

İzmir ve Çevre İllerdeki Acil Tıp Asistanlarının Defansif (Çekinik) Tıp Uygulama Düzeylerinin İncelenmesi The Evaluation of Defensive (Recessive) Medicine Practices of Emergency Medical Assistants in Izmir and Neighboring Cities

Veysel Kumtepe¹, Orhan Meral², Hayriye Gönüllü³

¹ Uzm.Dr, Kilis Devlet Hastanesi, Acil Tıp Birimi, Kilis, Türkiye

² Uzm.Dr, Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi, Adli Tıp Birimi, İzmir, Türkiye

³ Doç.Dr, Sağlık Bil. Üniv. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir, Türkiye

Özet

Amaç: Defansif (çekinik) Tıp; hekimlerin, tıbbi uygulama hatası (malpraktis) ihtimali ve buna bağlı meydana gelebilecek yaptırımlardan (idari, cezai, hukuki ve etik) korunmak amacıyla geliştirdiği, hastalardan ek testler ve araştırmalar istedikleri ya da yüksek riskli hastaları muayeneden kaçınmalarını içeren tıbbi davranışlardır. Sunulan çalışmada acil tıp asistanlarının defansif tıp ile ilgili tutumlarının değerlendirilerek elde edilen veriler ışığında literatüre katkı sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Etik Kurul onayı alındıktan sonra İzmir ve çevre illerde görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 153 acil tıp asistan hekimi çalışmaya dahil edilmiştir. Hazırlanan anket, 1.Nisan.2019-1.Mayıs.2019 tarihleri arasında katılımcılara uygulanmıştır.

Bulgular: Asistan hekimlerin % 66,7'si erkek olup, ortalama yaşı 29,53±3,63, mesleki tecrübeleri 4,63±3,27 yıl olarak bulunmuştur. Hekimlerin tümü tıbbi hata yapmaktan çekindiğini bildirmiş, %96,7'si içinde bulunduğu şartlara göre tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskinin "yüksek", "çok yüksek" veya "son derece yüksek" olduğu, %94,7'si tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğu, %87,6'sı hakkında dava açılması halinde performansının azalacağı düşüncesini bildirmiştir.

Sonuç: Sağlık ve hukuk alanında yapılacak düzenlemelerle hekimlerin tıbbi uygulama hatası ve tazminat ödeme korkusuyla yaptıkları gereksiz veya yetersiz tıbbi işlemlerin önüne geçilmeli, hekimlerin hukuki güvenceleri sağlanmalı ve zorunlu mali sorumluluk sigortasının hekimleri koruduğu netleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acil tıp, defansif tıp, malpraktis.

Summary

Objective: Defensive (Recessive) Medicine is the medical behavior developed by physicians in order to avoid sanctions (administrative, criminal, legal and ethical) that may occur due to medical malpractice, requiring additional tests and investigations from patients and avoiding examination of high-risk patients. In the study, it is aimed to contribute to the literature in the light of the data obtained by evaluating the attitudes of emergency medicine assistants regarding defensive medicine.

Material and Method: In this study, after the approval of the Ethics Committee, 153 emergency medicine assistant physicians working in İzmir and neighboring cities and agreeing to participate in the study were included in the study. A questionnaire was applied to the participants between 1.April.2019-1.May.2019.

Results: 66.7% of the assistant physicians are male and their average age is 29.53 ± 3.63 and their professional experience is 4.63 ± 3.27 years. All of the physicians reported that they were afraid of making medical errors, 96.7% of them were found to be "high", "very high" or "extremely high", 94.7% of them were in the number of medical malpractice cases reported that there was an increase, and 87.6% of them reported that their performance would decrease in case of litigation.

Conclusion: With the arrangements to be made in the field of health and law, unnecessary or inadequate medical procedures performed by physicians for fear of medical malpractice and the payment of compensation should be prevented, and the legal assurance of physicians should be provided, and it should be clarified that compulsory liability insurance protects the physician.

Keywords: Emergency medicine, defensive medicine, malpractice.

Kabul Tarihi: 31.Ocak.2020

Giriş

Malpraktis, Latince'de "male" ve "praksis" kelimelerinden türemiş olup, "kötü, hatalı uygulama" anlamına gelmektedir. Pratikte; bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan hatalı/kusurlu hareketleri olarak kullanılmaktadır. "Tıbbi malpraktis" ise; tıp mesleği mensuplarının hatalı/kusurlu hareketleri sonucu ortaya çıkan ve "Tıbbi Uygulama Hatası" olarak tanımlanan bir kavramdır (1).

Defansif tıp genel anlamıyla sağlık çalışanlarının tıbbi uygulama kusurları (malpraktis) nedeniyle uygulanan yaptırımlardan (idari, cezai, hukuki ve etik) korunmak için yaptıkları uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Defansif tıpta temel amaç, sağlık hizmeti alan kişilerin yararı olmayıp, hizmeti verenlerin kendilerini düşünerek davranmasıdır. Bu davranış biçimi, koruyucu sağlık hizmetlerinden, tanı koyma, tedavi etme, bilgilendirme ve belgelendirme gibi tüm aşamalarda olabilmektedir (2).

Defansif tıp yoğun olarak üzerinde durulan, çözüm yolları araştırılan ve önemli bir sorun olarak güncelliğini koruyan ciddi bir durumdur (2). Dünyada ve ülkemizde tıbbi uygulama hatası davalarının son yıllarda giderek arttığı çalışmalarda vurgulanmaktadır (3,4,5,6). Türk Ceza ve Tazminat Hukuku'nda sağlık çalışanlarının ve idarenin tıbbi hatalardan kaynaklanan yasal sorumluluklarını belirleyen özel düzenleme bulunmamaktadır. Mevzuatlarında bu yönde yasal düzenleme bulunan ve ceza-tazminat dinamiklerini sağlıklı şekilde uygulayan Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve bazı Avrupa Ülkeleri'nde de defansif tıbbin önemli bir problem olduğu rapor edilmektedir (3,4,5). Batıda defansif tıp uygulamaları Türkiye'den çok önce gündeme gelmiş olup; defansif tıbbin nedenleri, sonuçları, yararları, zararları incelenerek çözüm yolları sunulmuş, ancak incelemeler sonunda önerilen çözüm yolları istenen sonuca ulaşmamıştır (2). Ülkemiz sağlık çalışanlarında da özellikle son yıllarda dikkate değer biçimde defansif tıbbin uygulandığı görülmekte ve bu durumun sağlık sistemine etkileri gündeme gelmektedir (7). Çalışmalarda sağlık çalışanlarının çoğunun defansif tıp ifadesini duyduğu ancak içeriğini pek bilmediği belirtilmektedir. Bununla birlikte hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıbbi

bilerek veya bilmeyerek uyguladığı görülmektedir. Hekimler defansif tıp uygulamalarının hukuki sonuçlarını yeterince bilmedikleri için Tıbbi Uygulama Hatası'ndan (TUH: malpraktis) korunmaya çalışırken malpraktis yapar konuma gelebilmektedir (2).

Bu çalışmanın amacı, İzmir ve çevre illerde acil servislerde görev yapan acil tıp asistanlarının, malpraktis iddialarından kaçınmak için defansif tıp uygulamalarını ne şekilde kullandıkları ve ne sıklıkla başvurdukları, bu uygulamaların hangi dinamik etkenlerle ilişkili olduğu, hekimlerin daha önce yaşadığı hukuki ve idari sorunlarının defansif tıp uygulamalarına etkisi olup olmadığı ve defansif tıbbin sağlık sistemi üzerinde olumsuz sonuçlarını engellemek için neler yapılabileceğinin belirlenmesidir. Ek olarak bölgemiz acil tıp asistanlarının defansif tıp ile ilgili tutumları açısından veri oluşturmak ve literatüre katkı sunmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma Örneklemi:

Bu çalışmaya, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir Ege Üniversitesi Hastanesi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp kliniklerinde aktif olarak görev yapmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul ettiğini yazılı olarak beyan eden Acil Tıp asistanları (n:153) alınmıştır.

Etik kurul onayı:

Çalışmaya başlamadan önce İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 13.03.2019 tarih Karar No:6 ile Etik Kurul Uygunluk Onayı alınmıştır.

Yöntem:

Araştırmada yöntem olarak yüz yüze anket uygulaması seçilmiş olup, 1.Nisan-1.Mayıs.2019 tarihleri arasında uygulanmıştır. Anket, toplam 21 sorudan ve iki ana bölümden oluşmuş olup; birinci bölümde çalışmaya katılan gönüllülerin yaş, cinsiyet, uzmanlık alanı ve hekimlik sürelerini içeren sosyo-demografik bilgileri,

ikinci bölümde tıbbi uygulama hataları ve defansif tıp uygulamalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını konu alan sorular vardır.

İstatistiksel Yöntem:

Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için dağılıma bağlı olarak ortalama±standart sapma veya medyan ile çeyreklikler arası genişlik olarak tablo halinde verilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik testi Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Bağımsız iki grup karşılaştırılmalarında, sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında, sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılıklar Dwass-Steel-Critchlow-Fligner testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında 2x2 tablolarda Pearson Ki-Kare, RxC tablolarda ise

Fisher's Exact Test kullanıldı. İstatistiksel analizler, Jamovi project (2019), Jamovi (Version 0.9.5.12) [Computer Software], (Retrieved from <https://www.jamovi.org>) programı ile yapılmış olup, istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi p:0.05 olarak dikkate alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan 153 hekimden 102'si (%66,7) erkek, 51'i (%33,3) kadındır. Yaşları 24-44 arasında değişmekte ve ortalama 29,53±3,63 yaş, mesleki tecrübeleri 1-19 yıl arasında değişmekte ve ortalama 4,63±3,27 yıl olarak bulunmuştur.

Hekimlerin tümü tıbbi hata yapmaktan çekindiğini bildirmiş, %96,7'si içinde bulunduğu şartlara göre tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskinin "yüksek", "çok yüksek" veya "son derece yüksek" olduğu, %94,7'si tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğu düşüncesini bildirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Tıbbi hata yapmaktan çekinme ile dava riski ve sayısı üzerine görüşler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tıbbi hata yapmaktan çekindiğiniz oluyor mu?		
Her zaman	53	34,7
Çoğu zaman	56	36,6
Bazen	38	24,8
Nadiren	6	3,9
Tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir?		
Son derece yüksek	101	66,0
Çok yüksek	25	16,3
Yüksek	22	14,4
Pek yüksek değil	4	2,6
Hiç yüksek değil	1	0,7
Son yıllarda tıbbi malpraktis dava sayılarında artış olduğuna inanıyor musunuz?		
Kesinlikle evet	105	68,6
Evet	40	26,1
Kararsızım	7	4,6
Hayır	1	0,7
Toplam	153	100,0

Hekimlerin %87,6'sı (n=134) hakkında dava açılması halinde performanslarının azalacağı, %5,9'u (n=9) ise azalmayacağı düşüncesinde olup, %6,5'i (n=10) kararsız kalmıştır. Hekimlerin sadece 25'i (%16,3) tıbbi malpraktis iddialarından kendisini korumak için dava etme olasılığı

yüksek/kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınmadığını, yine sadece 7'si (%4,6) tıbbi malpraktis iddialarından kendisini korumak için, endikasyonsuz hasta yatırmadığını belirtmiştir. Hekimlerin tamamı tıbbi malpraktis iddialarından kendisini korumak için, fazladan konsültasyon

istediğini bildirmiş olup, 33'ü (%21,6) bu soruya çoğu zaman, 24'ü (%15,7) ise her zaman yanıtını vermiş, yine tamamı tıbbi malpraktis iddialarından kendisini korumak için, fazladan laboratuvar /

radyolojik tetkik istediğini bildirmiştir. Hekimlerin sadece 18'i (%11,8) tıbbi malpraktis iddialarından kendisini korumak için, fazladan ilaç yazmadığını bildirmiş (Tablo 2).

Tablo 2. Malpraktis endişesi ile yapılan defansif tıbbi uygulamalar

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ülkemiz yasal mevzuatında ve verilen yargı kararlarında komplikasyon-malpraktis ayırımının net olarak yapıldığını düşünüyor musunuz?		
Kesinlikle evet	10	6,5
Evet	18	11,8
Kararsızım	34	22,2
Hayır	57	37,3
Kesinlikle hayır	34	22,2
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, dava etme olasılığı yüksek / kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?		
Her zaman	18	11,8
Çoğu zaman	31	20,3
Bazen	53	34,6
Nadiren	26	17,0
Hiçbir zaman	25	16,3
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu?		
Her zaman	15	9,8
Çoğu zaman	35	22,8
Bazen	29	19,0
Nadiren	67	43,8
Hiçbir zaman	7	4,6
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu?		
Her zaman	24	15,7
Çoğu zaman	33	21,6
Bazen	83	54,2
Nadiren	13	8,5
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan laboratuvar tetkiki / radyolojik tetkik istediğiniz oluyor mu?		
Her zaman	71	46,4
Çoğu zaman	70	45,8
Bazen	8	5,2
Nadiren	4	2,6
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?		
Her zaman	16	10,5
Çoğu zaman	26	17,0
Bazen	55	35,9
Nadiren	38	24,8
Hiçbir zaman	18	11,8
Toplam	153	100,0

Hekimlerin %98,7'si mesleğini yaptığı herhangi bir dönemde tıbbi malpraktis iddialarından kendisini korumak için tıbbi uygulamaları hastalara daha

detaylı açıkladığını, %99,3'ü aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiği, tümü kayıtları daha detaylı tuttuğunu bildirmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Malpraktis endişesi ile alınan diğer önlemler.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tıbbi uygulamaları hastalara daha detaylı açıkladığınız oluyor mu?		
Her zaman	58	37,9
Çoğu zaman	65	42,5
Bazen	22	14,4
Nadiren	6	3,9
Hiçbir zaman	2	1,3
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu?		
Her zaman	47	30,7
Çoğu zaman	68	44,4
Bazen	30	19,6
Nadiren	7	4,6
Hiçbir zaman	1	0,7
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?		
Her zaman	75	49,0
Çoğu zaman	64	41,8
Bazen	11	7,2
Nadiren	3	2,0
Toplam	153	100,0

Çalışmamızda hekimlerin sadece 15'i (%9,8) "yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim" şeklinde düzenlenen bir belgenin hekimi sorumluluktan kurtaracağını düşündüğünü, 36'sı (%23,5) tıbbi hatası olduğu iddiasıyla hakkında bir veya daha fazla dava açıldığını, 45'i (%29,4) Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası (ZMSS)'nin hekimlik uygulamalarını daha rahat yapmasını sağlayacağını, 134'ü (%87,6) anketin yapıldığı anda ZMSS'nin olduğunu bildirmiştir (Tablo 4).

İçinde bulunduğu şartlara göre tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini "çok yüksek" olarak belirten 25 olgunun 23'ü (%92), "son derece yüksek" olarak belirten 101 olgunun 93'ü (%92,1) ZMSS'ni yaptırdığını bildirmiş olup bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0,005$). "Ülkemiz yasal mevzuatında ve verilen yargı kararlarında komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapıldığını düşünüyor musunuz?" sorusuna "kesinlikle hayır" cevabını veren 34 olgunun tamamı ZMSS'ni yaptırdığını bildirmiş olup bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0,005$).

Tıbbi hatası olduğu iddiası ile aleyhine dava açılan 36 olgunun 31'i (%86,1), dava açılmayan 117 olgunun 103'ü (%88) ZMSS'ni yaptırdığını

bildirmiş olup bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,005$).

Tartışma

Bu çalışmada acil tıp asistan hekimlerinin meslekteki yıl ortalaması 4,63 idi. Hiyama ve ark. çalışmalarında ankete katılan hekimlerin %82'sinin 9 yılın üzerinde mesleki tecrübeye sahip olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada 10 yılın üzerinde tecrübesi olan hekimlerin daha az tecrübeli olanlara göre yüksek riskli hastalardan kaçınması ve riskli girişim ve tedavilerden uzak durması daha az yaygındı (6). Pensilvanya'da yapılan ve her uzmanlık grubunda hekimlerin katıldığı bir çalışmada katılımcıların %96'sının 10 yılın üzerinde mesleki tecrübeye sahip olduğu, defansif tıp uygulama oranının ise benzer paralelde yüksek (%93) oranında bulunduğu rapor edilmiştir (3). 2016 yılında Malatya'da 234 hekim ile defansif tıp uygulamalarının yaygınlığını araştırmak için yapılan çalışmada, mesleki tecrübe arttıkça hekimlerin olası malpraktis iddialarından daha az çekindiği, daha az konsültasyon, daha az görüntüleme incelemesi istediği, komplikasyon riski yüksek hastalardan daha az kaçındıkları ve hastayı sevk etme oranlarının düştüğü gösterilmiştir (8).

Tablo 4. Sorumluluktan kurtulma ve ZMSS ile ilgili veriler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sizce “yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim” şeklinde düzenlenen bir belge hekimini sorumluluktan kurtarır mı?		
Kesinlikle evet	6	3,9
Evet	9	5,9
Kararsızım	53	34,6
Hayır	58	37,9
Kesinlikle hayır	27	17,7
Tıbbi hatanız olduğu iddiası ile aleyhinize dava açıldığı oldu mu?		
Hiç olmadı	117	76,4
Bir defa	21	13,7
İki defa	11	7,2
Üç defa	3	2,0
Üçten fazla	1	0,7
Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası (ZMSS) hekimlik uygulamalarınızı daha rahat yapmanızı sağlar mı?		
Kesinlikle evet	13	8,5
Evet	32	20,9
Kararsızım	37	24,2
Hayır	54	35,3
Kesinlikle hayır	17	11,1
ZMSS yaptırıyor musunuz?		
Hiç yaptırmadım	8	5,2
Son bir yıldır yaptırıyorum	20	13,1
Son iki yıldır yaptırıyorum	28	18,3
Son üç yıldır yaptırıyorum	28	18,3
Son dört yıldır yaptırıyorum	58	37,9
Daha önce yaptırmıştım şimdi sigortam yok	11	7,2
Toplam	153	100,0

Çalışmada değişik oranlarda defansif tıbbi yaklaşımlar sergiledikleri görülen hekimlerin bu uygulamalarının %100'lere vardığı görülmektedir. Ülkemizde defansif tıbbi uygulamaları ile ilişkili ülkemizde çeşitli uzmanlık alanlarında çalışmalar bulunmaktadır. İzmir'de aile hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada (9) değişik düzeylerde olmakla birlikte hekimlerin tamamının (%100) defansif tıp uyguladığı, yine İzmir'de diş hekimleri arasında yapılan bir çalışmada (10) defansif tıp uygulama düzeyinin %93,9 oranında orta-ileri derecede olduğu, Diyarbakır'da tıpta uzmanlık öğrencileri ile yapılan bir çalışmada (11) pozitif ve negatif defansif tıp uygulama sıklığının sırasıyla %98 ve %92 gibi yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde yapılan ve literatürde tespit edilebilen ilk çalışma, 2008 yılında Konya il merkezinde 762 katılımcı hekimle gerçekleştirilmiştir (7). Bu

çalışmaya göre katılımcıların %78,3'ünün, İstanbul'da yapılan bir diğer çalışmada (12) %83,3'ünün defansif tıp uyguladıkları; Kolcu ve ark (13) çalışmasına katılan hekimlerin tümünün defansif tıp uyguladığı, Selçuk ve ark çalışmasında (2) %84'ünün defansif tıp uyguladığını rapor etmiştir. Çınarlı ve ark. çalışmasına katılan hekimlerin %97'si tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inandığını, %77,1'inin tıbbi malpraktis iddialarından kendisini korumak için dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığını, %95'inin de dava riski nedeniyle tanı ve tedavi sürecinde fazladan tetkik istediğini belirtmiştir (14). Dünyada ve ülkemizde ortaya konulan bu yüksek oranların, son yıllarda artan davalar, ödenen yüklü tazminatlar ve hukuk sistemlerinde malpraktis-komplikasyon ayırımının net olarak tanımlanması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Son yıllarda Birleşik Devletlerde hekimlere karşı açılan malpraktis davalarının sayısının arttığı, bunu Uzak Doğu ve Avrupa ülkelerinin izlediği (2,5), malpraktis davalarındaki bu artışın hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirdiği Birleşik Devletler çalışmasında hekimlerin defansif tıp uygulama sıklığının %93 olduğu bildirilmiştir (3).

2008 yılında Konya'da Aynacı Y'nin yaptığı ve her yaş grubundan pratisyen, uzman veya öğretim üyesinin katıldığı çalışmada, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini hekimlerin %22,57'si son derece yüksek, %17,45'i çok yüksek, %32,68'i yüksek, %24,8'i pek yüksek değil, %2,49'u ise hiç yüksek değil olarak belirtmiştir (7). Bu çalışmanın sonuçları, çalışmamız bulgularına göre daha düşük saptanmıştır. Bu fark, Aynacı Y'nin çalışmasının tüm hekim gruplarına uygulanmış ve malpraktis kavramının nispeten daha yeni olduğu yıllarda yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir. Ülkemizde Konya'da Pirol'un 165 hekimle yaptığı bir çalışmada araştırmacılar malpraktis kaygısı nedeniyle hekimlerin %60,6'sının fazladan tetkik istediği, %71,5'inin fazladan ilaç yazdığı, %60,6'sının fazladan konsültasyon istediği, %58,8'inin endikasyonsuz hasta yatırdığını bildirmiştir (15). Ankara'da 2017 yılında yapılan başka bir çalışmada acil hekimlerinin %66,8'inin fazla konsültasyon istediği kaydedilmiştir (16). Studdert ve ark. defansif tıp uygulamalarının %92'sinin gereksiz konsültasyon isteme, fazladan test isteme ve fazladan tanı prosedürlerine başvurma olarak belirtmektedirler. Ayrıca aynı çalışmada Studdert ve arkadaşları %43 oranında gereksiz radyolojik tetkik kullanıldığını bildirmiştir (3). Ortashi ve ark. Birleşik Krallık'ta yaptıkları ve defansif tıbbi inceledikleri çalışmalarında hekimlerin %59'unun gereksiz testler istediğini rapor etmiştir (17).

Sunulan çalışmada hekimlerin %83,7'sinin dava etme olasılığı yüksek/kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığı, %95,4'ünün tıbbi malpraktis iddialarından kendisini korumak için endikasyonsuz hasta yatırdığı belirlenmiştir. Hiyama ve arkadaşlarının 2006 yılında gastroenterologlar arasında yaptıkları bir çalışmada hekimlerin %96'sının genel olarak bazı prosedürlerden veya müdahalelerden kaçınma ve yüksek riskli hastalara bakmama gibi davranışlarının olduğu,

%91'inin bazen veya sıklıkla kendini korumak adına bu davranışları sergilediği görülmüştür (6). Ortashi ve ark. hekimlerin %9'unun yüksek riskli hastaları tedavi etmeyi reddederken, %21'i de bu hastaların tedavisini üstlense bile yüksek riskli prosedürleri uygulamadığını, %55'inin hastayı gereksiz yere diğer bir uzmana yönlendirdiği bildirmiştir (17).

Çalışmada hekimlerin %98,7'sin tıbbi kayıtları daha detaylı açıkladığını ve kayıtları daha detaylı tuttuğu, %99,3'ü aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğini bildirmiştir. Hiyama ve ark. katılımcıların %35'inin hukuki olaylardan korunmak için hasta kayıtlarını çok dikkatli bir şekilde tuttuğu, %33'ünün hastalarını başka doktorlara gereksiz sevk ettiği, %21'inin belli prosedür ve girişimlerden kaçındığı ve %11'inin ise gereksiz laboratuvar testi istediğini rapor etmiştir (6). Pirol M. hekimlerin %81,8'inin hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalara daha detaylı açıkladığını, %81,2'sinin hastalara daha fazla zaman ayırdığını, %85,5'inin kayıtları daha detaylı tuttuğunu, %86,5'inin onam formlarına daha çok önem verdiğini bildirmiştir (15).

Sunulan çalışmada hekimlerin %55,5'inin "yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim" şeklinde düzenlenen bir belgenin hekimi sorumluluktan kurtarmayacağını düşündüğünü belirtmiştir. Çalışmanın bu bulguları dünya literatürüne göre daha yüksek yüzdelerle sahip olup, ülkemizde yapılmış olan başka çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışmamız nispeten daha deneyimsiz ve genç oldukları bilinen asistan hekim popülasyonu yapılmış olması, ülkemizde özellikle acil servislere hasta başvurusunun diğer ülkelere göre kayda değer düzeyde fazla olması ve bu nedenle yaşanan "hastaya yanlış tanı koyma ve tedavi verme" endişesi dünya literatürüne göre yüksek oranların görülmesinin nedeni olabilir.

Çalışmada, hekimlerin %23,5'ine tıbbi hatası olduğu iddiasıyla bir veya daha fazla dava açıldığı belirlenmiştir. Buna ek olarak çalışmada hekimlerin %87,6'sı hakkında dava açılması halinde performanslarının azalacağını düşünmektedir. Ayrıca çalışmada hekimlerin %96,7'si içinde bulunduğu şartlara göre tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini "yüksek", "çok yüksek" veya

"son derece yüksek" olarak belirtmektedir. Japonya'da 2006 yılında malpraktis iddiası ile açılan dava oranının %2 gibi az bir oranda olduğu bildirildi. Buna rağmen bu çalışmada hekimlerin bazı müdahale ve yaklaşımlardan kaçınma ve kendilerini korumaya yönelik davranma sıklığının yüksek olduğu bulunmuştur (6). Bu fark malpraktis davalarının daha önceki yıllara göre artmış olmasıyla ve kitle iletişim araçları vasıtasıyla oluşan sansasyonel haberlerle ilişkili olabilir. Birleşik Devletler'de yapılan ve acil hekimlerinin de dahil olduğu bir çalışmada Hiyama'nın çalışmasının aksine katılımcıların %87'sine mesleğini yürütürken tıbbi uygulamaları nedeni ile dava açıldığı rapor edilmiştir (3).

Ülkemizde 2009 yılında yapılan ve pratisyen, uzman ve tıpta uzmanlık öğrencilerini kapsayan çalışmada katılımcılar malpraktis nedeni ile dava açılma endişesinin sağlık hizmetine zarar vereceğini (%66,7) ve bu endişenin hastalara müdahalede çekinik davranmaya sebep olabileceğini (%69,7) belirtmiştir (18). 2017 yılında kardiyoloji alanında çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %11,6'sının geçmişte malpraktis iddiası ile dava edildiği, %52,8'sinin ise malpraktis korkusu nedeni ile mesleki pratiklerinde değişiklik yaptıkları bildirilmiştir (19). Konya'da yapılan bir çalışmada Aynacı Y çalışmaya katılan hekimlerin %12,34'üne malpraktis iddiası nedeni ile dava açıldığını, hekimlerin %84,6'sının malpraktis endişesinin performansı azalttığını düşündüğünü rapor etmiştir (7).

Çalışmada hekimlerin %87,6'sı anketin yapıldığı anda ZMSS'nin olduğunu, sigortasız hekimlerin %42,1'inin bu güne kadar hiç sigorta yaptırmadığı kaydedilmiştir. Konya çalışmasında katılımcı hekimlerin %73,4'ünün ZMSS'yi hiç yaptırmadığı, %7,4'ünün son bir yıldır yaptırdığı, %4,5'inin daha önce ZMSS yaptırdığı ancak şimdi sigortasızım yanıtını verdiği görüldü (7). Hiyama ve ark. çalışmasında ankete katılan hekimlerin %96'sının kendilerini malpraktis davalarından korunmak için sigorta yaptırdığını bildirmiştir (6). Studdert ve ark. katılımcıların sorumluluk sigortalarında güven eksikliği olduğunu ve sigorta primlerini maddi olarak külfetli olduğunu rapor etmiştir (3).

Sunulan çalışmada hekimlerin %94,7'si tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna

inanmakta, aynı zamanda sadece %18,3 gibi düşük bir oranı ülkemiz yasal mevzuatında ve verilen yargı kararlarında komplikasyon-malpraktis ayırımının net olarak yapıldığını düşünmektedir. Çalışmada hekimlerin %87,6'sı ZMSS yaptırdığı halde sadece %29,4'ü ZMSS'nin hekimlik uygulamalarını daha rahat yapmasını sağlayacağını düşünmektedir. İçinde bulunduğu şartlara göre tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini "çok yüksek" olarak belirten katılımcıların %92'sinin, "son derece yüksek" olarak belirten katılımcıların %92,1'inin ZMSS yaptırdığını ($p<0,005$), "Ülkemiz yasal mevzuatında ve verilen yargı kararlarında komplikasyon-malpraktis ayırımının net olarak yapıldığını düşünüyor musunuz?" sorusuna "kesinlikle hayır" cevabını veren katılımcıların tamamının ZMSS'nı yaptırdığı ($p<0,005$), tıbbi hatası olduğu iddiası ile aleyhine dava açılan katılımcıların %86,1'inin dava açılmayanların %88'inin ZMSS yaptırdığı belirlenmiştir ($p>0,005$). Daha önce dava edilen veya edilmeyen tüm hekimlerin anlamlı düzeyde ZMSS yaptırdığı görülmektedir. Bulgular, çalışmada ZMSS'nin koruyuculuğuna güvenin tam olmamakla birlikte tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskinin "son derece yüksek" ve "çok yüksek" olarak tanımlayan hekimlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ZMSS yaptırdığını göstermektedir.

Son yıllarda Türkiye'de artan davaların ve tedirgin çalışma şartlarının hekimlerin uzmanlık alanı seçimlerini etkilediği ve yüksek riskli uzmanlık alanlarının daha az tercih edildiği bildirilmiştir (20,21). Hekimler arasındaki malpraktis sorumluluğu ve sigortadan kaynaklanan genel endişe düşünüldüğünde; yasal risklerin birçok hekimin klinik endişeleri arasında yer aldığı ve bu endişenin birçok hastaya yaklaşımı etkilediği düşünülmektedir.

Birleşik Devletler'de dava edilme oranının yüksek olması eyaletlere göre değişen hukuk sistemi ve hastaların devlet güvencesi ile değil sigorta şirketlerince yüksek sigorta maliyetleri ile sigortalı olmuş olması ile ilişkili olabilir. Birleşik Devletler'de malpraktisi önlemek için düzenlenen kurslara verilen ücretlerin, diğer klinik veya klinik olmayan kurslara harcanan paralardan çok fazla hale geldiği ve defansif tıbbi savunan hekimler tarafından Medical Defence Union (Tıp Defans Derneği) ve Medical Protection Society (Tıp Koruma Birliği) gibi meslek örgütlerinin

kurulduğu görülmektedir. Türkiye’de bu konuda herhangi bir komite kurulmamış olup tabip odaları bu konuda hekimlerin hakkını savunma misyonu edinmiştir (20,22).

Sağlık hizmetinin çok önemli bir bölümü kamu hastaneleri tarafından sağlanmaktadır. Kamuda çalışan hekimlerin tıbbi uygulamalardan doğan davaların doğrudan muhatabı olmamaları bir avantaj gibi görünmekle birlikte, kurumlarınca kendilerine rücu’en bir tazminat davasının yöneltilme ihtimali oldukça gergin bir bekleyişin yanı sıra, defansif tıp uygulamalarını körüklediği bildirilmektedir (23). Defansif tıbbin ekonomik boyutunu düşündüğümüzde bu uygulamalarının maliyetinin çok fazla olduğu, bunun yanı sıra riskli hasta bakmaktan kaçınma, endikasyonsuz tedavi, gereksiz ilaç yazma gibi tipik defansif tıp davranışlarının oldukça fazla olduğu ve bunun dava edilme kaygısından kaynaklandığı söylenebilir. Bütün bunların hekimin iş performansını olumsuz yönde etkileyeceği açıktır.

Sonuç

Sağlık ve hukuk alanında yapılacak düzenlemelerle hekimlerin tıbbi uygulama hatası ve tazminat ödeme korkusuyla yaptıkları gereksiz tıbbi işlemlerin önüne geçilmeli, hekimlerin hukuki güvenceleri sağlanmalı ve ZMSS’nin hekimi koruduğu netleştirilmelidir. Tüm dünyada ve ülkemizde de artan defansif tıp uygulamalarını değerlendirmek için yapılan çalışmalar son yıllarda popülerite kazanmış olmakla birlikte çözüme yönelik yapılacak olan çalışmalar hem literatüre hem de pratik uygulamalara katkı sunacaktır.

Kısıtlılıklar:

Bir çok klinik durumda uygun veya uygunsuz bakım arasındaki fark çok açık ve somut olarak belirlenmediğinden katılımcıların kendilerinin defansif tıbbi kimliklendirmesi ve ölçmesi güçtür. Katılımcıların cevapları sağlık sisteminde kanun koyuculara karşı olan siyasal görüş farklılıkları nedeni ile abartılmış olabilir. Çalışmamız benzer sosyokültürel düzeye sahip hasta popülasyonu ile ilgilenen hekimler arasında yapılmış olması da katılımcıların cevaplarını etkilemektedir. Çalışmamızda benzer sayıda acil tıp uzmanı dahil edilmediğinden acil tıp asistanları ve acil tıp uzmanları arasında

karşılaştırma yapılamamıştır. Çalışmamıza farklı klinik asistanları dahil edilmediğinden defansif tıp uygulamaları ile ilgili karşılaştırma yapılamamıştır. Belirtilen hususlar çalışmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Etik Kurul Onayı:

Çalışma etik protokolü Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Klinik Araştırma Kurulu tarafından onaylanmıştır. Ayrıca, çalışma Helsinki Bildirgesi’ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Finansal destek:

Yazarlar bu çalışma için herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Çıkar Çatışması Beyanı:

Yazarlar bu yazı ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Yorulmaz AC, Çetin G. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, no:48, İstanbul, 2006.
2. Selçuk M. Çekinik (Defansif) Tıp, İzmir Demokrasi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Tezi, 2015, İzmir.
3. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA 2005;1(293):2609-17.
4. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine:A questionnaire study of general practitioners. BMJ 1995;310(6971):27-9.
5. Tancredi LR, Barondess JA. The problem of defensive medicine. Science 1978;200:879-82.
6. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, et al. Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Japan. World J Gastroenterol 2006;12:7671-5.
7. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı,. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2008, Konya.
8. Mete B, Naçar E, Tekin C ark. Malatya il merkezinde

- çalışan hekimlerde defansif tıp uygulamaların araştırılması. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 2017;6:270-5.
9. Başer A, Kolcu G, Çığırıl Y ve ark. İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi* 2014;4(3):16-24.
 10. Başer, A, Kolcu Mİ, Kolcu G ve ark. Diş Hekimlerinin Defansif Diş Hekimliği Konusundaki Görüşleri: Kesitsel Bir Çalışma. *Tepecik Eğitim Hast Derg* 2014;24:103-9.
 11. Göçen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H et al. Assistant Physicians Knowledge and Attitudes about Defensive Medical Practices, Work-Related Stress and Burnout Levels. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2018;2:77-87.
 12. Yılmaz K. Defansif Tıbbi Uygulamaların Hukuki Açısından Yorumlanması. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul.
 13. Kolcu G. TBSB İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler ile Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi, SBÜ Bozyaka Eğitim Araşt. Hast Aile Hek Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2013, İzmir.
 14. Çınarlı S, Meral O, Ateş M ve ark. Kamu Kurumlarında Çalışan Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Uygulama Hatası Sonucunda Rûcu Edilecek Tazminat Davaları Çekincesiyle Yaptıkları Defansif Tıp Uygulamalarının Tespiti ve Çözüm Önerileri. *Tıp Hukuku Dergisi* 2018;14:163-80.
 15. Pirol M. Hekimlerin Karar Verme Algılarının Defansif Tıp Tutumları Üzerine Etkisinin Araştırılması, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Konya.
 16. Eshikumo IS. Acil Hekimlerinin Konsültasyon Sürecinde Yaşadıkları Zorlukların Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 2017, Ankara.
 17. Ortashi, O, Virdee J, Hassan R, et al. The Practice of Defensive Medicine Among Hospital Doctors in the United Kingdom. *BioMed Central Medical Ethics* 2013;14: 42.
 18. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ. Knowledge of and attitudes towards malpractice among physicians in Tokat, Turkey. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2009;31:356-66.
 19. Olcay A, Emren SV, Güler GB et al. The opinion of Turkish cardiologists on current malpractice system and an alternative patient compensation system proposal: PCS study Group 2017;45:630-7.
 20. Aydaş S. Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Uygulamaları. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul.
 21. Yavuz I, Çamsarı UM, Arisoy Y. Sağlıkta Dönüşüm Programının Tıpta Uzmanlık Tercihlerine Etkisi. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri* 2017;37:53-60.
 22. Karsavuran S, Kaya S, Akturan S. Hekim-Hasta İlişkisinde Güven, Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2011;14:2.
 23. Dirnhofer R, Wyler D. Treatment failure from the viewpoint of forensic medicine. *Therapeutische Umschau. Revue therapeutique* 1997;54:272-9.

İletişim:

Uzm.Dr. Orhan Meral
Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi,
Adli Tıp Birimi, İzmir, Türkiye
Tel: +90.542.7722561
E-mail: orhanmeral@ymail.com