal aspects

Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(3): 138-141

Türkan H, Şener S, Tuğcu H

Gülhane Askeri Tıp Akademisi,
Acil Tıp Anabilim Dalı

ÖZET

Sağlık sorunları içinde önemli bir yer tutan acil servis hizmetleri, hekimin görev ve sorumluluğunu diğer olgulara göre daha fazla artırmaktadır. Acil olgunun kabulünden başlayarak değerlendirilmesinde ve sevk işlemlerinde yapılan tıbbi uygulama hatalarından dolayı çoğu zaman hekimler hakkında dava açılabilir. Ülkemizde acil servis hizmetlerinin önemli bir bölümünü pratisyen hekimler yürütmektedir. Bu nedenle gerekli uygun konsültasyonun yapılmamış olması veya hastanın sevk edilmemesi bu konuda açılan davaların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Çoğu zaman tanıya yönelik yeterli anamnez, laboratuvar, radyolojik incelemeler ve konsültasyonlar olmadan derhal tedaviye başlamak zorunda kalan acil servis hekimlerinin önceden oluşturulmuş tedavi protokollerini uygulanması doğru yaklaşım tarzıdır. Konsültasyon hizmetleri acil servis hizmetlerinin önemli bir ayağını oluşturup, acil servis hekiminin sorumluluğu ancak hastanın sorumluluğunun başka bir hekim tarafından üstlenilmesi ile sona ermektedir. Bu çalışmada, Yüksek Sağlık Şurası kayıtlarından elde edilen örnek bir olgunun birden fazla konsültasyon yapılmasına rağmen ölümle sonuçlanması ve konsültasyon sisteminin işleyişi irdelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Acil tıp, acil servis, acil hekimi, konsültasyon.

SUMMARY

A talented and well-informed emergency physician (EP) should be competent to evaluate and organize any necessary procedure to emergent patients in a short period. Death, organ failure and dysfunction should be avoided within this considerable time frame and the aim should be directed to re-acquire the patients' previous social life. Although physicians' referral right (consultation) constitutes an important role in the continuity of emergency department (ED) patient management, troubles at consultation and with consultants arise when managing, evaluating and treating the emergent patients in the health care facilities of Turkey. We present a case based on the information obtained from the Supreme Council of Health records. Although the patient presented to the hospital consulted with multi-consultants, at last no decision was taken and is resulted with death. Interdisciplinary consultation system in emergency medicine will be discussed in this case report.

Key words: Emergency medicine, emergency department, emergency physician, consultation.

İletişim Adresi

Dr. Serkan ŞENER

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Acil Tıp Anabilim Dalı
Etilik 06018, ANKARA
ssenermd@ttnet.net.tr

Giriş

Sağlık sorunları içinde önemli bir yer tutan acil servis hizmetleri, hekimin görev ve sorumluluğunu diğer olgulara göre daha fazla artırmaktadır. Acil olgularda çoğu zaman, gerekli laboratuvar ve radyolojik incelemeler yapılmadan derhal tedaviye başlamak durumunda kalan acil servis hekimleri (ASH), gerek mesleki gerekse de hukuki yönden risk altına girmektedir.¹

Ülkemizde acil servis (AS) hizmetlerinin önemli bir bölümünü pratisyen hekimler yürütmektedir. Bu nedenle gerekli uygun konsültasyonun yapılmamış olması veya hastanın sevk edilmemesi bu konuda açılan davaların önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

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 uygulama da en özgür oldukları alandır.

Toplum hekime, AS'e müracaat eden hastalara en azından muayene olabilmek isteği gibi sosyal bir sorumluluk yüklemiştir.² AS'e başvuran hastaların gerçekte acil olup olmadıkları başlangıçta anlaşılabilir. Hastanın mutlaka muayene edilmesi ve gerekli görülen laboratuvar incelemelerin ve gerekse de uygun konsültasyonların yapılması sonucunda karar verilmelidir.^{1,2}

AS'lere hastaların gerek inceleme gerek sevk edilme maksadıyla gönderilmesi AS hekiminin sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır. Bu sorumluluk hastanın başka bir hekim tarafından sorumluluğun üstlenilmesine kadar devam etmektedir. Acil olgunun kabulünden başlayarak, değerlendirilme ve sevk işlemlerinde yapılan hatalardan dolayı çoğu zaman hekimler hakkında dava açılabilir.³

Sağlık Bakanlığı tarafından 1983 yılında yürürlüğe konulan, yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğine göre, hem acil servis hekiminin (ASH) uygun zamanda konsültan hekimden (KH) konsültasyon istemesi, hem de konsültasyon görevi icap eden hekimin her ne koşulda olursa olsun en kısa sürede bu görevi yerine getirmesi gerekmektedir.^{3,5}

Konsültasyon; hastanın mevcut hastalığının niteliği, tanısı, prognozu, tedavisi ve seyrini değerlendirmek amacıyla yapılan bir değerlendirmedir. KH ise her ne kadar hastanın sorumluluğunu üstlenmiyor sanılsa da, aslında mesleki ve idari açıdan en az ASH kadar sorumlu olan hekimdir.³

AS'lerde konsültasyon hizmetleri ile ilgili olarak yaşanan en büyük sorun, KH'in zamanında hastaya müdahale edememesi veya konsültasyon hizmetini telefonla veya başka yöntemlerle hastayı görmeden yapmasıdır. KH'in görev çağrısına icap etmemesi mesleki bir hata olmayıp idari açıdan değerlendirilen ve görevi ihmal olarak bilinen bir suçtur.^{3,6}

Son yıllarda ülkemizde hekim hatalarından dolayı açılan davalarda artış olduğu bilinmektedir. Tıbbi uygulama hataları

ile ilgili olarak hekimler hakkında açılan davalarda, Yüksek Sağlık Şurası'ndan (YSS), Adli Tıp Kurumu'ndan veya mahkeme ve savcılıklar tarafından belirlenen bilirkişi hekimin görüşüne başvurulmaktadır.⁶

YSS, Sağlık Bakanı başkanlığında toplanan ve hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak görüş bildiren bir kuruldur.^{7,8} YSS'na tıbbi uygulama hatası olup olmadığı hakkında görüş istenen dava dosyalarının yaklaşık yarısında tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verilmektedir.⁹

Olgu Sunumu

YSS tarafından dava dosyasından elde edilen bilgilerle değerlendirilen olgu, 31 yaşında erkek hasta olup 16.07.2000 tarihinde saat 15:30 sıralarında yüksekten düşme sonucu yaralanarak bir eğitim hastanesinin AS'ne götürüldüğü, hastayı AS'te karşılayan hekim tarafından yapılan ilk muayenesi sonucunda, genel durumunun iyi, bilincinin açık ve koopere, kan basıncının 100/60 mmHg, nabız 88 atım/dk ve solunum sayısının 14 soluk/dakika olduğu tespit edilerek hastaya genel cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, kalp ve damar cerrahisi ile üroloji konsültasyonlarının istendiği, konsültasyon ve tetkikleri devam ederken hastanın acil serviste yaklaşık 4 saatlik bir beklemenin ardından saat 19:45'te hayatını kaybedildiği belirtilmiştir.

Hastayı konsülte eden hekimlerin hasta hakkındaki değerlendirmeleri aşağıda sunulmuştur:

1. Genel Cerrahi: "Hastanın bilinci açık, koopere. Kan basıncı: 100/60 mmHg, nabız: 88/dk ve ritmik, akciğer seslerini dinlemekle doğal. Her iki hemitoraksın solunuma eşit katılıyor. Batın serbest, defans ve rebaund bulgusu yok. İdrar sondasında makroskopik hematuri mevcut. Sağ alt ekstremitte ağrılı olduğu için değerlendirilemedi. Postero-anterior (PA) akciğer grafisinde hemopnömotoraks ve fraktür yok ve batın ultrasonografisinde (USG) morrison ve perisplenik reesuslarda minimal sıvı olduğu, mesane içindeki koagulum veya hematoma ile uyumlu görünüm olduğu, batın içinde solid organlarda hematoma veya laserasyon bulgusu saptanmamıştır. Tam kan sayımında, lökosit:19.000/mm³, hemoglobin: 11.7 gr/dl, hematokrit: 34.2 ve trombosit: 18900."

2. Beyin ve Sinir Cerrahisi: "Hastanın bilinci açık, koopere, oryante, pupiller namoizokorik, IR +/-, kranial sinir muayenesi doğal, sağ alt ekstremitte hareketleri ağrılı olduğu için tam değerlendirilemedi. Lateralizan bulgusu ve patolojik reflex yok. Kranioservikal grafilerin normal olduğu, bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) normal değerlendirildi. Acil nöroşürüri yönünden patoloji saptanmadığı,"

3. Ortopedi ve Travmatoloji: "Çekilen konvansiyonel grafilerde sağ femur proksimalinde parçalı kırık, bilateral iskion pubis kolu ile L1, L4 ve L5'de kompresyon kırığı olduğu tesbit edildi. Hastaya gluteal destekli uzun bacak alçısı yapıldığı,"

4. *Kalp ve Damar Cerrahisi*: "Distal nabızları dopplerle mevcut ve sıcak. Aktif kanama yoktur. Acil kalp ve damar cerrahisi patolojisi düşünülmediği,"

5. *Üroloji*: "USG'de solid organ yaralanması, mesaneden dışarıya extravazasyon görülmedi. Mesane içinde koagulum ile uyumlu olabilecek görüntü izlendiği ama hastanın fişkirir tarzda kusması nedeniyle acilen BBT için tomografi merkezine götürüldüğü, mesane irrigasyonu ve sistografi planlandığı, mesane irrigasyonu ve sistografi için hastanın peşinden tomografi ünitesine gidildiği, ancak hastanın BBT çekimi sırasında arrest olduğundan üroloji yönünden ileri tetkikleri yapılamadığı,"

Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'nin 7.8.2000 tarihli otopsi raporunda; ölüm nedeninin; genel vücut travmasına bağlı sağ femur kemiği, bilateral pubis kolu kırıkları, L1, L4 ve L5 kompresyon kırıkları saptanan hastanın dalak rüptürü ve yaygın retroperitoneal hematoma olduğu bildirilmiştir.

Bilirkişi raporunda; "Hastanın hemorajik şok nedeni ile vefat etmiş olduğu, hastanın gelişinden vefatına kadar geçen süreçte içinde birçok tetkik ve konsültasyonlar yapılmış olmasına rağmen hastanın yakından izlenmesi ile ilgili yeteri kadar kaydın dosyada bulunmaması ve hastaya gerekli özenin gösterilmediği kanaatinin hasıl olduğu bildirilmiştir.

YSS kararında ise şu sonuca varılmıştır: "Genel vücut travması geçiren hastalarda mortalite ve morbitite oranının yüksek olduğu bu nedenle USG raporunda; morrison ve perisp-lenik alanda sıvı olması retroperitoneal kanamayı gösterdiği ve ayrıca mesanede makroskobik hematüri olması nedeniyle hastanın hemorojik şok nedeninden öldüğünü belirlediği, ciddi hemorojik kanamalarda lökosit sayısının artacağı ve ilk durumda Hb ve Htc değerleri düşmeyeceği durumları göz önüne alınmadığı, hastanın takip ve tedavisinde gerekli ilgi ve itina gösterilmediği, hastaya peritoneal lavaj veya acil laparotomi yapılmadığı, dalak bölgesindeki kanama durdurulmadan tedavisinin mümkün olmayacağı ve hastanın tedavi edilmeden uzmanlık birimleri arasında konsülte edilerek zaman kaybına neden olduğu cihetlerle genel cerrahi uzmanının görevi ihmalinin olduğuna karar verildiği" belirtilmiştir.

Tartışma

AS'lerde görev yapan hekimler sıklıkla acil uygulamalardan kaynaklanan etik ve adli sorunlarla karşılaşmaktadırlar.^{1,2} Bu nedenle acil olgularda hekimlerin görev ve sorumluluğu normal olgulara göre daha da artmaktadır. Hekimlerin deontolojik olarak uygulaması gereken kuralların önemli bir bölümü acil olgularla ilgilidir.^{2,3}

Acil servis hizmetlerinin kalitesini artırmak amacıyla 2004 yılı itibarıyla toplam 40 üniversite tıp fakültesinin 26'sında

Acil Tıp Anabilim dalı, 22'sinde ise bir veya birden fazla acil tıp uzmanı görev yapmaktadır. Bunun haricindeki üniversite AS'lerinde farklı cerrahi ve dahili branşların tıpta uzmanlık öğrencileri acil servis hizmetlerini yürütmektedirler. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin yaklaşık %95'inde ise sadece pratisyen hekimler AS hizmetini yerine getirmektedir.^{10,11}

ASH'i tanı, planlama veya tedavide yeterli bilgiye sahip değil ya da aldığı eğitimi aşan herhangi bir girişim yapması gerekiyorsa, hastayı konsülte ederek KH'den görüş bildirmesini isteyebilir. Konsültasyon isteyen hekim bu prosedürü bilmeli, hastasının tüm klinik ve demografik bilgilerine hakim olmalı ve hastayla ilgili tüm gelişmeleri uygun bir dosyalama sistemiyle kayda geçirmelidir.¹² Hasta kayıt formlarının yanı sıra KH için de öneri ve tavsiyelerini yazabilecekleri formlar oluşturmak gereklidir.

KH, alanında bilimsel ve teknik bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Bu nedenle konsültasyon uzman hekimlerin sorumluluğundadır ve konsültasyona öncelikle uzman hekim gitmelidir.¹³ KH'in ilgilendiği hastayı sistematik bir şekilde değerlendirmek yerine sadece ilgili olduğu branşın patolojilerini değerlendirmesi ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Halbuki KH'in, önerdiği tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasını ve sonuçlarını takip etmesi, tekrar konsültasyon istenmesine gerek kalmadan hastayı izlemesi ve hastanın hekimi ile sürekli iletişim içinde olması gerekir. Bu anlayış, yasal düzenlemelerde de belirtildiği gibi, hekimin öncelikli sorumluluklarındandır.³ Sunulan örnek olguda, USG ile belirlenen batın içi serbest sıvı olmasına karşın hastanın takipsiz kalması, dalak laserasyonundan kanamanın sürmesi ve hipovolemik şok hastanın ölümüne neden olmuştur.

ASH ve KH arasındaki ilişkinin öncelikle profesyonel, ardından iyi, sıcak ve arkadaşça olması hastanın bakımında da iyi sonuçlara yol açacaktır. Bu konu "konsültasyon ve iletişim sanatı" başlığıyla birçok makale ve kitaba da konu olmuştur.¹⁴⁻¹⁷ Sıklıkla karşılaşılan diğer bir problem ise, ASH'inin KH'i uygun endikasyonla konsültasyona davet etmemesi, buna karşın KH'in de konsültasyona geç gelmesi veya hiç gelmeyerek telefonla acil hekimini yönlendirmesi şeklindedir.^{17,18}

Hangi durumlarda, hangi uzmanlık dalından konsültasyon isteneceği kesin sınırlarla belirlenemese de, uygulamada karşılaşılan sorunları en aza indirmek amacıyla her hastanenin kendi yapısına uygun konsültasyon protokolü ve denetleme sistemi yapılandırması önerilmektedir.^{19,20} Bu protokolün kurallarını acil tıp ve diğer ilgili departmanlar ile hastane yönetimi beraberce oluşturmalıdır.

Hekimin konsültasyon hakkı, hekim hakları arasında yer almasına karşın ancak yerinde, zamanında ve uygun biçimde kullanıldığında hasta sağlığı için avantaj sağlamaktadır.⁵

Örnek olguda, AS'te hastaya KH'in hangi sırayla davet edildiği belirgin değildir. Halbuki bu hasta için ideal AS konsül-

tasyonu, hastanın hızlı ve hedefli anamnezinin alınması, sistematik muayenelerinin yapılmasını takiben, hayati organ disfonksiyonu sonucu ölümlerle sonuçlanabilecek patolojilerin değerlendirilmesi amacıyla -mümkünse hasta başı- istenecek tetkikler tamamlandıktan sonra uygun KH haber verilmesi şeklinde olmalıdır.

Konsültasyon öncelik sırasında bir kargaşa yaşanması durumunda, bahsedilen olguda da olduğu gibi hastanın ölümü kaçınılmaz olabilecektir. Ancak bazı hasta grupları için (hızla opere olması gereken veya ASH tecrübesinin yeterli olmadığı [örn. perikardiyosentez, tüp torakostomi] girişimler için) erken konsültasyon yapılması gerekebilir.

Acil tıpta hasta bakımı ayırıcı tanı aşamasından tedaviye ve hatta konsültasyon istenmesine kadar özel bilgi ve birikim gerektirmektedir. Türkiye’de yaklaşık 10 yıldır acil tıp uzmanları acil tıpta ideal hasta bakımı hakkında eğitim almakta ve AS’lerle diğer bölümler arasında en mükemmel köprüyü yapılandırmaya çalışmaktadırlar. Acil tıp uzmanlarının yeterli sayıya ulaşmaları ile gelecekte, şimdiye kadar bahsettiğimiz sorunların azalabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak; ASH’i acil hastaya müdahale konusunda yeterli bilgi beceriye sahip olup, yetersiz kaldığı noktada, konsültasyon önceliğini belirleyerek doğru KH’e hastayı danışabilmeli, hastanın AS’te kaldığı süre içinde hastayı genel durum ve hayati fonksiyonları açısından takip edip, tüm bilgileri uygun şekilde dökümanete edebilmelidir.

KH ise ASH’den gelen çağrıyla mümkün olan en kısa sürede yerine getirip, hasta ile ilgili tavsiye ve önerilerini yapmalı, konsültasyon tamamlandıktan sonra bile hastayı takibinde tutup gelişmeleri takip edebilmelidir. Bilinmelidir ki hastanın sorumluluğu ancak tedavisinin başka bir hekim tarafından üstlenmesi ile sona ermektedir. Çoğu zaman tanıya yönelik yeterli anamnez, laboratuvar, radyolojik incelemeler ve konsültasyonlar olmadan derhal tedaviye başvurmak zorunluluğunda kalan acil servis hekimlerinin önceden oluşturulmuş tedavi protokollerini uygulanması doğru yaklaşım tarzıdır.

Kaynaklar

1. Tuğcu H, Öngürü Ö, Özarslan A ve ark. Dissekan Aort Anevrizması Rüptürüne Bağlı Bir Ani Ölüm Olgusu. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003; 45: 371-376.
2. Tuğcu H, 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* 2003; 45 175-179.
3. Hancı İH. Hekimin Yasal Sorumlulukları (Tıbbi Hukuk), Egem Tıbbi Yayıncılık, İzmir, 1995: 75-112.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Yönetmelik yayımlanma tarihi: 12.01.1983. www.saglik.gov.tr (Son erişim tarihi: 15.08.2004)
5. Türk Tabipleri Birliği (TTB) hekimlik meslek etiği kuralları. Ocak 2002: 24.
6. Malpraktis. Hancı İH. Seçkin Kitapevi, Ankara, 2002.
7. Özdemir H, Arslan A. 1931-1999 Yüksek Sağlık Şurası ve Tavsiye Kararları. BMS Matbaacılık, Ankara, 2000: 9-11.
8. Özdemir MH, Çekin N. Yüksek Sağlık Şurasının Yapısı ve Birlikçilik Görevleri. *Adli Tıp Bülteni* 1998: 94-98.
9. Türkan H, Tuğcu H. 2000-2004 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasında Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları *Gülhane Tıp Dergisi* 2004; 46: 226-232.
10. Yüksek Öğretim Kurumu. Fakülte, Yüksekokul ve Enstitü İstatistikleri. Öğretim Elemanı İstatistikleri (Akademik Unvanlarına Göre Öğretim Elemanı Dağılımları). <http://www.yok.gov.tr/istatistikler/istatistikler.htm>. (Son erişim tarihi:17.08.2004)
11. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yataklı tedavi kurumları yıllık istatistiği 2003. <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2003/icindekiler-2003.htm> (Son erişim tarihi:17.08.2004)
12. Saluzzo RF, Terranova G, Verdile V. Patient throughput. In: Saluzzo Rf, Mayer TA, Strauss RF, et al, eds. Emergency Department Management: Principles and Applications. St. Louis, Mosby; 1997: 201-205.
13. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Konsültasyon Yönergesi. DEÜ Basımevi, İzmir; 2001.
14. Vincent TS. The art of consultation. *Res Staff Phys* 1987; 33(2): 116-20
15. Bender AS. Commandments for consultants. *Res Staff Phys* 1986; 32(4): 122-3
16. Jacobson S. Use of Consultants. In Schwartz GR, et al., eds. Principles and practice of emergency medicine. Malvern, PA: *Lea and Febiger* 1992: 3306.
17. Holliman JC. The art of dealing with consultants. *J Emerg Med* 1993; 11: 633-640
18. Genç M, Eğri M, Pehlivan E ve ark. Acil servise başvuran hastaların bekleme zamanları üzerine bir çalışma. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 1999; 6(4): 337-339.
19. La Coursiere DY, Nager CW. A comparison of two models of gynecology service consultation to the emergency department in an academic medical center. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(5): 1166-8.
20. Vissers MC, Hasman A, vd Linden CJ. Consultation behaviour of residents supported with a protocol processing system (ProtoVIEW) at the emergency ward. *Int J Biomed Comput* 1995; 38(2): 181-7.