



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**SÖZLEŞMELİ AİLE HEKİMLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ
UZMANLARININ DEFANSİF TIP UYGULAMALARI
KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Latife Saraç

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**SÖZLEŞMELİ AİLE HEKİMLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ
UZMANLARININ DEFANSİF TIP UYGULAMALARI
KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Latife Saraç

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Derya İren Akbıyık

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin başlangıcından itibaren hep yanımda olan, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, örnek aldığım, zor zamanlarımda bana umut veren, farklı bakış açıları kazandıran, danışman hocam Sayın Prof. Dr. Derya İREN AKBIYIK'a, eğitim sorumlumuz Sayın Doç. Dr. Cenk AYPAK'a, aile hekimliği ihtisasına ilk başladığım gün tanıştığım, her zaman desteğini gördüğüm hocam Sayın Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU'na, başasistan Uzm. Dr. Özlem SUVAK'a, Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği uzmanlarına,

Kliniğimizde birlikte çalışmaktan ve asistanlık sürecinde pek çok anımızı birlikte paylaşmaktan büyük mutluluk duyduğum, Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık (SAHU) eğitimi öğrencisi olan arkadaşlarıma, SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUEAM'deki ailem olan aile hekimliği asistanı arkadaşlarıma,

Eğitimim sırasında ve rotasyonlarda benden desteklerini esirgemeyen ve hep yanımda olduklarını hissettiğim mesai arkadaşlarım Şehit Uhd Kadir Işık Aile Sağlığı Merkezi Hekimleri Dr. İlknur TEKCAN, Dr. Suat BULDUKLAR, Uzm. Dr. Şeyda KUNT, Dr. İsmet MALHATUN, Dr. Mehtap KÖKSAL KANDEMİR, Uzm. Dr. Sümeyye SELÇUK MUNGAN ve Dr. Ali ELMAS'a,

Eğitimim sırasında pek çok rotasyonda birlikte çalıştığım, mesleki deneyimlerimi arttırdığım, hastanemiz göğüs hastalıkları, dahiliye, kardiyooloji, genel cerrahi, psikiyatri klinik hocaları ve asistanlarına, kadın doğum rotasyonumu yaptığım Sağlık Bakanlığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi hocaları ve asistanlarına, pediatri rotasyonumu yaptığım Sağlık Bakanlığı Ankara Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi hocaları ve asistanlarına,

Eğitim sürecim boyunca ve her zaman bana her konuda destek olan, varlıkları ve enerjileri ile bana her zaman mutluluk ve güç veren sevgili eşim Çetin SARAÇ'a ve kızım Zehra Nur ve oğlum Talha'ya, her zaman yanımda olan çok sevgili annem, babam ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
TABLOLAR DİZİNİ	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. AİLE HEKİMLİĞİNİN GÖREV VE TANIMLARI	3
2.2. DEFANSİF TIP VE TANIMI	9
2.2.1. Defansif Tıp Türleri	11
2.2.1.1. Pozitif defansif tıp.....	11
2.2.1.2. Negatif defansif tıp	12
2.3. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ YAYGINLIĞI	13
2.4. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ NEDENLERİ.....	15
2.4.1. Hasta-Hekim İletişimi	16
2.4.2. Tıbbi Hata ve Tıbbi Hata Davaları	18
2.4.3. Medyanın Etkisi	21
2.4.4. Şikâyet Edilme Korkusu.....	23
2.4.5. Mesleki Deneyimin Az Olması	24
2.4.6. Şiddet.....	25
2.4.7. Sağlık Sistemi.....	26
2.4.8. İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik	26
2.5. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ SAĞLIK SİSTEMİNE, HEKİME VE HASTALARA ETKİSİ	27
2.6. DEFANSİF TIP UYGULAMALARI VE MALPRAKTİSİN HUKUKİ BOYUTU	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE EVRENİ	31

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	31
3.3. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ.....	32
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	32
3.5. ARAŞTIRMANIN KABUL VE RET KRİTERLERİ	32
3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ	32
3.7. VERİ ANALİZİ	33
3.8. ÇIKAR ÇATIŞMASI.....	33
3.9. ETİK ONAY	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	34
4.2. DEFANSİF TIP UYGULAMA DAVRANIŞI.....	35
4.3. DEFANSİF TIP UYGULAMASI YAPMAMAK	54
4.4. POZİTİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI	57
4.5.NEGATİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI	59
4.6. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ SONUÇLARI	66
4.7. ÖNERİLER	67
5. TARTIŞMA	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
6.1. KLİNİSYENE ÖNERİLER	80
6.2. SAĞLIK BAKANLIĞI'NA ÖNERİLER	80
KAYNAKLAR	81
EKLER.....	85
EK-1. SBÜ Tez Konusu Onay Formu.....	85
EK-2. SBÜ Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onay Formu	92
ÖZGEÇMİŞ	93

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
AHU	: Aile Hekimliği Uzmanlığı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DT	: Defansif Tıp
EKG	:Elektrokardiyografi
NDT	: Negatif Defansif Tıp
PDT	: Pozitif Defansif Tıp
PSA	:Prostat Spesifik Antijen
SAH	: Sözleşmeli Aile Hekimleri
SGK	:Sosyal Güvenlik Kurumu
WONCA	: World Organization of Family Doctors.

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Aile Hekimliği Temel Özellikleri ve Çekirdek Yeterlilikleri..... 7

Şekil 2: Defansif Tıp Uygulama Davranışına Göre Kavram Haritası..... 35



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Odak Grup Görüşmelerinin Yapılandırıldığı Ana Başlıklar.....	33
Tablo 2: Ana Kategoriler	34
Tablo 3: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	34



ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tanı-tedavi hizmetlerini yürütmekte olan sözleşmeli aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının defansif tıp uygulamaları hakkındaki farkındalıklarının, bu konudaki öznel bakış açılarını ortaya koymak suretiyle uygun çözüm önerilerine gidilmesi amaçlandı. Elde edilen bilgi ile aile hekimliği uygulamalarında ve ilgili sağlık politikalarında iyileşme sağlanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu nitel (kalitatif) çalışma örneğinde Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplantı salonları kullanılarak sahada en az bir yıldır aktif çalışan 9 aile hekimi ve 6 aile hekimliği uzmanı ile iki farklı yarı yapılandırılmış odak grup görüşmesi yapılmıştır. Yarı yapılandırılmış dört ana konu etrafında görüşmelere başlanmış ve görüşmenin gidişatına göre derinleşmek amacıyla ek sorular sorulmuştur. Fenomenolojik desende tasarlanmış çalışmada katılımcıların tecrübeleri ses kayıt cihazıyla kaydedilip daha sonra çözümlenerek yazılı belgeye aktarılmıştır. Yazılı döküm haline getirilmesi ve toplanan nitel verilerin değerlendirilmesinde betimsel içerik analizi yapılmıştır. Nitel veri analizinde, benzerlikler ve farklılıklar tanımlanarak kategoriler belirlenmiştir. Bu kategoriler verilerin gruplandırılmasında ve karşılaştırılmasında kullanılmıştır. Belirlenen bu kategoriler daha sonra bağlamsal olarak incelenmiş ve kategoriler sınıflandırılarak kodlanmıştır. Daha sonra MAXQDA 2020 programında elde edilen kategoriler ve kodlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Bulgular: Odak grup görüşmelerinde sözleşmeli aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının anlattıkları defansif tıp uygulamaları tutum ve davranışlarıyla ilgili görüşmeler 6 ana başlık ve 57 alt başlık altında özetlenmiştir. Sözleşmeli aile hekimleri ağırlıklı olarak hastaların aşırı isteği, bilgi eşitlenmesi ve standardizasyon, hasta-hekim ilişkileri, hastanın sorumluluk alması, risk alma korkusu, renkli reçete sistemindeki ilaç etkileşimleri, hastaya zarar verme korkusu, hasta şiddeti, periyodik muayene rehberlerinin kullanılması; aile hekimliği uzmanları ise ağırlıklı olarak sağlık raporları, sağlık idarecileri tarafından hekimin desteklenmesi, hasta-hekim ilişkisi, hekimin kişiliği, kanuni süreçler, hastaların aşırı isteği, mesleki deneyim ve uzmanlık eğitiminin etkileri konularında görüşlerini beyan etmişlerdir. Defansif tıp

konusunun sonuçlarını tartıştıklarında hastaların hastalık algısının değiştiği, hem hastanın hem hekimin zaman ve para kaybetmesine yol açarken iş yoğunluğunun da artmasına neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca defansif tıp uygulamalarının hasta-hekim ilişkilerini bozarak tarafların çatışmasına neden olduğu ifade edilmiştir. Bu konuda önerileri sorulduğunda; iş yeri raporlarının aile hekimliğinin işi olmadığı, sorumluluğun iş yeri hekimlerine verilmesi gerektiği, mezuniyet öncesi sağlık hukuku dersleri ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerin olması, koruyucu hekimliğin güçlendirilmesi ve aile hekimliğinin ilk önceliği olması, periyodik muayene rehberlerinin kullanımının aile hekimliğinde yaygınlaştırılması, hastaların aile hekimliği sistemi ve finansmanı hakkında doğru bilgilendirilmesi, defansif tıp uygulamalarından kaçınılması, sağlık yöneticilerinin daha çok sorumluluk alması, sağlık okuryazarlığının desteklenmesi, hastaya yaptırımlar olması ve aynı sistem içinde çalışanlar arasında bilgi eşitlemesi, sağlık yöneticilerinin hekimleri desteklemesi, sağlıkta şiddetle ilgili tanı kodlarının olması ve medyanın sağlık sistemini desteklemesi önerilerinde bulunulmuştur.

Sonuç: Defansif tıp teriminin aile hekimliğinde yeni bir kavram ve bilinirliğinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Buna rağmen aile hekimlerinin ifade ettikleri görüşlere bakıldığında hekimin mesleki deneyimine, uzmanlık eğitimi alıp almadığına, kötü tecrübeler yaşayıp yaşamadığına, bazen cinsiyetine, kişiliğine ve bakış açısına, çalıştığı kuruma, karşısındaki hastanın ve hastalığının durumuna göre defansif tıbbın çeşitli şekillerini günlük pratiklerinde kullandıkları ortaya çıkmıştır. Hekimlerin defansif tıp uygulamalarının sonuçlarıyla ilgili algılarının defansif tıp yapılmaması hakkında umut verici olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Defansif Tıp, Tıbbi Uygulama Hataları

ABSTRACT

Aim: In this survey, it was aimed to propose appropriate solutions by revealing the awareness of the contracted family physicians and family medicine specialists who are carrying out preventive health services and primary care diagnosis and treatment services about defensive medicine practices and subjective perspectives on this issue. It was aimed to improve the health policies related to family medicine practices with the information obtained.

Materials and Methods: In this qualitative study example, 2 different semi-structured focus group interviews were conducted with 9 family physicians and 6 family medicine specialists who have been active in the field for at least 1 year, using the Dışkapı Training and Research Hospital meeting rooms. The meeting were started around 4 semi-structured main topics and additional questions were asked to deepen according to the course of the interview. In the survey designed in a phenomenological pattern, the experiences of the participants were recorded with a voice recorder, then analyzed and transferred to the written document. Descriptive content analysis was carried out in written transcription and evaluation of the qualitative data collected. In qualitative data analysis, similarities and differences are defined and categories are determined. These categories were used to group and compare data. These determined categories were then examined contextually and the categories were classified and coded. Then, the relationships between the categories and codes obtained in the Maxqda 2020 program were examined.

Findings: In the focus group interviews, the discussions about the attitudes and behaviors of the defensive medicine practices that contracted family physicians and family medicine specialists told were summarized under 6 main titles and 57 subtitles. Contracted family physicians predominantly, patients' excessive desire, information synchronization and standardization, patient-physician relations, patient's responsibility, fear of taking risks, drug interactions in the colored prescription system, fear of harming the patient, patient severity, use of periodic examination guidelines; Family medicine specialists mostly expressed their opinions on health reports, support of physicians by health administrators, patient-physician relationship, physician's personality, legal processes, patients' excessive desire,

professional experience and effects of specialist education. When they discussed the results of defensive medicine, it was stated that patients' perception of illness changed, causing loss of time, money and increase in workload for both patient and physician. It was also stated that defensive medicine practices caused a conflict by disrupting patient-physician relations. When asked about their suggestions on this subject; Family reports are not the job of family medicine, responsibility should be given to workplace physicians, pre-graduate health law courses and post-graduate in-service trainings, strengthening preventive medicine and being the first priority of family medicine, the use of periodic examination guidelines in family medicine, family medicine system of patients accurate information about healthcare and financing, avoiding defensive medicine practices, healthcare managers taking more responsibility, supporting health literacy, sanctions for patients and synchronizing information among employees within the same system, healthcare managers supporting physicians, having diagnostic codes related to violence in health, media's health system support suggestions were made.

Results: Defensive medicine is less known it has been revealed that there is a new concept in family medicine. Nevertheless, when the views of family physicians expressed, it was revealed that they used various forms of defensive medicine in their daily practices according to the professional experience of the physician, whether they received specialist training, whether they had bad experiences, sometimes their gender, personality and perspective, the institution they work for, the condition of the patient and the disease. It was observed that physicians' perceptions about the results of defensive medicine practices were promising about not doing defensive medicine.

Keywords: Primary Care, Defensive Medicine, Medical Malpractice

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği genel sağlık sistemi içerisinde yaş, cinsiyet ve hastalık ayırmaksızın hastalara açık ve sınırsız erişim imkânı sunan ilk temas noktası konumundadır. Aile hekimi, birinci basamaktaki diğer sağlık profesyonelleriyle bağlantılı çalışarak, hastanın ihtiyaç duyduğu hallerde diğer uzmanlık branşlarıyla iletişime geçerek koordinasyon ve savunuculuk yapmaktadır. Ayrıca hastaya ve ortama dayalı, hastayla ortak karar verebilen, srekliplik arz eden doktor-hasta ilişkine dayanan kişi merkezli bakım vermekte olup, toplum yönelimli özelliği ile toplum sağlığından da sorumludur. Aile hekimi ayrışmamış hastalıklara bakması, akut ve kronik hastalık ayırımı yapmaması, insidans ve prevalansa dayalı kararlar alması nedeniyle özgün problem çözme becerisine sahiptir. Yine aile hekiminin sağlık problemlerini fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele aldığı için bütüncül modelleme yeterliği vardır (1). Hastasını iyi tanıyan aile hekimi hastasına uygun, kişisel ve daha hasta merkezli, insancıl bakım sağladığından sağlık uygulamaları maliyet-etkin olmaktadır (2). Birinci basamak hizmetleri güçlendirilmemiş ülkelerde aile hekimliğinin kapsayıcı bakım özelliğinin zayıf olduğu görülmüş ve bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin maliyetinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Aynı şekilde sağlık hizmeti giderlerinin gayri safi milli hasıladaki payının düşük olduğu ülkelerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü olduğu değerlendirilmiştir (3).

Defansif tıp uygulamaları bazen hastanın yararına gibi görünse de çoğu zaman hastaların fiziksel ve ruhsal açıdan zarar görmelerine ve sağlık sistemine ek maliyetler yüklenmesine neden olmaktadır. Bu noktada hekimlerin de hukuki ve cezai sorumluluğu gündeme gelebilmektedir. Bu uygulamalar sağlık hizmetlerinin her aşamasında (koruyucu hizmetler, tanı ve tedavi, bilgilendirme, kayıt ve belgelendirme vb.) görülebilmektedir (4,5).

Defansif tıp (DT), tıbbi uygulama hatalarına ilişkin davalardan korunmak amacıyla hekimlerin hastalara karşı davranışlarını, olumlu ya da olumsuz yönde değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Pozitif defansif tıp (PDT) uygulamaları, hekimin genellikle tıbbi anlamı olmayan, gereksiz, fazladan ya da marjinal sağlık uygulamalarını hasta üzerinde gerçekleştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Negatif

defansif tıp (NDT) uygulamaları ise hekimin tıbbi hata iddiası olabileceği endişesiyle, yüksek riskli gördüğü için aslında hastaya yarar sağlayabilecek bir uygulamadan kaçınması veya başka bir hekime yönlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Ancak hekimler bir taraftan tıbbi hata davası korkusuyla DT uygulama davranışı gösterirken, diğer taraftan DT'nin kendisi sonuçları itibariyle tıbbi uygulama hatalarına yol açabilmektedir. Literatür çalışmaları dünyada ve ülkemizde DT uygulamalarının artış eğiliminde olduğunu göstermektedir (6). Tıbbi hata davaları açısından riskli olan uzmanlık alanları haricinde aile hekimliği, psikiyatri ve diş hekimliği gibi orta ve düşük riskli uzmanlık alanlarında da DT yapıldığı bildirilmiştir (7).

Bu çalışmanın amacı; yarı yapılandırılmış odak grup görüşmeleri yoluyla sağlık sistemi, hekimler ve hastalar açısından istenmeyen sonuçları olan defansif tıp uygulamaları hakkında sözleşmeli aile hekimleri (SAH) ve aile hekimliği uzmanlarının (AHU) defansif tıp uygulamaları konusundaki tutum ve davranışlarını anlamak olarak tasarlanmıştır. Aile hekimi olarak çalışan SAH ve AHU'nun DT uygulama davranışları ve nedenleri, DT uygulaması yapmama nedenleri, PDT ve NDT hakkındaki görüşleri, DT uygulamalarının sonuçlarının değerlendirilmesi ve bu konudaki çözüm önerileri tartışılarak incelenecektir. Elde edilecek veriler mevcut aile hekimliği disiplini ve uygulamalarının geliştirilmesi amacıyla kullanılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMLİĞİNİN GÖREV VE TANIMLARI

Aile hekimliğine olan ihtiyacı, ilk defa 1923 yılında Francis Peabody “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği”ni belirterek savunmuştur. Bunun sonucunda 1952 yılında İngiltere’de *Royal College of General Practitioners* kurulmuş, *American Medical Association* (Amerikan Tıp Birliği) 1966 yılında Milis ve Willard Raporları’nı yayınlamış ve ABD’de 1969 yılında birincil koruma konusunda yeni bir uzmanlık dalı “aile hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (*Board of Family Practice*) oluşturulmuştur. 1974’de Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında birinci basamak hekimliğinin farklı bir uzmanlık dalı olduğu belirtilmiştir (8).

1974’te Leeuwenhorst, genel pratisyeni, “yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleksi sorumluluğu kabul eder” şeklinde tanımlamıştır.

1991 yılında *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA) ise genel pratisyen ya da aile hekimini, “esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleksi görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine

ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir” olarak tanımlanmıştır (8).

Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, 1978’de Alma-Ata’da toplanmış; dünya topluluğunu korumak ve dünyadaki tüm insanların sağlığını geliştirmek için hükümetlerin tamamı ile tüm sağlık ve kalkınma çalışanlarının bir acil eylem planına ihtiyacı olduğunu bildiren bir bildirge yayınlamıştır. Bu bildirgede birinci basamak sağlık hizmeti; evrensel olarak bireyler tarafından erişilebilirlik anlamında pratik, bilimsel olarak sağlam, sosyal olarak kabul edilebilir yöntemlere ve teknolojiye dayanan, toplumdaki ailelerin tam katılımları yoluyla, toplumun ve ülkenin kendi özgüven ve özdeyiş ruhu içinde gelişimlerinin her aşamasında sürdürmeyi göze alabilecekleri bir maliyetle sağlanan bir temel sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır. İşlevi itibarıyla toplumun genel sosyal ve ekonomik gelişiminin merkezinde ve ana odağında yer aldığından, ülkenin sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır. Ulusal sağlık sistemi ile sağlık hizmetlerinin ve bunun ilk bileşeni olan sürekli bakımın, insanların yaşadıkları ve çalıştıkları yerlere olabildiğince yakınlştırılarak bireylerin ilk karşılaşma seviyesini oluşturduğu belirtilmiştir.

Deklarasyona göre birinci basamak sağlık hizmeti;

1. Ülkenin ekonomik koşulları, sosyokültürel ve politik özelliklerinden gelişen ve bunları yansıtan sosyal, biyomedikal ve sağlık hizmetleri araştırmaları ve halk sağlığı deneyimlerinin ilgili sonuçlarının uygulanmasına dayanan bir ortaklıktır.
2. Buna göre teşvik edici, önleyici, tedavi edici ve iyileştirici hizmetler sunarak toplumdaki temel sağlık sorunlarını ele alır.
3. En azından şunları içerir: geçerli sağlık sorunları ve bunların önlenmesi ve kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim, gıda tedariki ve doğru beslenmenin teşviki, yeterli miktarda güvenli su ve temel sanitasyon, aile planlaması dahil anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, büyük bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, lokal endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, yaygın hastalık ve yaralanmaların uygun tedavisi ve temel ilaçların sağlanması.
4. Sağlık sektörüne ek olarak ilgili tüm sektörleri, ulusal ve toplumsal kalkınmayı, özellikle tarım, hayvancılık, gıda, sanayi, eğitim, konut,

bayındırlık, iletişim ve diğer sektörleri içerir; tüm bu sektörlerin koordineli çabalarını talep eder.

5. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin planlanması, organizasyonu, işletilmesi ve kontrolü en üst düzeyde toplumsal ve bireysel öz güven ve katılımı gerektirir ve teşvik eder; yerel, ulusal ve diğer mevcut kaynaklardan en iyi şekilde yararlanmak ve bu amaçla uygun eğitim yoluyla toplulukların katılma yeteneğini geliştirir.
6. Herkes için kapsamlı sağlık hizmetlerinin aşamalı olarak iyileştirilmesine ve en çok ihtiyacı olanlara öncelik vererek entegre, işlevsel ve karşılıklı olarak destekleyici sevk sistemleri ile sürdürülmelidir.
7. Yerel düzeyde ve sevk aşamalarında doktorlar, hemşireler, ebeler, yardımcılar ve toplum çalışanları dâhil olmak üzere sağlık çalışanlarına ve toplumun ifade edilen sağlık ihtiyaçlarına cevap vermek üzere bir sağlık ekibi olarak çalışmak için gerektiğinde sosyal ve teknik olarak uygun şekilde eğitilmiş geleneksel uygulayıcılara güvenir (9).

WONCA EUROPE 2011, “genel pratisyenlik/aile hekimliği kendi eğitim içeriği, araştırması, kanıt tabanı ve klinik çalışmaları ve birinci basamak bakıma yönelik klinik uzmanlığı ile akademik ve bilimsel bir disiplindir” şeklinde bir tanımlama kullanır. Buna göre genel pratisyenlik/aile hekimliği disiplini özellikleri şunlardır:

- a. Genel olarak sağlık sistemi içindeki ilk tıbbi temas noktasıdır; kullanıcılarına açık ve sınırsız erişim sağlar; yaş, cinsiyet veya ilgili kişinin diğer özelliklerinden bağımsız olarak tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b. Sağlık hizmetlerini koordine ederek, birinci basamaktaki diğer profesyonellerle birlikte çalışarak ve gerektiğinde hastanın ihtiyacı olduğunda diğer uzmanlıklarla ara yüzleri yöneterek hasta için savunuculuk rolü üstlenir ve sağlık kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılmasını sağlar.
- c. Bireye, ailesine ve onların ait olduğu topluluğa yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d. Hastanın güçlendirilmesini teşvik eder.
- e. Doktor ve hasta arasındaki etkili iletişim yoluyla zamanla ilişki kuran benzersiz bir danışma sürecine sahiptir.

- f. Hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenen bakımın longitudinal sürekliliğinin sağlanmasından sorumludur.
- g. Toplumdaki hastalıkların görülme sıklığı ile belirlenen özel bir karar alma sürecine sahiptir.
- h. Hasta bireylerin hem akut hem de kronik sağlık problemlerini aynı anda yönetir.
- i. Erken aşamada ortaya çıkan farklılaşmamış hastalıkları ve bunlarda ortaya çıkabilecek acil durumları yönetir.
- j. Uygun ve etkili müdahale ile sağlığı ve refahı artırır.
- k. Toplum sağlığı için özel bir sorumluluğu vardır.
- l. Sağlık problemlerini fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır.

Genel Pratisyenin/Aile Hekiminin Çekirdek Yeterlilikleri:

Çekirdek yeterlilikler, uygulandıkları sağlık sistemi ne olursa olsun, disiplin için gerekli olan anlamına gelmektedir. Disiplini tanımlayan on iki merkezi özelliğin, her uzman aile doktorunun ustalaşması gereken on iki yetenekle ilgili olduğu belirtilmiştir.

Bunlar altı temel yeterlilikte toplanmıştır:

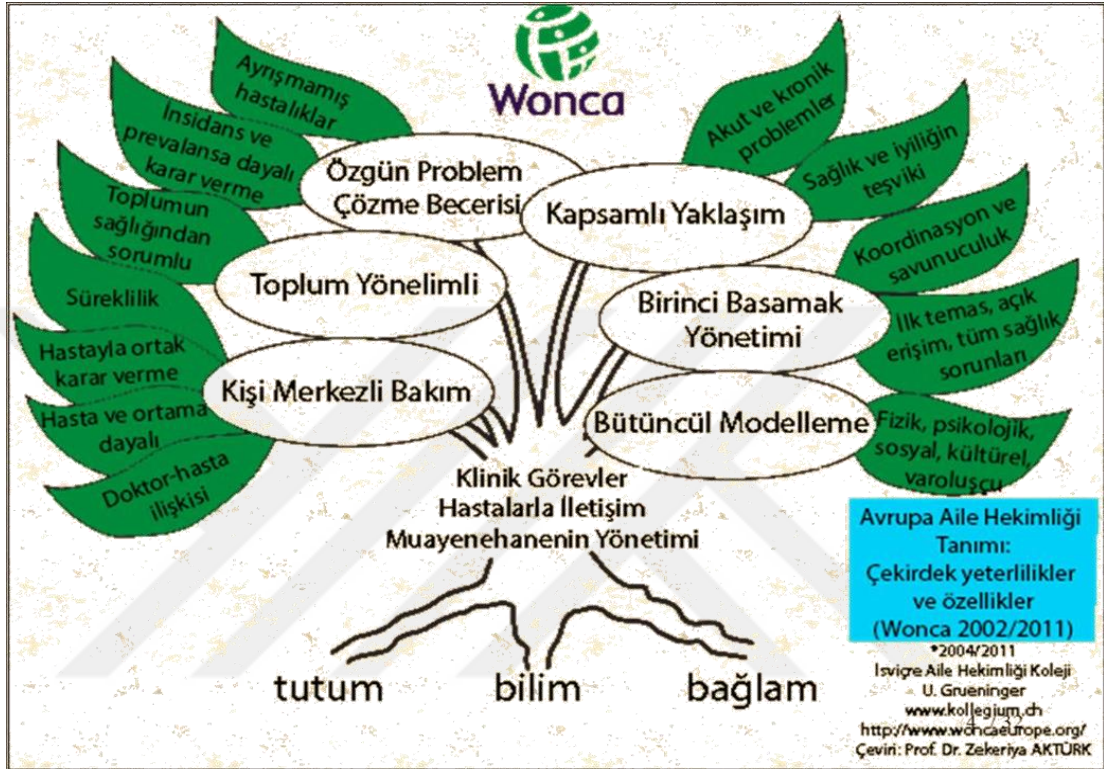
1. Birinci basamak yönetimi (a, b)
2. Kişi merkezli bakım (c, d, e, f)
3. Özgün problem çözme becerileri (g, h)
4. Kapsamlı yaklaşım (i, j)
5. Toplum yönelimli (k)
6. Bütüncül modelleme (l)

Özellikle birinci ve üçüncü yeterliliklere istinaden kalite iyileştirme temel bir yetenek olarak kabul edilmelidir.

Kişi merkezli bir bilimsel disiplin olarak temel yetkinliklerin uygulanmasında üç ek özellik esas alınmalıdır:

- a. Bağlamsal: Doktorların kendilerini ve çalışma koşulları, toplum, kültür, finansal ve düzenleyici çerçeveler dâhil olmak üzere çalıştıkları ortamı anlama.

- b. Tutum: Doktorun profesyonel yeteneklerine, değerlerine ve etiğine dayanır.
- c. Bilimsel: Uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım benimsemek ve bunu sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla sürdürmek (1).



Şekil 1: Aile Hekimliği Temel Özellikleri ve Çekirdek Yeterlilikleri (10)

Resmî Gazetede 25.01.2013 tarih ve 28539 sayı ile yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama ve Yönetmeliğine göre aile hekimlerinin görevleri ikinci bölüm olan “Çalışma Usul ve Esasları” bölümünde “Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları” olarak belirlenmiştir. Bunlar:

MADDE 4

- (1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.
- (2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.
- (3) Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- b) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.
- c) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.
- d) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- e) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- f) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
- g) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
- h) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
- i) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- j) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
- k) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.
- l) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
- m) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- n) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

- o) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.*
- p) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörölen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.*
- q) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.*
- r) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak (11).*

2008 OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye Raporuna göre hekimlerin sadece %30'unun pratisyen hekim olarak çalışmasının, birinci basamakta var olduğu söylenen zayıflığın muhtemel bir nedeni olabileceği belirtilmiştir. Hükümet tarafından 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının ve 2004 yılında da performansa dayalı ödemelerin başlatılmasıyla hekimlere ve diğer personele yapılan ödemeler artırılmış ve daha fazla hekimin birinci basamağı tercih ettiği bildirilmiştir. Bu rapora göre "Performansa dayalı ödemelerin başlatılmasından bu yana bildirilen hekim başına başvurulardan anlaşıldığı üzere, faaliyet hacminde ve hekim üretkenliğinde büyük artışlar meydana gelmiştir. Fakat Türkiye'de aile hekimliği sisteminin başlatılması konusunda kaydedilen ilerlemelere rağmen, başvuru dağılımı bakımından hastaneye başvuru, diğer bazı OECD ölkelerine kıyasla daha ağır basmaktadır. Çocuklardaki aşılama oranlarında ise gözle görülür iyileşmeler kaydedilmiş ve 2007'de Türkiye'de kızamık hastalığı neredeyse tamamen ortadan kaldırılmıştır. Programın başlatılmasından sonra, bekleme sürelerinin kısaldığı, hem birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem de kamu hastanelerindeki sağlık hizmetlerinin kalitesinden duyulan genel memnuniyetin hızla arttığı bildirilmiştir. Hastaların yeni aile hekimliği hizmetlerinden özellikle memnun olduğu görölmektedir". Yine söz konusu raporda aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının ve halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinin önemi vurgulanmıştır (12).

2.2. DEFANSİF TIP VE TANIMI

Dünya Tabipler Birliği 1992 yılında yaptığı 44. Genel Kurulu sonrasında "Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Bildirge" yayınlamıştır. Buna göre malpraktis (tıbbi uygulama hataları) "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri

eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlanmış; tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen, hekimin hatası olmayan durumlardan (komplikasyon) farkı ayırt edilmiştir. Bu bildirgede malpraktis davalarının artması birçok nedene bağlanmıştır. Bunlar şu şekilde sıralanmıştır:

- a) Tıbbi bilginin artması, tıbbi teknolojinin gelişmesi, hekimleri geçmişte yapamadıkları bazı işlemleri yapmaya itmektedir; bu ilerlemeler, çoğunlukla ağır riskleri de içerir.
- b) Hekimler üzerinde, tıbbi hizmetlerin artan maliyeti ile ilgili baskı vardır.
- c) Elde edilebilir, var olan sağlık hizmetine ulaşma hakkı, garanti edilemeyen sağlıklı olma ve kalma hakkı ile karıştırılmaktadır.
- d) Medya; hekimlerin yeteneği, bilgisi, davranışı ve hastaya yaklaşımını sorgulayan olumsuz tutumu ile hastaları hekimlere karşı dava açmaya teşvik etmektedir.
- e) Artan davalar karşısında defansif (çekinik) tıp uygulamasının dolaylı olmayan sonuçları dava konusu olmaktadır.
- f) Çözüm önerisi olarak ise Ulusal Tabip Birliklerinin hem hastalar hem de hekimler için adil ve hakça bir ortam yaratmak için aşağıdaki faaliyetleri gerçekleştirmesi gerektiği ifade edilmiştir:
- g) Yeni teknolojinin içerdiği riskler konusunda halkı aydınlatmak, bu tür tedavi ve cerrahilerde hastanın bilgilendirilmiş onamını almak üzere hekimlere eğitim vermek,
- h) Tıptaki sorunları ortaya çıkarmak ve sağlık hizmetlerinde kaynak yetersizliği konusunda propaganda yapmak, kamuoyu oluşturmak,
- i) Okullarda ve sosyal ortamlarda genel sağlık eğitimi programlarını yüreklendirmek,
- j) Tüm hekimler için klinik eğitim deneyimi de dâhil tıp eğitiminin seviye ve niteliğini yükseltmek,
- k) Hekimler için tıbbi hizmetlerin niteliğini artıracak programlar tasarlamak ve katılmak,
- l) Bilgi ve becerisi yetersiz olan hekimler için uygun politikalar geliştirmek ve yetersizlik giderilene dek bu kişilerin tıp uygulamaları yapmalarının engellenmesini sağlamak; halkı ve hükümetleri savunmacı tıp

uygulamasının çeşitli yönleri konusunda uyarmak (doktorların riskli girişimlerde bulunmama, hastaya el atmaması),

- m) Halkı, tıbbi uygulamalar sırasında önceden tespit edilemeyen durumlar olabileceği ve bunların kötü uygulama olmadığı konusunda uyarmak.
 - n) Kötü uygulama dışında oluşmuş tıbbi hatalar konusunda hekimlere sahip çıkmak,
 - o) Tıbbi kötü uygulamalar için yasa ve yöntem geliştirmeye katılmak,
 - p) Avukatların bu konuda uygun olmayan istekler ve davalar için propaganda yapmalarına karşı aktif tutum almak,
 - q) Kötü uygulama başvurularının mahkemelere gidilmeden çözülmesi için yaratıcı yöntemler bulmak,
 - r) Hekimleri bu amaçla sigorta yaptırmaya teşvik etmek, eğer hekim bir kurumda çalışıyorsa işverenin bunu ödemesini sağlamak,
 - s) Kötü uygulama olmaksızın zarar görmüş hastaların zararlarının ödenmesi için yapılan işlemlerde karar vermeyi kolaylaştırıcı danışmanlık yapmak.
- (13).

Defansif tıp uygulamalarında hekimin önceliği kendini korumaya almasıdır. Son yıllarda artan malpraktis davası tehdidinin bir sonucu olarak doktorların, tanıyı kaçırma olasılığını en aza indirmek maksadıyla testleri ve agresif değerlendirmeleri gereğinden fazla kullanma eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Bir diğer eğilim ise hukuki bir sorumluluktan korunmak düşüncesiyle herhangi bir derecede risk içeren prosedürlerden kaçınmaktır. Ayrıca hekime şiddet gibi sorunlarla karşılaşmamak için de riskli hastalardan kaçınılmaktadırlar. Bu durumlardan birincisi pozitif defansif tıp uygulamaları, ikincisi ise negatif defansif tıp uygulamaları olarak adlandırılmıştır. Her ne kadar bunlar bireysel bir uygulayıcı için başa çıkma stratejileri olabilse de defansif (çekinik) tıbbın yaygın olarak uygulanması sadece sağlık hizmetlerinin maliyetini daha da artırmakta ve hasta için daha kötü sonuçlara yol açabilmektedir (14).

2.2.1. Defansif Tıp Türleri

2.2.1.1. Pozitif defansif tıp: Pozitif defansif tıp uygulamaları; uygulayıcıların (hastane yada hekimler) standart tıbbi prosedürleri genişleterek, çoğu zaman

herhangi bir tıbbi değeri olmayan ya da hasta yararından ziyade kendi hukuki güvenliklerini düşünerek gerçekleştirdikleri marjinal uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Hastaya, normal şartlar altında tıbbi endikasyon olmaksızın gereksiz ve fazladan sayılabilecek tetkikler, testler ve görüntüleme yöntemleri uygulanmakta, ilaç yazılmakta ve cerrahi işlemlerde bulunmaktadır. Bu uygulamaların bir amacı da hastaya teşhis ve tedavi sürecinde hiçbir eksik uygulamanın yapılmadığını, tüm standart ve prosedürlerin eksiksiz takip edildiğini ispatlayabilmektir (6,15).

Pozitif defansif tıp uygulama örnekleri;

1. “Hastaneye yatması gerekmeyen hastanın yatırılması.
 2. Gerekmeyen tahlillerin yapılması.
 3. Gerekmeyen görüntüleme incelemelerinin yapılması.
 4. Gerekmeyen ilaçların yazılması.
 5. Gerekmeyen konsültasyonların istenmesi.
 6. Sık ziyaret yapılması.
 7. Gerekmeyen ameliyatların yapılması.
 8. Ayrıntılı kayıt tutulması.
 9. Hasta ve yakınlarının memnuniyetine aşırı özen gösterilmesi.
 10. Hasta ve yakınlarını bilgilendirmeye aşırı özen gösterilmesi.
 11. Aydınlatılmış onam belgelerine aşırı özen gösterilmesi.
 12. Hastayla ilgili olumsuzlukların fazla ayrıntılı olarak tutanağa dökülmesi.”
- (7).

2.2.1.2. Negatif defansif tıp: Negatif defansif tıp uygulamalarında da hekim dava edilme ve tıbbi uygulama hatası yapma endişesi taşıdığından teşhis ve tedaviden kaçınma davranışları göstermektedir. Negatif defansif tıp uygulamaları, sorumluluk endişeleri nedeniyle uygulayıcıların yüksek riskli olarak değerlendirdikleri hastaları diğer doktorlara yönlendirdikleri veya belirli hastaların takiplerini bıraktıkları, riskli operasyonları gerçekleştirmedikleri durumları içmektedir. Hekimler çalıştıkları sağlık kurumunun niteliğine göre (birinci yada son basamak olması), sahip olunan teknolojik imkanlara ve hekimin kendi tıbbi algısına bağlı olarak farklı negatif defansif tıp uygulamaları yapabilmektedirler (6).

Negatif defansif tıp uygulama örnekleri;

1. “Riskli hastalardan kaçınma.
2. Riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma.
3. Riskli inceleme yöntemlerinden kaçınma.
4. Riskli cerrahi girişimlerden kaçınma.
5. Riskli hastaları başka yere sevk etme.
6. Riskli hastaların gözünü olası yan etkilerle korkutup kaçırma.
7. Riskli hastaları başka sağlık kurumlarını överek kaçırma.
8. Girişimlerden önce olası bir olumsuzlukta hasta ve yakınlarının tepkilerinden korunmak için girişimlerin riskini abartma” (7).

2.3. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ YAYGINLIĞI

Konya ilinde 4 tane özel hastanede çalışan 32 kadın ve 70 erkek toplam 102 hekim üzerinde, “sağlık hizmetleri arzında defansif tıp ve hekimlerin karar verme algıları”nın araştırılmasının amaçlandığı, nicel araştırma yöntemi ile yapılan bir çalışmada hekimlerin defansif tıp uygulamaları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, fakat defansif tıp uygulamalarına yönelimlerinin orta ve üzeri derecede bulunduğu saptanmıştır (16).

2013 yılında İzmir ili Karşıyaka Toplum Sağlığı Merkezi’ne bağlı çalışan hekimlerle “Defansif Tıp Uygulamaları Anketi” kullanılarak yapılan bir çalışmaya 14 aile hekimliği uzmanı, 1 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 1 halk sağlığı uzmanı ile 71 pratisyen hekim katılmıştır. 81 hekimle tamamlanan çalışmanın sonucunda, hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp uygulamalarını kullandığı ve %21’inin (n:17) çok iyi, %49,3’ünün (n:40) iyi, %23,5’inin (n:19) orta derecede, %6,2’sinin (n:5) ise zayıf derecede defansif tıp uygulamalarına başvurduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak malpraktis açısından düşük riskli bir alan olmasına rağmen aile hekimliğinde defansif tıp uygulamalarının oldukça yaygın olduğu bilgisine ulaşılmıştır (17).

2016 yılında Konya ilinde faaliyet gösteren Doğumevi, Beyhekim, Numune ve Meram Tıp Fakültesi hastanelerinde, çalışmaya katılmayı kabul eden 173 hekimle yüz yüze anket yapılarak veriler elde edilmiştir. Yürütülen araştırma neticesinde, çalışmanın yapıldığı tarihten on iki yıl önce yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanunu

(TCK)'ndan sonra hekimlerin defansif tıp uygulamalarını kullanma oranlarının giderek arttığı ve %93.6 oranında defansif tıp uygulaması yapıldığı ortaya çıkmıştır. Dava açılmamış hekimlerin de malpraktis davalarına maruz kalan hekimler gibi defansif tıp uygulamaları yaptıkları gözlenmiştir (18).

2003 yılında Pennsylvania'da malpraktis açısından yüksek riskli kabul edilen uzmanlık branşlarında çalışan hekimler (acil tıp, genel cerrahi, obstetrik ve jinekoloji, ortopedik cerrahi, nöroşirurji, radyoloji) arasında yapılan bir çalışmada, defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı ve özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmayı 824 hekim tamamlamıştır ve tamamına yakını (%93) defansif tıp uyguladığını bildirmiştir. Hekimlerin %92'sinin ise fazla tetkik ve görüntüleme teknikleri talep etme ve diğer hekimlerden konsültasyon isteme gibi güvence davranışları gösterdikleri belirtilmiştir. Mesleki sorumluluk sigortası için en fazla ödemeyi gerçekleştiren bu hekim grubunda maliyet, erişim ve hem teknik hem de kişiler arası bakım kalitesi gibi hususlar itibariyle potansiyel olarak ciddi sonuçları olan defansif tıp uygulamalarının yaygın olduğu gözlenmiştir (19).

Japonya'daki gastroenterologlar arasında defansif tıp prevalansını ve spesifik defansif tıp uygulamalarını açıklamak amacıyla yapılan bir çalışmada, 171 gastroenterologdan 131'i (%77) anketi tamamlamıştır. Katılımcıların %98'i defansif tıp uygulaması yaptıklarını bildirmiştir. Katılımcılarda üç kişiye karşı dava açıldığı, %96'sının ise mesleki sorumluluk sigortası olduğu bildirilmiştir. Bazı prosedürlerden veya müdahalelerden kaçınma ve yüksek riskli hastaların bakımından kaçınma gibi davranışların çok yaygın (%96 oranında) olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %75'i genellikle belirli prosedürlerden veya müdahalelerden kaçındığını bildirmiştir. Bununla birlikte, 20 yıldan fazla mesleki deneyimi olan gastroenterologlar, 10 yıldan az bir süredir mesleki deneyimi olanlara kıyasla kaçınma davranışlarını anlamlı olarak daha az sıklıkla benimsemiştir. Güvence davranışları, yani marjinal veya tıbbi değeri olmayan ek hizmetler sağlamak da yaygın gözlenirken (%91), bazen veya sıklıkla hastaları gereksiz yere diğer uzmanlara yönlendirenlerin oranı %68 olmuştur. Sonuç olarak defansif tıp uygulamalarının Japonya'daki gastroenterologlar arasında oldukça yaygın gözlemlendiği ve maliyetler, erişim ve hem teknik hem de kişiler arası bakım kalitesi ile ilgili muhtemel ciddi sonuçlar doğurabileceği bildirilmiştir (20).

Son yıllarda Batılı refah toplumlarında DT uygulamasında progresif bir artış görüldüğü belirtilmiştir. Danimarka’da yapılan kalitatif bir çalışmada; birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde DT uygulamalarının yaygınlığı hakkında belgeler bulunmadığından, fenomenin Danimarka'daki genel uygulama bağlamında nasıl anlaşıldığına ve deneyimlendiğine yönelik olarak bir araştırma yürütülmüştür. Çalışmanın amacı, Danimarkalı pratisyen hekimlerin anladığı ve deneyimlediği DT fenomeninin tanımlanmasıdır. Nitel bir metodoloji kullanılmış; veriler ise Güney Danimarka Bölgesi'nden çalışmaya alınan grup başına 3 ila 8 genel pratisyenden oluşan (n=28) altı odak grup görüşmesi yoluyla oluşturulmuştur. Veriler, anlama ve anlam üzerine hermeneutik (yorum bilgisi) bir fenomenolojik odaktan esinlenen tematik bir içerik analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Bu çalışmaya göre DT, esas olarak genel pratisyenlerin profesyonelliklerine ters düşen dış talepler nedeniyle gerçekleştirilen gereksiz ve anlamsız tıbbi eylemler olarak anlaşılmaktadır. Sonuç olarak, genel pratisyenler defansif davranmak için çeşitli baskı kaynaklarını; sistemin harici düzenlemeleri uygulama baskısı, hastalardan gelen talepler, pratisyen hekimler arasındaki yanılmazlık ve sıfır risk tolerans kültürü olarak belirtmişlerdir (21).

2.4. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ NEDENLERİ

Defansif tıbbın nedenlerinin hekimlerin gözünden araştırıldığı bir nitel çalışmada 23 öğretim üyesi hekim ile görüşmeler yapılmıştır. Bu çalışmada defansif tıp nedenleri makro ve mikro nedenler olarak gruplandırılmıştır. Makro nedenler bilirkişilik, eğitim sistemi, hekimlere karşı şiddet, medya, performans sistemi, sağlık politikaları, şikayet kanalları, tıbbi malpraktis davaları ve zorunlu meslek sigortası şeklinde belirtilirken; mikro nedenler ise beklenti, çıkar, ekipman eksikliği, güvensizlik, hekimdeki ego, iletişimsizlik, kaçınma, korunma isteği, memnuniyetsizlik, tükenmişlik, vicdan-ahlâk ve zorunluluk olarak katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu grupta en çok kaçınma, korunma isteği, iletişimsizlik ve güvensizlik başlıkları üzerinde durulmuştur. Makro nedenler arasında en önemli neden olarak malpraktis davaları görülmektedir. Tıbbi uygulamalar daima ceza veya hukuk davalarına neden olabilecek ve hekimin öngöremeyeceği riskleri içerdiğinden, defansif tıp uygulamalarını yapan hekimler dava edilme riski ile hareket etmektedir. Çalışmaya katılan hekimler malpraktis davalarının kendileri üzerinde oldukça büyük

bir baskı oluşturduğunu, yaptıkları teşhis-tedavi uygulamalarını tekrar tekrar gözden geçirmelerine neden olduğunu belirtmişlerdir. Tıp eğitiminin yetersizliğinden kaynaklı yeterli bilgi, tecrübe ve donanıma sahip olmadan hekimlik unvanını alan kişilerin de karşılaştıkları vakalara defansif yaklaşıtları bildirilmiştir. Performans sistemi, bazı hekimlerin daha çok para kazanma isteğiyle fazla tetkik ve çeşitli uygulamalar yapmalarına neden olmaktadır (22).

Klinik tıp her zaman hasta-hekim güvenine dayanmaktadır ve bu durum geleneksel olarak hekimler için temel mesleki memnuniyet kaynağı olmuştur. Gerçekten de tıbbın prestiji, entelektüel uyarılma, meslektaşlarla etkileşim ve finansal ödüller gibi faktörler çok daha az önemli bulunmuştur. Ne yazık ki bu temel güven, hastanın yüz-yüze görüşme zamanının azalması, klinik özerklik eksikliği ve sorumluluk kaygıları nedeniyle giderek azalmıştır. Tıp, bir aile veya kişisel doktordan bir hastane/hastane çalışanı modeline taşınmıştır. ABD'de bile aile hekimlerinin, evleri bir hastaneye yakın olan hastalarıyla artık büyük ölçüde ilgilenmedikleri belirtilmiştir. Hastalar, onlarla konuşmak için yeterli zaman harcamamış olan doktorların, hastalıklarının önemli yönlerini gözden kaçırmış olabileceğini düşünmektedir. Hastalarının korkularını ve endişelerini dinlemek için vakti olmayan cerrahlar yüzeysel davranarak hata yapabileceklerdir. Bu sorunları çözmek için doktorların, hastalarıyla gerekli zamanı geçirmelerine izin verilmelidir; bunun ise hastanelerdeki stajyer ve kayıt memurlarının bile artık sahip olmadığı bir ayrıcalık olduğu belirtilmiştir. Her ne kadar doktorların hastalarla daha fazla zaman geçirebilmeleri için daha fazla personel almak ve daha fazla para harcamak gerekli olsa da bunun yapılması gerekmektedir. Zira DT azaltılırsa, esasen sağlık harcamaları da azalmaktadır. Sonuç olarak DT, doktorlar ve toplum arasındaki ilişkide derin bir krizin sonucudur (23).

2.4.1. Hasta-Hekim İletişimi

Aralık 2013'te Çin'in Shenzhen şehrinde, rastgele örnekleme ile 504 lisanslı hekim içeren örneklem grubuyla bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın amacı, bir Çin kenti örneğinde, tıbbi uygulama hatası davalarının nadir olduğu bir ülkede, hekimlerin hastalardan kendi kendine algıladıkları tehditlerin DT uygulamaları için önemli bir neden olabileceğini ortaya koymaktır. Çin bağlamındaki savunmacı

davranışlar esas olarak teşhis testlerini, prosedürleri ve ilaçları aşırı fiyatlandırma biçiminde açıklanmıştır. Mevcut literatür bunu, Çinli doktorların düşük gelirlerini destekleme arzusu aracılığıyla açıklama eğilimindedir. Bunun arkasında ise Çin sağlık sisteminde kökleşmiş ve yanlış hizalanmış bir dizi teşvik vardır. Kesitsel bir doktor anketi kullanan bu çalışma, Çin hastanelerindeki aşırı sayıdaki reçetenin sadece zor ekonomik teşvikler tarafından değil, aynı zamanda doktorların hastalarla olan anlaşmazlıklarından kaçınma güdüsü tarafından da yönlendirildiğini göstermektedir. 25 maddelik anket formu ile demografik ve profesyonel değişkenlerin yanı sıra doktorların doktor-hasta ilişkisi ve kişisel uyumsuzluk deneyimleri hakkındaki görüşleri de ölçülmüştür. DT uygulamasını ölçmek için ortaya çıkan anahtar soru şudur: “Doktorlar ve hastalar arasındaki gerilimler göz önüne alındığında, olası sıkıntılardan (anlaşmazlıklar ve davalar gibi) kaçınmak için, klinik olarak gereksiz olan tanı testleri veya prosedürleri reçete ediyor musunuz?”. Sunulan cevap seçenekleri “sık sık”, “bazen” ve “asla” şeklinde belirtilmiştir. Çalışma demografik ve mesleki bilgilerin yanında 4 konuya odaklanmıştır. Bunlar:

- 1) Gelir, iş yükü ve moral,
- 2) Mevcut doktor-hasta ilişkisinin genel algıları,
- 3) Hastalarla olan uyumsuzluklara ilişkin kişisel deneyim ve bu tür olayların nedenleri hakkındaki görüşler,
- 4) Söz konusu doktor-hasta gerginliklerine dair davranışsal tepkiler.

Çalışmaya katılan hekimlerin %84,1'i gelirlerinden memnun olmadıklarını, %20'si aşırı yük hissettiklerini; bu iş yükü ise katılımcıların %63,1'i tarafından 'ağır' veya 'çok ağır' olarak ifade edilmiştir. Ağır iş yükü ve zayıf telafi, düşük moral ile ilişkilendirilmiş; katılımcıların sadece %11,1'i işyerinde 'yüksek' moral bildirirken, %58,7'si bunu 'düşük' olarak tanımlamıştır. Hastalarla ilişkileri hakkında hekimlerin görüşlerini değerlendirmek amacıyla üç soru sorulmuştur:

- 1) Hastalarınız tarafından size gösterilen saygı derecesi nedir?
- 2) Hastalarınız tarafından size duyulan güven derecesi nedir?
- 3) Mevcut doktor-hasta ilişkisini nasıl algılıyorsunuz?

Çalışmaya katılanlar, sırasıyla %53,5 ve %15,2 oranında hastalardan 'düşük' ve 'çok düşük' düzeyde saygı gördüğünü bildirmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı ise (%50,8) hastaların güven düzeyinin 'makul' olduğunu belirtmiştir. Dikkat çekici

bir şekilde doktor-hastası ilişkisini sırasıyla %65,9 oranında ‘çok gergin’ ve %23,8 oranında ‘gergin’ olarak tanımlayan bu hekimler, örneklemin büyük çoğunluğunu (%89,7) oluşturmaktadır. Ayrıca katılımcılardan ayrıca son 12 ay boyunca hastalarla karşılaştıkları tıbbi anlaşmazlıkların sayısını hatırlamaları istenmiş; katılımcıların ise neredeyse yarısı (%44,80) en az bir kez böyle bir olay yaşadığını, dahili branşlarda da hekimlerin %42,5’inin 1-3 anlaşmazlık vakası, %8,2’sinin ise 4-6 anlaşmazlık vakası ile uğraştığı belirlenmiştir. Cerrahi, anlaşmazlıklara yatkın bir başka uzmanlık alanıdır ve örnekteki cerrahların %41,8’inden fazlası bir önceki yıla göre en az bir olay yaşamıştır. Tıbbi anlaşmazlık yaşayan hekimlere en yaygın üç tür sorulduğunda en sık görülen nedenin hastaneye veya sağlık idaresine şikâyet edilme, ikincinin ise sözlü şiddet olduğu bildirilmiştir. Örneklemdaki 64 doktor, son 12 ay içinde fiziksel saldırıya uğramış ve toplamın %12,7’sini oluşturmuştur. Hekimler arasında malpraktis davasının az olduğu, sadece 10 hekimin malpraktis davasına maruz kaldığı bildirilmiştir. Katılımcıların çoğu hastalarla çatışmayı hastanın mantıksız beklentilerine ve güvensizliğine bağlarken, sadece %9,5’i tıbbi hataların ana neden olduğunu belirtmiştir. Mali konular (ağırlıklı olarak aşırı faturalama), profesyonel tıbbi tacizlerin katılımı ve iletişim sorunları da hekimler tarafından önemli çatışma kaynakları olarak görülmektedir. DT uygulamaları sorgulandığında doktorların sadece %19,4’ü bunu ‘hiç’ yapmadıklarını bildirirken, %61,9’u ‘bazen’ ve %18,7’si de ‘sıklıkla’ yaptıkları şeklinde yanıtlamıştır (24).

2.4.2. Tıbbi Hata ve Tıbbi Hata Davaları

Sorumluluk kaygılarının niçin birçok hekimde defansif tıp uygulamalarına neden olduğu kesinlikle anlaşılabılır. Bununla birlikte, bu davranışı haklı çıkarmak zordur, çünkü hekimler hastalarının yararına hareket etme ve maliyet etkin tıp uygulama konularında etik bir sorumluluğa sahiptir. Bu sorumlulukların her ikisi de hekimler tarafından defansif tıp uygulamaları gerçekleştirilirken sıklıkla ihlal edilmektedir. Ayrıca doktorlar bu sorumlulukları yerine getirmediğinde hastanın kaliteli tıbbi bakıma erişimi tehlikeye atılır. Çeşitli tıp uzmanlıklarındaki hekimler, pozitif defansif tıp uygulamalarının temel nedeni olarak tıbbi uygulama hata (malpraktis) davalarını göstermektedir. Dava açılma korkusu, bu hekimleri bir hastanın teşhis-tedavi standartlarını karşılamak için çok geniş bir yelpazede çeşitli

tanı testlerini, görüntüleme tekniklerini, tedavileri kullanmaya ve kayıtları çok detaylı tutmaya zorlamaktadır (25).

2005 yılında yürürlüğe giren TCK'nın cerrahi branş hekimleri üzerindeki etkisini ve defansif tıbbın uygulanma boyutunun araştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada hekimlerin “yaş, cinsiyet, branş, dava edilme durumu, TCK'nın ilgili maddelerini bilme düzeyi, ülkemizde defansif tıbbın geliştiğini düşünme, 2005 öncesi döneme göre tetkik-konsültasyon artışı, hastadan onam alma, hasta ve yakınlarını bilgilendirme, hukuki durum endişesi, endişeye bağlı gerginlik, sıkıntı, mutsuzluk, depresyon yaşama, acil ve elektif riskli vakaların sorumluluğunu üstlenme parametreleri” incelenmiştir. 310 erkek ve 92 kadın hekim araştırmaya katılmıştır. “Türkiye’de defansif tıbbın geliştiğini düşünüyor musunuz?” sorusunu 212 hekim (%53,5) “evet”, 4 hekim (%1) “hayır”; “Son beş yılda tetkik isteminizde artış var mı?” sorusunu 130 hekim (%32,7) “fazlasıyla artış var”, 196 hekim (%49,2) “artış var”, 4 hekim (%1) “azaldı”; “Son beş yılda konsültasyon isteminizde artış var mı?” sorusunu 106 hekim (%26,8) “fazlasıyla artış var”, 216 hekim (%54,5) “artış var”, 6 hekim (%1,5) “azaldı”; “Acilde riskli vakaların sorumluluğunu alır mısınız?” sorusunu 2005 öncesi için 168 hekim (%41,7) “her zaman” ve 8 hekim (%1,9) “hayır”; 2005 sonrası için 98 hekim (%24,3) “her zaman” ve 44 hekim (%10,9) “hayır”; “Elektif riskli vakaların sorumluluğunu alır mısınız?” sorusunu 2005 öncesi için 158 hekim (%39,3) “her zaman” ve 28 hekim (%6,9) “hayır”; 2005 sonrası için 100 hekim (%24,8) “her zaman” ve 82 hekim (%20,3) “hayır” şeklinde yanıtlamışlardır. Sonuç olarak, 2005 öncesine ait veriler olmamasına rağmen elde edilen veriler, cerrahi branş hekimleri arasında defansif tıp davranışlarının arttığı şeklinde yorumlanabilmektedir (26).

Malpraktis endişelerinin klinik uygulamalar üzerindeki potansiyel etkisini sağlık reformu bağlamında daha iyi ölçmek için ulusal bir hekim araştırması gerçekleştirilmiştir. Bu analize ilişkin veriler, sağlık reformu konusunda hekimlerin ulusal bir araştırmasından elde edilmiştir. American Medical Association (AMA) Physician Masterfile’den, 4 uzmanlık grubunun her birinden 1500 doktor rastgele örneklenmiştir: Birinci basamak, cerrahi olmayan (tıbbi) uzmanlar, cerrahi uzmanları ve diğer uzmanlar. Daha sonra bu örneğin yarısı, malpraktis (n=3000) hakkında soruları cevaplamak için rastgele seçilmiştir. Hekimlerden “Doktorlar, kendilerini

malpraktis davalarına karşı korumak için ihtiyaç duyduklarından daha fazla test ve uygulama istiyor” ve “Doktorların malpraktis davalarına karşı koruması olmadan gereksiz tanı testleri azalmayacak” şeklinde iki durumu kabul seviyelerini derecelendirmeleri istenmiştir. 5'li Likert ölçeğinde yanıt seçenekleri “kesinlikle katılıyorum” ve “katılmıyorum” arasında değişmektedir. Ek olarak klinik aktivitelerde harcanan süre, mesleki deneyim, maaş yapısı ve profesyonel toplum bağlantıları sorgulanmıştır. Çalışma hekimlere üç dalga halinde gönderilmiş, 25 Temmuz 2009'da başlanmış ve veri toplama faaliyeti 31 Ekim 2009'da sonlandırılmıştır. Malpraktis sorularını çalışmayı kabul eden 2416 uygun hekimden 1231'i %50,9'luk bir yanıt oranı ile tamamlanmış anketleri iade etmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%91,0), doktorların kendilerini malpraktis davalarından korumak için gerekenden daha fazla test ve uygulama yaptıklarına inandıklarını bildirmiştir. Hekimlerin çoğunun ayrıca tanısız testlerin gereksiz kullanımını azaltmak için (%90,7) malpraktis davalarına karşı korumaya ihtiyaç olduğu konusunda hemfikir bulunmuştur. Sonuç olarak bu çalışmada, doktorların çoğunun malpraktis endişelerinin gereksiz test ve uygulamalarla sonuçlandığına inandığı tespit edilmiştir. Ayrıca, hekimlerin tıbbi sorumluluktan korunmak için reformlar yapılması gerektiğine inandıkları gözlenmiştir. Birinci basamak gibi tipik olarak düşük sorumluluk riski olan uzmanlık alanlarındaki hekimler de yüksek riskli cerrahi uzmanlık alanlarındaki doktorlar kadar malpraktis konusunda endişe duymaktadırlar. Bu neredeyse evrensel korku, malpraktis davalarının yaygınlığından kaynaklanabilmektedir. Ortalama yıllık 100 hekimden 2-3'üne malpraktis davaları nedeniyle tazminat ödetilmektedir. Doktorlar da yanlış uygulama davalarına karşı savunmasız hissedebilmektedirler çünkü malpraktis iddiaları genellikle tıbbi hata veya ihmal içermez ve doktorların standartlara uygun gerçekleştirdiği uygulamalarına rağmen kendilerine dava açılmıştır. Çalışmanın bulguları hekimlerin yükümlülük riskinden korunmak istediğini göstermektedir. Malpraktis reformu, hekimlere teşhis-tedavi standartlarını yetkin bir şekilde uyguladıkları takdirde tıbbi hata uygulamalarına karşı korunma sağlayabileceklerine dair güvence sunma yollarına odaklanmalıdır (27).

Artan sağlık harcamalarına ilişkin endişeler, tıbbi uygulamaların daha fazla incelenmesine yol açmıştır. Tıbbi sorumluluk ve malpraktis riski kriz seviyelerine

yükseldikçe, uygulayıcılar sorumluluk riskini azaltmaya çalıştıkça, tıbbi-yasal ortam DT uygulanmasına katkıda bulunmuştur. Nöroşirurji gibi yüksek riskli uzmanlıklar özellikle etkilenmiş ve beyin cerrahları tıbbi-yasal riski azaltmak için uygulamalarını değiştirmiştir. Amerikalı beyin cerrahlarının malpraktis yükümlülüğü ve defansif tıp uygulamaları hakkındaki algılarına dair ilk defa bir ulusal çalışma hazırlanmıştır. Akademik ve özel uygulamalarda ABD’li beyin cerrahlarının %76’sını temsil eden Amerikan Nörolojik Cerrahlar Birliği’nin üyesi 3344 beyin cerrahına 51 soruluk doğrulanmış çevrimiçi çalışma gönderilmiştir. Çeşitli alt uzmanlık uygulamalarını temsil eden beyin cerrahları tarafından toplam 1028 anket (%31 yanıt oranı) tamamlanmıştır. Katılımcıların bildirdiği DT uygulamaları; ek görüntüleme çalışmaları (%72), laboratuvar testleri isteme (%67), hastaları başka hekimlere yönlendirme (%66) veya ilaç reçete etme (%40) şeklindedir. Malpraktis primleri, katılımcıların %64’ü tarafından "büyük veya aşırı" yük olarak kabul edildiğinden katılımcıların %45’inin sorumluluk endişeleri nedeniyle yüksek riskli prosedürlerini uygulamalarından çıkarmasına neden olmuştur. Tıbbi sorumluluk konusundaki endişeler ve algılar, uygulayıcıları DT uygulamasına yönlendirmektedir. Sonuç olarak, algılanan bir yasal riski gidermek için istenen tanısal testler, konsültasyonlar ve görüntüleme çalışmalarının daha yüksek sağlık harcamaları ile sonuçlanmaktadır. Malpraktis riskini en aza indirmek için bazı beyin cerrahları yüksek riskli prosedürleri ortadan kaldırmıştır. Kontrol edilmediği takdirde, tıbbi sorumluluk konusundaki endişeler, ileri DT uygulamalarına neden olacak, hastanın teşhis ve tedaviye erişimini sınırlandıracak ve ABD’de sağlık hizmeti sunumunun maliyetini artıracaktır (28).

2.4.3. Medyanın Etkisi

Basın ve yayın organlarında yer alan sağlıkla ilgili haberler, sosyal, ekonomik ve mesleki bakımdan toplumun her kesimi tarafından takip edilmekte olup, bu organlar bilgi edinmede önemli bir kaynak haline gelmiştir. Bir çalışmada, “yayın organlarında çıkan sağlıkla ilgili haber başlıklarının içerik ile uyumu ve içeriğin tıbbi açıdan bilimsel veriler ile uyumunun değerlendirilmesi” amaçlanmıştır. Nisan 2010-Aralık 2010 tarih aralığında 11 gazetede yayınlanan 344 adet sağlık haberi incelemeye alınmıştır. Haberler; haber içeriğinin başlığı ile uyumu, içeriğin tıbbi

açından doğruluğu, haber konusu ile ilgili ana bilim dalı, haber kaynağının belirtilmesi ve haber içeriğinin hekim/araştırmacı ismi belirtilmesi şeklinde beş ana başlıkta değerlendirilmiştir. Haber başlığının içerikle tam uyumlu olduğu haber oranı %55 iken, gazete tirajlarına göre yapılan ağırlıklandırma sonucunda başlığın içerik ile ilgisiz/dolaylı ilgili ya da yanlış/farklı bilgi içeriğine maruz kalan okuyucuların oranı %3 olmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2011'de yayımladığı "2009 Ölüm Nedeni İstatistikleri"ne göre ölüm nedenlerinin %39,9'u dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmasına rağmen dolaşım sistemiyle ilgili hastalıkların haber içeriğindeki oranı %13,7 olarak tespit edilmiştir. Haber içeriğinin tıbbi bilgi açısından doğru olma oranı %51,1 olurken, %49'luk bölüm ise kısmen doğru veya yanlış bilgiler içermektedir. Haberlerin %33'ünde kaynak belirtilmiş, %74'ünde de hekim veya araştırmacı adı geçtiği gözlenmiştir. Hekim adı geçenlerin %58'inde, hekim adı geçmeyen haberlerin ise %32'sinde içerik tıbbi açıdan doğru olarak tespit edilmiştir. İçeriği doğru olan haberlerin %61'i başlığı ile tam uyumlu iken içeriği yanlış veya kısmen doğru olanların %66'sı başlığı ile tam uyumlu bulunmuştur. Sonuç olarak bu çalışma, sağlık haberlerinin belirli kurallara ve standartlara bağlı olması gereğini ortaya çıkarmıştır (29).

Burdur ilinde hasta ve yakınlarını şiddete yönelten sebeplerin araştırılmasının amaçlandığı nitel bir çalışmada; 8 sağlık çalışanı ile 7 hasta ve hasta yakını olmak üzere toplam 15 kişiyle yüz yüze derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Medyanın sağlık çalışanlarına şiddet konusunda olayın anlatım biçimi, eksik ve yanlış bilgiler vermesi, teşvik edici olması ve toplum bilincine etkisi araştırılmıştır. Sağlık çalışanları, medyanın olayı haberleştirirken hekim ya da konunun uzmanından yardım almadığını, bunun da yanlış bilgilendirmeye yol açarak hekime bakış açısını değiştirdiğini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının medyada olduğundan farklı ya da eksik tanıtıldığı, ayrıca şiddet haberlerinin tekrar tekrar gösterilmesinin sanıldığı aksine şiddeti azaltmadığı vurgulanmıştır. Sonuçta toplum algısı, haberin verilme biçimiyle yakından ilişkilidir. Sağlık çalışanlarının bazıları ise sağlıkta şiddet haberlerinin toplum tarafından bu soruna dikkat çekilmesine neden olduğunu, fakat haberlerin anlatım biçiminin önemli olduğunu vurgulamıştır. Özellikle dizilerdeki şiddet sahnelerinin hasta ve yakınlarını cesaretlendirdiğine dikkat çekmişlerdir. Bazı sağlık çalışanları ise sağlıkta şiddet haberlerinin medyada yer almasına taraf

olmamışlardır. Hasta ve yakınları açısından incelendiğinde; “doktoru dövdüler, doktora saldırdılar” gibi ifadelerden en çok etkilendikleri ve “saldırdı, vurdu, kırdı” ifadelerinin hafızada oldukça kalıcı olduğu tespit edilmiştir. Bazı hasta ve hasta yakınları ise şiddete karşı olduklarını, medyada yer alan şiddet haberlerini takip etmediklerini belirtmişlerdir. Şiddet olaylarının olmaması gerektiğini söyleyen ama sonrasında bir olaya karışan hasta ve hasta yakınları ise olayı yaşadktan sonra kendilerince haklı olduklarını, sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiklerini bildirmişlerdir. Medyada bir şiddet olayının tekrar tekrar gösterilmesinin bu olayı hafızalarda canlı tuttuğu, bunları izleyen hasta ve hasta yakınlarının kendileri bir sağlık kuruluşuna başvurdıklarında en ufak bir zorlukla karşılaştıklarında şiddet kullanarak tepki verdikleri ortaya konmuştur. Medyadaki şiddet haberlerini gören, daha önce kendisi de şiddet olayına karışmış kişiler “şiddeti hak ettiyse iyi olmuş” şeklinde yaklaşarak şiddeti meşrulaştırmaktadırlar (30).

2.4.4. Şikâyet Edilme Korkusu

2016 yılında hasta hakları birimlerine gelen hasta şikâyetlerinin aile hekimlerinin defansif tıp uygulama tutumlarını nasıl etkilediğinin değerlendirilmesi amaçlanarak, İstanbul’un Kadıköy ilçesinde çalışmaya katılmayı kabul eden 209 aile hekimi ile yüz yüze anket yöntemi kullanılarak, kesitsel tanımlayıcı bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya katılan aile hekimlerine Defansif Tıp Tutum Ölçeği ile kişisel özelliklerin sorgulandığı 14 soruluk bir anket uygulanmıştır. Daha önce şikâyet edilmiş olan hekimlerin hem PDT hem de NDT tutum puanları, şikâyet edilmemiş olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Meslek hayatının ilk 10 yılında olan hekimlerin hem PDT hem de NDT tutum puanları, mesleki deneyimi daha fazla olan hekimlere göre yüksek bulunmuş; hekimlerin yaşları incelendiğinde, şikâyet edilen hekimlerin yaş ortalamasının da diğer hekimlere göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yaş ilerledikçe hekimlerin DT ölçek puanlarında azalma olduğu belirtilmiştir. Bu durumun mesleki deneyimi az olan hekimlerin bilgi, beceri ve iletişim eksiklerinden kaynaklandığı, hekimlerin mesleki ve akademik ilerlemeleri ile beraber iletişim becerilerini de geliştirmelerine bağlanmıştır. Haftalık çalışma saatleri ile şikâyet edilme oranı arasında bir ilişki bulunamamış, ancak çalışma saatleri uzun olan hekimlerin DT ölçek puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuç

olarak, “kurumsal organizasyon ve koordinasyon eksikliklerinden kaynaklanan hasta şikâyetlerinin yönetimce değerlendirilmesi ve çözülmesi hekim sağlığının korunmasına katkıda bulunacağı, sistemde mükerrer şikâyetlerin önlenmesinin hekimlerde ikincil mağduriyet oluşumunu engelleyebileceği” bildirilmiştir (31).

2.4.5. Mesleki Deneyimin Az Olması

Tanımlayıcı kesitsel bir çalışma, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde, dâhili ve cerrahi branşlarda çalışan 200 araştırma görevlisi hekime ulaşılarak yapılmıştır. Bu çalışmada hekimlerin defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumlarının anlaşılması, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca sosyodemografik veri formu, defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği ve Maslach tükenmişlik ölçeği anket şeklinde bu 200 katılımcı hekime verilmiştir. Hekimlerin %57,5’inin (n=115) 29 yaş ve altında olduğu, %70,5’inin (n=141) erkek, %56’sının (n=112) evli, %30,5’inin (n=61) çocuk sahibi olduğu belirtilmiştir. Hekimlerin %65’i (n=130) dâhili tıp bilimlerinde görev yapmakta, %90’ı (n=180) nöbet tutmaktadır. Bu çalışmada, malpraktis davalarının cerrahi branşlarda dahili branşların 4,6 katı daha fazla olduğu, DT uygulamaları kavramının yeterince bilinmediği, malpraktis davalarının diğer ülkelere göre daha az olmasına rağmen DT uygulama seviyelerinin benzer olduğu gözlenmiştir. Çalışmada, hekimlerin DT uygulamaları içinde yer alan endikasyon dışı hasta yatırma hariç diğer tüm DT uygulama oranları %50’nin üzerinde tespit edilmiştir. Yaş ile DT uygulamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamış ve yaştan tükenmişlik üzerine de bir etkisi görülmemiştir. PDT, ND, DT uygulamaları puan ortalamaları, uzmanlık eğitiminin ikinci yılında olanlarda, üçüncü ve beşinci yılında olanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu fark, uzmanlık eğitiminin ilk yıllarında iş yükünün fazla olması, mesleki deneyimin azlığı, yeterince takdir görmeme, iş konusunda aşırı heyecan ve istekli olma sonucunda enerjinin hızlı harcanmasına bağlı çabuk yorulma nedeniyle DT uygulamalarına daha sık başvurulması ile açıklanmıştır. Sonuç olarak; erkek cinsiyet, uzmanlık eğitiminin ilk iki yılı içinde olmak, cerrahi branşlar, açılmış olan malpraktis davaları, yoğun çalışma saatleri ve nöbetler, sigara bağımlılığı, tükenmişlik ve işe bağlı gerginlik DT uygulamalarını artıran risk faktörleri olarak bildirilmiştir (5).

2.4.6. Şiddet

Şiddetin ve defansif tıbbın nedenlerinin, sonuçlarının ve alınacak önlemlerin neler olabileceğini ortaya koymak amacıyla nitel olarak bir çalışma yapılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle yapılan çalışmaya, en az üç yıllık mesleki deneyime sahip cerrahi ve dahili farklı branşlarda hekimler dahil edilmiştir. Sonuç olarak, hekimlerin çalışma hayatları süresince sözel şiddet daha yaygın olmakla beraber bazen cinayetle sonuçlanabilen fiziksel şiddetle de karşılaştıkları ortaya çıkmıştır. Sağlıkta şiddetin nedenleri olarak hastaların olumsuz bakış açısı, eğitim düzeyinin düşük olması, medya, yönetim ve sağlık politikaları, hasta yoğunluğu, cezaların caydırıcı olmaması, eski doktorların tavırları olduğu tespit edilmiştir. Sözel şiddete maruz kalan hekimlerin duygusal açıdan yorulduğu, aşırı tepkiler verebildiği ya da tepkisiz kaldığı, hastayla arasına sınır koyabildiği, mesleğini yaparken hastaya ve yakınına bir güvensizlik ya da kuşkuculukla yaklaşabildiği bildirilmiştir. Emeklerinin hak ettiği takdiri görmediği düşüncesi hekimde etkisizlik, yetersizlik, beceriksizlik gibi hislere neden olarak kendisine olan güveninin azalmasına neden olabilmektedir. Tüm bunların sonucunda hekimlerin DT uygulamaları yapmasına neden olabileceği bildirilmiş, şiddetin defansif tıp uygulamalarının nedenlerinden biri olduğu belirtilmiştir. Hekimler kendilerini korumak ve şiddetle karşılaşmamak için defansif tıba yöneldiğini düşünülebilirse de benzer şekilde defansif tıp uygulamalarının da şiddete neden olduğu görülmektedir.

Bu durumda şiddet ve defansif uygulamalar arasında bir kısır döngü yaşandığını ortaya koymaktadır (14).

Ankara ve Düzce kentlerinde kamu hastaneleri ve özel hastanelerde görev yapan 18 hekimle yapılan nitel bir çalışmada “hekimler tarafından hastanelerde sunulan hizmetlerin şiddete uğrama korkusu ile tam anlamıyla yerine getirilememesi durumu ve bu durumun gittikçe genişleyen alanlarda yaşanması ihtimali” araştırılmıştır. Görüşme metinleri, temellendirilmiş kuramın ilkeleri esas alınarak incelenmiş; hizmet kalitesi, hekimin hastasına ayırma zorunda olduğu zaman dilimi, şiddete uğrama ve memnuniyet farklılığı bağlamında karşılaştırmalar yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda, hekimlerin memnuniyetsizliklerinin, gerilim ve gerginliklerinin sağlık hizmetleri uygulamalarının kalitesini etkilediği; hekimlerin hastalara sağlık hizmeti sunma sürecini şiddete uğramadan en az zararla atlatma veya

tamamlama bağlamında yürüttüğünü ortaya çıkarmıştır. Sonuç olarak bu şartlarda çalışan hekimlerin hesap verme endişesi ile tıbbi teşhis ve tedavi kararlarını verirken malpraktis yapmalarına neden olabilmektedir. Bu da hekimlerin kendilerini koruma yollarına gitmelerine ve DT uygulamaları yapmalarına neden olmaktadır. Önlem alınmadığı takdirde hekimler daha çok DT uygulamaları yapabilecek ve hasta sorumluluğunu almayan, sağlıklarıyla ilgili olumsuz haberleri bile vermek istemeyen danışmanlar haline gelebileceği bildirilmiştir (32).

2.4.7. Sağlık Sistemi

Günümüz sağlık sistemi ve hukuk sisteminin yalnızca sonuç odaklı olmasının hekimlerin DT uygulamalarına yönelmesine katkısı oldukça fazla olmaktadır. Genellikle hekimlerin yaptıkları tıbbi hataların sonuçları tartışılırken, buna neden olan etmenler ve hekimlerin tıbbi hata yapmasına engel olacak bir sağlık sisteminin nasıl oluşturulabileceği yeterince konuşulmamaktadır. Sürekli hasta haklarının ön plana çıkarıldığı bir ortamda hastalar hekimlerin tıbbi alanlarına kadar müdahale ederek teşhis ve tedavilerin kendi istedikleri şekilde yapılmasına kadar aşırı talepkâr olabilmektedirler. Hastaların hekimlere yönelik saldırgan davranışlarının önüne geçilebildiği, hekimlerin önceliğinin hasta yararı olmasının sağlandığı, hekimlerin daha verimli hizmet edebildiği bir çalışma ortamının sağlandığı, çeşitli tıbbi müdahalelerden doğan hukuki sorumlulukların hekimler üzerindeki baskısının azaltıldığı ve kamuoyundaki tüm sorumluluğun hekimde olduğu algısının kaldırıldığı bir sağlık sisteminde hekimler de kendilerini korumak adına DT uygulamalarına başvurma ihtiyacında olmayacaklardır (33).

2.4.8. İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik

Tükenmişlik, ilk olarak 1974 yılında Freuden Berger tarafından “başarısızlık, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya insanın iç kaynakları üzerinde karşılanamayan istekler sonucunda ortaya çıkan bir tükenme durumu” olarak tanımlanmıştır. ASM'lerdeki sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada ASM çalışanları ile demografik verileri incelenmiştir. Çalışmada 5 basamaklı 22 sorudan oluşan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” kullanılmıştır. Farklı illerden 792 ASM çalışanı 324 kadın (%40.9) ve 468 (%59.1) erkek ile online anket çalışması yapılmıştır. Sonuç olarak, tükenmişlik oranları bekar kişilerde evli kişilere göre daha fazla iken, çocuk

sayısı ile anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Yaşa göre anlamlı farklar ortaya çıkmış, en yüksek tükenmişlik seviyesinin ise sırasıyla 1965-1979 yılları arasında doğanlarda (419.60), 1980-1999 yılları arasında doğanlarda (392.90) ve 1946-1964 yılları arasında doğanlarda (341.71) olduğu bildirilmiştir. Farklı görev pozisyonlarında da anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. En yüksek tükenmişlik seviyesinin aile hekimi olan kişilerde (413.67), sonrasında aile hekimi uzmanı olan kişilerde (299.00) ve en az da hemşirelerde (227,00) olduğu görülmüştür (34).

2.5. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ SAĞLIK SİSTEMİNE, HEKİME VE HASTALARA ETKİSİ

Pratisyen hekimler, kadın doğum uzmanları, nörologlar, radyologlar ve acil servis hekimleri, malpraktis risklerini azaltmak için genellikle tıbben belirtilenden daha fazla tanı testi yapmaktadırlar. Tıbbi uygulama hatası ile ilgili endişeler, kadın doğum uzmanlarının gebe kadınlarda ve acil doktorlarında acil servisten daha düşük riskli hastaları taburcu etmelerine neden olmaktadır. Ayrıca birçok radyolog, yanlış uygulama endişelerinin mamogramların yorumlanmasını etkilediğini ve biyopsilere gerek olmadığını gösteren mamografik bulgulara rağmen kadınlarda daha fazla meme biyopsisi önermelerine neden olduğunu belirtmiştir. Negatif savunma tıbbının sağlık hizmeti maliyeti üzerinde çok az etkisi vardır. Bununla birlikte doktorlar, belirli hastaları tedavi etmeye veya belirli prosedürleri uygulamaya istekli olmadığında sağlık hizmeti sunumuna ve sağlık hizmetlerine erişim tehlikeye girmektedir. Çalışmalar, hatalı tıbbi uygulama baskılarının NDT uygulamasını indüklediğini ve hamile kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerine erişimini ve kullanımını azalttığını göstermiştir. Bu malpraktis baskıları, sorumluluk sigortası primlerinde artışa sebep olmuş, daha az doğum öncesi bakım ziyareti ve doğum öncesi bakımda daha fazla gecikme ile sonuçlanmıştır (31).

DT onlarca yıldır uygulanarak ve dünyanın çeşitli ülkelerine yayılarak gereksiz hastaneye yatışlara, testlere, invaziv prosedürlere, ilaç reçetelerine, gereksiz konsültasyon istemlerine, yüksek riskli hastalardan kaçınmaya ve sıkışık bekleme listelerine sebep olan bir epidemi haline gelmiştir. Bunun ciddi sonuçları olabilecektir. Örneğin bir enfeksiyon hastasına gereksiz geniş spektrumlu antibiyotikler verilmesi, kombinasyon tedavileri uygulanması ve antibiyoterapinin

süresinin gereksiz uzatılması antibiyotik direncinin alarm verici seviyelere ulaşmasına neden olabilecektir. Adli tıp sistemlerinin iddia edilen ihmal hatalarını diğer herhangi bir hata türünden daha fazla kınama eğiliminde olması, kanuni riskleri azaltmak için bir strateji olarak tanı testlerinin aşırı uygulanmasını sürekli artarak teşvik etmektedir. Bu durum hem doktorlar hem de hastalar açısından doğruluğu ve geçerliliği kanıtlanmamış tedaviler için sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımına neden olduğundan DT'ye ilişkin mali yük dikkate değer bulunmuştur. ABD tıbbi sorumluluk sisteminin yıllık maliyeti 55,6 milyar dolar ve DT'nin katkısı %82'nin (45 milyar dolar) üzerindedir ve İtalya'da DT maliyetinin yaklaşık 10-12 milyar euro/yıl olduğu tahmin edilmektedir. Gerçekten de, doktorlar tarafından daha yüksek kaynak kullanımı, daha az malpraktis iddiaları ile ilişkilidir (29).

2.6. DEFANSİF TIP UYGULAMALARI VE MALPRAKTİSİN HUKUKİ BOYUTU

Hasta-hekim ilişkisi diğer sosyal ilişkilerde de olduğu gibi zamanla değişime uğramıştır. Daha önceleri kutsallık da atfedilen hekimin; çoğunluğun ulaşamayacağı bilgiye sahip olması, toplumun hekimin bilgi ve sanatına yoğun olarak ihtiyaç duyması, hasta olarak üretim dışında kalan kişinin bir an önce iyileşme ihtiyacı olması, hastanın hızlı iyileşmek için kararı hekime bırakmasının daha kolay olması gibi nedenlerle hasta yararına karar verdiği paternalist bir anlayış benimsenmiştir. Emmanuel, E. 1992'de hasta-hekim ilişkilerini paternalistik model, öğretici (tüketici) model, yorumlayıcı model ve uzlaşmacı model olmak üzere dört gruba ayırarak incelemiştir. Yaşam kalitesinin, sosyo-ekonomik durumun ve tıp teknolojilerinin gelişmesi, insan haklarındaki gelişmelerin hasta-hekim ilişkisini etkilemesi, hukuki zorunluluklar, sorumluluk ve yaptırımlar, kalite uygulamalarının sağlık hizmetlerinde de öngörülmesi, sağlık okuryazarlığının artması, şikâyet mekanizmalarının gelişmesi hasta-hekim ilişkisini paternalist yaklaşımdan uzaklaştırarak hekimin hastayı daha çok bilgilendirdiği ve hastanın da tedavi sürecine daha çok katıldığı karşılıklı uzlaşmaya dayanan uzlaşmacı modele doğru geliştirmiştir (35, 36).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımında sağlık “insanların bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik ve denge hali içinde bulunması” olarak tanımlanmıştır. Sağlık hakkı ise bireylerin bu tanımda geçenleri otoriteden talep

etmesidir. İnsan Hakları Beyannamesi 25. Maddesinin birinci fıkrası “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir”. Burada yaşama hakkı sağlık hakkıyla birleştirilmiş, sosyal güvenlik hakkı da düzenlenmiştir (37).

1981 yılında Dünya Tabipler birliği tarafından yayınlanan Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi “Hekim, pratik, etik ve yasal tüm zorlukların bilincinde olarak her koşulda vicdanının sesini dinleyerek hasta için en iyi olanı yapmalıdır. Aşağıdaki bildirge hekimlik mesleğinin hastalara sağlamayı amaçladığı temel hakları içermektedir. Yasalar veya hükümet uygulamalarının hastaların bu haklarına uygun olmadığı durumlardan hekimler uygun yollarla bu uygulamaları düzeltmeye veya ortadan kaldırmaya çalışmalıdır.” diyerek şu altı maddeyi deklare etmiştir:

1. “Hasta, hekimini özgürce seçme haklarına sahiptir.
2. Hasta, hiçbir dış etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafında bakılabilmek hakkına sahiptir.
3. Hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir.
4. Hasta hekimden, tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir.
5. Her hastanın onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır.
6. Hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımını da dâhil olmak üzere ruhi ve manevi teselliye kabul veya reddetme hakkına sahiptir” (38).

1994’te WHO tarafından Amsterdam Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi ile “sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onay, mahremiyet, özel hayat saygı ve başvuru” adları altında detaylandırılmıştır. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi Avrupa Konseyi üyesi devletleri tarafından kabul edilen ilk yasal düzenlemedir. Türkiye de bu sözleşmeye taraf olmuştur (6). Bu bağlamda insan hakları konusunda önemli ilerlemeler kaydedilirken tıp ve teknolojiye ilişkin ilerlemeler de uzmanlaşma ihtiyacını doğurmuştur.

1973 yılında “Amerikan Hasta Hakları Bildirgesi” deklare edilmiştir. Bu yıllarda tıbbi uygulama hatası davalarında artışlar meydana gelmeye başlamıştır.

Hastalar lehine yüksek tazminatlar ve hekimlere karşı artan dava çokluğu sigorta şirketlerinin mesleki sorumluluk sigortası primlerini artırmalarına neden olmuştur. Tüm bunların sonucunda defansif tıp kavramı 1970'lerin başında ortaya çıkmaya başlamış, hekimler de defansif tıp uygulamalarına yönelmişlerdir (6).

Hekimler hukuki dava çekincesi ile DT uygulamaları yaparken hasta yararından çok kendilerini korumayı amaçladıkları halde, tam tersi bir sonuçla kendilerini hukuki davalara maruz bırakabilmektedirler. PDT uygulamalarında tıbbi kayıtların ayrıntılı tutulması, fazladan görüşmeler için zaman ayrılması, hastanın şikâyetleri ile ilgili doğrudan ya da dolaylı tüm tetkiklerin istenmesi ilk bakışta hasta için faydalı ve hukuka uygun gibi görülebilmektedir. Ancak sosyal güvenlik sistemi için ek maliyete ve hastanın zarar görmesine yol açabileceğinden bunun hasta haklarına ve tıbbi etiğe uygunluğu tartışılmaktadır. Tıbbi gereklilik derken endikasyon kavramı önemlidir. Endikasyon dışı yapılan tıbbi tetkik ve tahliller hastanın vücut bütünlüğüne zarar verebilmektedir. “Endikasyon, bir tıbbi müdahalenin hasta açısından ve tıp bilimi ilkelerine göre gerekli görülmesinin yanında müdahaleyi uygun kılan unsurlardan biridir”. Endikasyon, anayasal bir şart olarak Anayasa'nın 17. maddesinin ikinci fıkrasında belirtilmiştir. PDT uygulamalarından ayrıntılı kayıt tutma, hastaya fazladan zaman ayırma ve hasta şikâyeti sonucu fazladan tetkik-tahlil yapma hastanın vücut bütünlüğünü bozmadığı sürece ceza hukuku açısından tipikliği oluşmamaktadır. Fazladan ilaç yazılması, özellikle radyasyon içeren gereksiz görüntüleme yapılması, endikasyon dışı sezaryen, biyopsi gibi uygulamalar vücut bütünlüğünü bozabileceğinden ceza hukukunun tartışma konusu olarak belirtilmiştir. Endikasyon dışı yapılan bu uygulamalar, kamunun ve hastanın ekonomik açıdan kaybına yol açarken, Türk Ceza Kanununun 257. maddesinin birinci fıkrası kapsamında “görevi kötüye kullanma” suçuna konu olması itibarıyla hekimin cezai sorumluluğuna da neden olabilecektir. NDT uygulaması yapan hekim aslında gerekli bilgi ve tıbbi imkâna sahip olduğu halde teşhis ve tedaviden kaçınarak tıbbi etik kurallarının dışına çıkmaktadır. Hekimin pasif davranması, yeterli özeni ve dikkati göstermemesi, zaman kaybı ve hekimin eylemsizliği nedeniyle hastanın zarara uğraması tıp ceza hukukunda taksirle yaralama, taksirle öldürme gibi suçların oluşmasına sık rastlanmaktadır. “TCK'da taksir, ‘dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesi’ olarak tanımlanmıştır” (36).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE EVRENİ

Odak grup görüşmeleri, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesindeki toplantı salonlarında yapılmıştır. Evren, hekimlerin katılımıyla oluşan sosyal medya gruplarıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Nitel çalışmaların yapısı gereği, nicel çalışmalardan farklı olarak sayılarla istatistik çalışmalar yapılmamaktadır. “Nitel veri analizi, gözlem ve görüşme gibi veri toplama yöntem ve teknikleri ile elde edilen verilerin düzenlendiği, kategorilere ayrıldığı, temaların keşfedildiği ve sonuçta tüm bu sürecin rapora aktarıldığı bir etkinlikler toplamıdır” (4). Burada amaç odak grup görüşmeleri ve röportaj tekniği ile yapılan görüşmeler sırasında elde edilen verilerin içinde sakladığı bilginin betimlenmesi, analiz edilmesi, keşfedilmesi ve ortaya çıkarılmasıdır. Sorumlu araştırmacı ve yardımcı araştırmacı tarafından odak grup görüşmeleri ve röportajlar sırasında elde edilen ses kayıtlarının daha sonra yazılı döküm haline getirilmesi ve toplanan nitel verilerin değerlendirilmesinde betimsel içerik analizi yapılmalıdır. Nitel veri analizinde, benzerlikler ve farklılıklar tanımlanarak kategoriler belirlenmektedir. Bu kategoriler verilerin gruplandırılmasında ve karşılaştırılmasında kullanılmaktadır. Görüşmeler sırasında alınan ses kayıtlarının çözümlemeleri yapıp raporlandıktan sonra belli başlıklarda kategoriler belirlenmektedir. Belirlenen bu kategoriler daha sonra bağlamsal olarak incelenmektedir. Kategoriler sınıflandırılarak kodlanır. Nitel çalışmalarda ana sınıflandırma stratejisi kodlamadır (5).

Araştırmamız kalitatif (nitel) bir çalışmadır. Sözleşmeli aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının DT uygulamaları ile ilgili deneyimlerini betimlemek amacıyla fenomenolojik nitel araştırma deseninden yararlanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak odak grup görüşmeleri düzenlenmiştir. Fenomenolojik araştırma deseninde “fenomonolojik çalışma bir fenomen ya da kavramla ilgili yaşanmış deneyimlerin ortak anlamını tanımlar”. Deneyimi bütün yönleriyle yaşamış bir grupta çalışılır. Araştırmacı ilgili fenomene ilişkin kişisel

deneyimlerini çalışmanın dışında tutar, kendi önyargılarını ve deneyimlerini bir kenara bırakır. Ön kabulleri olmayan bir çalışmadır. Veri toplama aracı görüşmelerdir. Bireylerin neyi nasıl deneyimlediğinin detaylı betimlemesine doğru ilerleyen sistematik bir süreç izlenir (39).

3.3. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Aile hekimleriyle yapılan birinci odak grup görüşmesi 21/01/2020 ve aile hekimliği uzmanlarıyla yapılan ikinci odak grup görüşmesi 06/02/2020 tarihlerinde yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Fenomenolojik araştırmalarda kullanılan amaçlı örneklem stratejilerine benzeşik durum örnekleme grubu olarak en az son bir yıldır aile hekimliği sisteminde aktif çalışan, çalışmaya katılmayı kabul eden 9 aile hekimi ve 6 aile hekimliği uzmanı ile odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Benzeşik durum örneklemesinde amaç küçük ve benzeşik bir örneklem oluşturma yoluyla belirgin bir alt grubu tanımlamaktır. Patton'a göre bu tür gruplardan “odak grup görüşmeleri” yoluyla veri toplanabilir. Bu tür grup görüşmelerinde optimum sayı olarak 6-8 kişiden oluşturulacak gruplarda, açık uçlu sorulara dayanan görüşmeler yapılabilir (39). Hekimlere, aile hekimlerine ait sosyal medya grupları üzerinden ulaşılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN KABUL VE RET KRİTERLERİ

Araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerle planlanmıştır. Hekimlerin tümü odak grup görüşmelerine katılmıştır. Her birinin katılımının geçerliliği kabul edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ

Sorumlu araştırmacı ve yardımcı araştırmacı tarafından gerçekleştirilen odak grup görüşmeleri Samsung Note 5 ve Samsung Galaxy S10 Plus cihazlarına ses kaydı alınması suretiyle kaydedilmiştir. İki odak grup görüşmesi yapılmıştır. Birinci odak grup görüşmesi çalışmaya katılmak için gönüllü olan 9 aile hekimi ile ikinci odak grup görüşmesi çalışmaya katılmak için gönüllü olan 6 aile hekimliği uzmanı ile yapılmıştır. Odak grup görüşmeleri ortalama ikişer saat sürmüştür. Her iki odak

grup görüşmesi öncesinde hekimlerden bilgilendirilmiş onam formunu imzalamaları istenmiştir. Odak grup görüşmesi Tablo 1’de yer alan dört ana başlık etrafında yapılandırılmış biçimde yapılmıştır. Odak grup görüşmelerinin seyrine göre bu ana konular etrafında derinleşerek, sonda sorularla devam edilmiştir.

Tablo 1: Odak Grup Görüşmelerinin Yapılandırıldığı Ana Başlıklar

Görüşmelerin Yapılandırıldığı Ana Konular
1-“Defansif Tıp” terimi sizin için ne ifade etmektedir?
2-Aile hekimliğinde defansif tıp uygulamalarını nasıl açıklarsınız? -Bir aile hekimi nasıl uygulamalar yaptığında defansif tıp uygulaması yapmış olur? -Bir aile hekiminin defansif tıp uygulamalı yapmasının nedenleri ne olabilir?
3-Defansif tıp uygulamalarının sonuçları hakkında ne düşünüyorsunuz? -Bu sonuçları hasta ve hekim açısından tartışabilir misiniz?
4-Defansif tıp uygulamaları konusunda aile hekimliği temel alındığında çözüm önerileriniz nelerdir? -Bu çözüm önerilerini hekim ve hasta açısından tartışabilir misiniz?

3.7. VERİ ANALİZİ

Bu ses kayıtları bilgisayar dosyası şeklinde saklanmaktadır. Ses kayıtları araştırmacı tarafından çözümlenerek yazılı döküm haline getirilmiştir. Yazılı döküm haline getirilmesi ve toplanan nitel verilerin değerlendirilmesinde betimsel içerik analizi yapılmıştır. Nitel veri analizinde, benzerlikler ve farklılıklar tanımlanarak kategoriler belirlenmiştir. Bu kategoriler verilerin gruplandırılmasında ve karşılaştırılmasında kullanılmıştır. Belirlenen bu kategoriler daha sonra bağlamsal olarak incelenmiş ve kategoriler sınıflandırılarak kodlanmıştır. Daha sonra MAXQDA 2020 programında elde edilen kategoriler ve kodlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

3.8. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Çıkar çatışması yaratacak herhangi bir durum oluşmamıştır.

3.9. ETİK ONAY

Çalışma için, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan 20.01.2020 tarih ve 80/14 karar numarasıyla yazılı izin alınmıştır (Ek-1).

4. BULGULAR

Bu bölümde sözleşmeli aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının defansif tıp uygulamaları konusundaki tutum ve davranışları ile sonuç ve çözüm önerilerine ilişkin araştırmamızda elde edilen verilerin bulguları yer almaktadır. 4 ana açık uçlu soru ekseninde yapılan odak grup görüşmelerinin verileri açık ve seçici kodlama teknikleri kullanılarak ayrıntılı olarak analiz edilmiş, belli başlı 6 ana kategori altında kodlanmıştır.

Tablo 2: Ana Kategoriler

Ana kategoriler
1-Defansif tıp uygulama davranışı
2-Defansif tıp uygulamama nedeni
3-Pozitif defansif tıp uygulamaları
4-Negatif defansif tıp uygulamaları
5-Defansif tıp uygulama sonuçları
6-Öneriler

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Birinci odak grup SAH grubu K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9 şeklinde ve ikinci odak grup AHU grubu K11, K12, K13, K14, K15, K16 şeklinde kodlanmıştır.

Tablo 3: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Hekim Kodları	Yaş	Cinsiyet	Kaç yıllık hekim?	Kaç yıldır aile hekimliğinde?
K1	55	K	29	10
K2	64	E	40	10
K3	48	K	25	10
K4	58	E	34	10
K5	50	K	26	10
K6	49	K	24	10
K7	50	K	24	10
K8	53	K	30	10
K9	34	K	11	1,5
K11	30	E	6	1
K12	54	K	30	7
K13	49	E	25	2
K14	37	E	11	7
K15	36	K	12	5
K16	47	K	22	5

4.2. DEFANSİF TIP UYGULAMA DAVRANIŞI

Hekimlere, “Defansif tıp terimi sizin için ne ifade etmektedir?” ana sorusunun yanı sıra “Defansif tıpla ilgili bir sürü uygulamayla karşılaşmış olabilirsiniz”, “Daha çok bilgi eksikliğinden mi olduğunu düşünüyorsunuz?” ve “Bunlar dışında hangi nedenler defansif tıbbın nedenleri arasında sayılabilir?” gibi sonda sorular sorulmuştur.



Şekil 2: Defansif Tıp Uygulama Davranışına Göre Kavram Haritası

Defansif tıp uygulama davranışını destekleyen nedenler:

- 1- Sağlık sistemi (altyapı eksikliği, hekimin eğitim ihtiyacı, hekimin üzerindeki idari baskı, sağlık uygulayıcılarının hekime destek olmaması),
- 2- Sağlık raporları (sevk etmede yaşanan zorluklar, mevzuatı bilmemek, meslektaşlar arası uygulama farklılıkları, hukuki dava korkusu),
- 3- Hukuki davalar (etik-hukuk çatışması, malpraktis),
- 4- Hasta kaynaklı değişkenler,
- 5- Hekim kaynaklı değişkenler (hekimin kendine güven eksikliği, uzmanlık eğitimi, mesleki deneyim azlığı),
- 6- Hasta-hekim ilişkisi (hekim-güven, hastaya güven),
- 7- Medya etkisi (yanlış yönlendirilme, malpraktis davaları),
- 8- Merkez-taşıra farkı,

- 9- Hasta kaybı,
- 10- Hekim-hekim ilişkisi,
- 11- İş yükü olmak üzere değerlendirilebilir.

Sağlık sistemi:

Bazen sağlık sisteminin kendisinden bazen de hekimlerin mevzuatları bilmemesinden kaynaklı sorunlar, esasen mevzuatların tutarsız olması şeklinde yansıtılmıştır. Hekimlerin bazılarının mevzuatları bilmemesi bazılarının da pozitif ya da negatif defans uygulaması nedeniyle pratikte aynı mevzuatın farklı biçimlerde uygulandığı gözlenmiştir. Sağlık politikası uygulayıcılarının hekime kayıtlı hastaları arayarak hasta memnuniyeti sorguluyor olması, fakat hastaların aşırı ve çoklu ilaç kullanımının hastaya hiç sorulmaması hekimler tarafından idari baskı olarak algılanmaktadır. Hekimler yaptıkları ya da yapmadıkları sağlık uygulamaları nedeniyle soruşturma geçirdiklerinde kendilerini desteksiz hissetmektedirler.

SGK'nın ilaç ödeme yönetmeliği

*"Şimdi iki numara olarak ben şeyi de eklemek istiyorum akli meleke raporlarının mesela akli meleke raporu vermeniz bekleniyor ama çok basit bir anti depresan tedavisinde bile sıkıntı yaşıyorsunuz. Yani bir nevi ikilik var orada. Benim bir kişinin zihinsel olarak iyi durumda veya kötü durumda olduğunu tanıyabileceğimi kabul ediyorsunuz ama tedavisini yapamaz diyorsunuz. Burada da mesela bir ikilem var."*K12

Hekimin eğitim ihtiyacı

"Doktorlar doğuştan yeteneklidir. Her şeyi doğuştan bilirler. Biz ilk aile hekimliğine geçtiğimizde hastalar yani bize o programı şöyle bir geçtiler biz o zaman eskiden çok bilgisayar olayına girmedik için en fazla Google da bir şeyler arıyorduk programı çözene kadar yaklaşık birkaç hafta geçti, 20 dakika da çıkıyordu hasta dışardaki hastalar bizimle dalga geçiyorlardı Hangi ameliyatı oldun diye soruyorlardı. Hani başka memurlar bir daktilo kursuna giderdi eskiden o olmazsa memur olunamazdı. Doktorlar öyle değil doktorlar doğuştan yetenekli anlatılmasa da anlar diye düşündükleri için her halde öyle bir şey vermediler."(K6)

"Benim çok olmuyor açıkçası, tamam tıp fakültesinde hukuk dersleri almadık ama yaşayarak öğrendik. Hizmet içi eğitim demeyeyim ama hizmet sırasında bir sürü şeyi öğreniyorsunuz. Genel olarak da mantık dışı çok fazla bir şey olmuyor, temel

*şeyleri biliyoruz mesela hepimiz. Ne bileyim kayıtların önemli olduğunu hepimiz çok iyi biliyoruz yani ben bilgi eksikliğiyle ilgili çok sıkıntımız olduğunu düşünmüyorum. Ha ilk başta belki mezun olduğumuzda olabilir de ben şu anki durumum için söylüyorum."*K12

Altyapı eksikliği

"hem öyle olur hem de çok mağdur hastalar var bunu beceremeyecek o tür kapasiteye sahip olmayacak. Senin ancak onu göndermen lazım. Yaparsın böyle bir şey ama standart senin işin haline gelemez bu yani bunun bir uygulanabilirliği var periferde bir de halkımızın yapısını araştırıyorlar başka konular için herkes kendi işine gelen konuları araştırıyor. Sağlık sisteminde değişiklik yapılacağı zaman halkımızın tepkisi nasıl olacak bununla ilgili sosyolojik çalışma yapıp ta mı yapıyorlar bunu yapmadan mı yapıyorlar. Hem onları hem çalışanları açısından çalışmaları yapmış olmaları lazım. Tamam, ata bindin gidiyorsun şuraya varacaksın ha bire yolda at değiştirmen gerekiyor sürprizler çıkıyor bir sürü ."(K6)

"Mesela yılbaşından 2 ay önce kadar sürücü raporlarıyla ilgili bir şey geldi yazı geldi. Bundan sonra böyle böyle uygulama yapılacak diye resmi yazı kişi e-devlet üzerinden kişisel sağlık beyan formunu dolduracak o doktorun sayfasına düşecek 2020 den sonra böyle yapılacak dendi ama olmadı, olamadı."(K3)

İdari baskı

"hasta sizden sürekli istiyor yani mesela hastalara şey gidiyor telefon gidiyor. doktorunuzdan memnun musunuz diye araniyor muşum. Bu işlem yapılana kadar yani sen neden bu kadar sayıda doktora gittin 1 ay içerisinde ya da neden bu kadar sayıda ilaç aldın eğer beklentine cevap bulamadıysan neden başka bir hekime gitmedin gibi geri dönüşler olursa halk için söylüyorum sanırım bilinçlenme daha çabuk olacak ." K3

*"Belki de bizim üzerimize olan yaptırımlar çok fazla olduğu için bazen pozitif defansif tıp uyguluyoruz bazen negatif tıp uyguluyoruz, bu yaptırımların bence biraz yaptırım olmasa bile sorumlulukların paylaştırılması gerekiyor diye düşünüyoruz."*K15

Sağlık yöneticilerinin hekimi desteklememesi

"Defansif tıba yönelmenin bir nedeni de kendi başımıza çabalar içindeyiz bizi koruyan bir kurum yok. Kendi başımıza bir şeyler yapmaya çalışıyoruz."(K1)

" bekledim ama gelmedi sağlık bakanlığından vesaire, o o şekilde kapandı ve halk arasında halk şunu söyledi hatta gelen hastalar da şunu söylediler "Bakın doktor yazmadı, doktora ceza verildi." halk arasında böyle bir şey algılandı *Doktor hanım ilacını yazmadığı için hastanın, doktorun başka bir yere tayini yapıldı ama hiç kimse de çıkıp da "Doktor haklıydı, hasta olmadan ilaç veya herhangi bir şey yaptırmak zaten kanunen suçtur." deyip de doktorun arkasında duran biri ben hatırlamıyorum, duymadım da hep bekledim böyle bir yazı, böyle bir demeç.*"(K16)

Sağlık raporları:

Sağlık raporlarının mevzuatlarında istenen bazı muayenelerin aile sağlığı merkezleri koşullarında yapılamıyor olması, meslektaşlar arası iletişimsizlik ve meslektaşlar arası farklı uygulamaların olması nedeniyle gerekli durumlarda hastanın sevk edilmesinde sorunlar yaşandığı, sağlık raporu vermenin bilirkişilik olduğu ve sonucunda hukuki davalara konu olabileceği hekimler tarafından belirtilmiştir. Hastanelerde bu raporlar SGK tarafından karşılanmadığı için ücret alınması da rapor için başvuran kişinin sevk edilmeye tepki göstermesine bir neden olarak gösterilmiştir. Sevk ettikleri kurumdaki hekimin de zaman zaman başvuran kişiye aile hekimi hakkında olumsuz geri bildiriminin olmasının sevk işlemini daha da zorlaştırdığı bildirilmiştir. Ayrıca başvuranın her ne kadar aile hekimliğine kayıtlı, e-nabız ve SGK bilgilerine hekim ulaşabilse de kişi isterse bu kayıtları gizleyebilmektedir. Bu nedenlerle de sağlık raporları konusunda hekimler bazen PDT bazen de NDT uygulamalarına başvurabildiklerini belirtmişlerdir.

Sevk etmede yaşanan zorluklar

"Ben başlayayım o zaman iki numara olarak, ben tabi kendi uygulama alanım olarak birinci basamak için konuşacağım önce. Defansif tıp en çok bizi raporlarda zorluyor bence, raporlar konusunda defansif tıp uygulamak zorunda hissediyoruz kendimizi. Hani eehhmm şimdi yazılı yönetmelikler var, bir de uygulamayla ilgili özellikler var. Genellikle bizim uyguladığımız şeylerde yönetmelikler birebir tutmuyor aslında. Mesela yönetmelikte diyor ki atıyorum işte görme alanı tam olacak, boyun otuz derecenin üzerinde dönecek diyor hani rakamları atıyorum bilmiyorum, ama biz uygulama sırasında görme alanını teknik olarak net olarak tespit etme şansımız yok. Hani kabaca belki bir görme alanı muayenesi yapıyoruz ama o güvenilir bir muayene değil. Ya da ne bileyim işitme bilmem kaç desibelin

üzerinde olacak diyor hani bir müfettiş gelip bana sorsa "sen bunun işitmesini neyle ölçtün?" işte "kaç desibelin üzerinde olduğunu bulabildin mi?", buna verebilecek bir cevabım yok. Ya da aynı şey görme alanıyla da ilgili. Gece körlüğü, ne bileyim daha bir sürü örneği var bunun."(K12)

"Sevk etme yetkiniz var ama" dendiğinde K12'nin yanıtı:

"İşte ama bu hasta tabii ki sevk olunca hastayla karşılıklı problem yaşıyoruz. Bunun için de hani hem sevk etmeden, çünkü sevk edildiği zaman bir: iş yükü artıyor hastanın, ikincisi: bir beklentisi var, artık medya sürekli ehliyet işte ASM' den alabilirsiniz ücretsiz diyor ikincisi gittiği yerde para ödemek zorunda kalıyor, üçüncüsü de gittiği yerdeki doktor da defansif davranıyor genellikle, "Bunun için niye sevk ettiler?" diyor ve yine haksız duruma düşüyorsunuz."(K12) şeklinde oldu.

"Aile hekimliğinde bu raporlar verilmeli mi? Verilmemeli mi? " sorusuna K12:

"Verilmemeli çünkü aslında rapor bilirkişinin işidir ve bilirkişilik işi ciddi bir iştir, karşılığında tazminatı olan bir iştir ve biz orada ona ücretsiz bakarak hem tazminatı yüklenmiş oluyoruz hem de gereksiz risk almış oluyoruz. Hem toplum adına hem kendi adımıza. Doğru bir iş yapmıyoruz yani. Rapor bilirkişinin işidir." diye yanıtladı ve rapor talebinin aile hekimliği için uygun bir talep olmadığını onayladı.

K11'e bu konudaki görüşleri sorulduğunda: K12 ile aynı görüşleri paylaştı ve okuldan kaçmak için öğrencilerin rapor taleplerini geri çevirdiğini bunun DT uygulaması olup olmadığını bilmediğini belirtti ama bazen de aile talebiyle kendisini baskı altına almaya çalıştıklarını söyledi. K13 raporlar konusunda hekimleri onayladı ve sporcu lisans raporlarını da ekledi.

*"Ben onu iki numara olarak şöyle düşünüyorum, hasta tamamen sağlıklıysa ve böyle bir talebi varsa verimiz sıkıntı yok. Ama hastanın bir takım hastalıkları var, o zaman da ikilem çıkıyor. "O hastaya verdiniz bu hastaya vermediniz" oluyor. Sorumluluk yükleyen değil de hastalar birbiriyle sonuçta ben pratikten bahsediyorum, diyor ki o hastaya vermişsiniz bana niye vermiyorsunuz diyor. O hasta sağlandı sen değilsin gerekirse seni sevk ederim diyorum. Ama o da diyor ki işte atıyorum basit bir problemi var mesela, bu diyor buna engel değil diyor neden hastalar arası ayrımcılık yapıyorsunuz diyor."*K12

Mevzuatları bilmemek

Sağlık raporlarıyla ilgili görüş bildiren katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibi devam etmektedir:

"Ben iki numara olarak işyeri raporlarıyla ilgili söylüyorum bence orada esas olan bir kişi beyanıdır. Çünkü kişi çalışacak, entelektüel olarak zekâsı yeterli olacak ya da kendi sorumluluğunu alabilecek biri olacak muhtemelen. Kişi beyanı olacak, kişinin beyanına göre gerekli yerlere işyeri hekimi sevk edecek, işe uygun olup olmadığına karar verecek. Ama bu iş için aile hekimini kullanmak tamamen hasta hekim ilişkisine zarar veren bir şeydir. Hani biz bilgilerimizi başka biriyle paylaşamayız. İş yeriyle paylaşamayız. Bu bana insan haklarına aykırı bir şey gibi geliyor."(K12)

"Hastanın talebi olsa bile mi?" sorusunu K12: *"Hasta zaten kendi talebiyle e-nabıza kendi de ulaşabiliyor. Kendi bilgilerini kendi paylaşabilir."* diye yanıtladı.

"Ama şimdi işyeri hekimi sözleşmeyi işverenler yapıyor. Temel sorumluluğu işverene karşı. Ama tabi hastayı koruma amacı da var ama yine de sözleşmesi işverenle. Ben şöyle diyorum: Aile hekimliğinde hasta hekime zimmetlenmiş durumda. Anlatabiliyor muyum? Yani aile hekimi ve hastasının arasındaki ilişki farklı bir ilişki. Çünkü bizim ona birtakım vaatlerimiz var. Biz diyoruz ki senin doğumdan ölüme kadar senin bütün sağlık haklarını koruyacağız, gerektiğinde senin sağlık savunucun olacağız, koruyucu hekimin olacağız, gerekli yerlere göndereceğiz ama şimdi burada işverene bilgi vermek söz konusu olunca bence olayın şeyi değişiyor. Yani ona kişi kendi karar vermeli."(K12)

K14, hekimlerin hukuki açıdan ve bilimsel açıdan bilgi eksikliğinin olduğunu ve mevzuatları bilmedikleri için bu sıkıntıları yaşadıklarını belirtti.

"Çünkü o da şundan kaynaklanıyor: Bazı hekimler raporlandırıırken kişiyi raporlandırma kriterlerini bilmiyor. Bu bundaki önemli noktalardan biri. Yani acaba aile hekimi webte raporda hangileri için hukuki olarak ve mevzuat olarak ve bilimsel olarak yetisi vardır veya hangilerinde yoktur onu bilmediği için biraz onda zorluk çekiyor."(K14)

Meslektaşlar arası uygulama farklılığı

"iki numara olarak ben de diyorum ki belki tahlil konusunda değil ama raporlar konusunda belki çok rahat veren biri varsa ciddi anlamda akış oluyor. Siz

sürekli sevk edip diğer tarafta veriyorsa bir süre sonra belki biraz yumuşamak zorunda kalıyorsunuz."(K12)

"Mesela görme keskinliğine bakarak veriyoruz, görme keskinliğinde bile beni bir hasta aldattı mesela. Bir görünüyü kapatmış araya laf girdi, sonra ikinci gözünü muayene edeceğimi bildiği halde yine aynı gözünü kapatmış ben fark etmedim. Sonra hasta kendi söyledi hocam benim tek gözüm görmüyor bakın sizi kandırdım dedi. Yani benim başımdan aşağı kaynar sular döküldü çünkü böyle bir şey beklemiyorsunuz hani. Bu raporlar çok ciddi sıkıntı."(K12)

"Yasalarda, yönetmeliklerde, resmi şeylerde belirsizlikler çok fazla. Bir şeyler veriliyor, herkesin doktor olarak herkesin oradan anladığı şey farklı olabiliyor, aynı yazıyı aynı yönetmeliği okuyoruz bakıyoruz ha ben buna göre atıyorum ehliyet raporunu ben verebilirim. Hani ben bu kişiye ehliyet raporu alabilir diyorum aynı şeyi okuyoruz arkadaşım diyor ki hayır ben kesinlikle hiçbir şekilde veremem, her seferinde mutlaka en azından ya göze ya psikiyatriye bir yere sevk etmeliyim. O belirsizlikler çok fazla. Özellikle raporlar açısından, ehliyet raporları olsun, işe giriş raporları olsun, okuyorsunuz en basit çerçeveyi okuyunca elli kişiye kadar olan az tehlikeli yerlerde aile hekimi verebilir bitti. Ben ona göre verebilirim. Kaç kişi çalışıyor? On kişi. Bir oda, üç kişi tamam bitti al. Sağlamsın baktım sağlamsın bitti al bunu ver işte olabilir. Ben onu anlıyorum onu okurken, arkadaşım da anlıyor ki ben onun elli kişi olduğunu bilmiyorum o bana öyle diyor ama belki orada yüz kişi çalışıyor, belki az tehlikeli bir yerde değil de tehlikeli bir yerde çalışıyor. Yani çalıştığı ortamı bilmiyoruz diyor. O da onu anladığı için o da haklı, ben de haklıyım öbürü de haklı hepimiz haklıyız Nasrettin Hoca'nın dediği gibi. Ortada belirsizlik çok fazla. Gene ben burada sonucu politika yapıcıların biraz da suçu olduğunu, ortamda çok tartışmaya yer vermeyecek şekilde açıklayıcı, belirleyici kuralların olması gerektiğine inanıyorum. Onun eksikliği şu anda çok fazla."(K13)

"Evet ben de öncelikle aslında raporlara değinmek istiyorum. Yani benim en çok sıkıntı çektiğim şey işe giriş raporları ve ehliyet raporları. Ben bütün hastalardan ehliyet raporu vermeden önce ehliyetlerini beyan etmelerini istiyorum. E sınıfı raporlarda kimse göstermek istemiyor. Çünkü göz, KBB ya da diğer nörolojik ya da kronik bir hastalığı varsa sevk edilmek istemiyor hastalar. Hastalar buraya geldiği zaman ne olursa olsun işi bir an önce halledilsin, hiçbir şeye bakılmasın "Altı

üstü bir imza atın gidelim." bu şekildeler. Yani onu ben uyguluyorum, aynı ASM içinde hiçbir şeye bakılmadan her türlü raporu veren arkadaşlar oluyor, vermeyenler bu konuda sıkıntı çekiyor "O veriyor siz niye vermiyorsunuz?"(K15).

Hukuki dava korkusu

"Şimdi ben verdiğimiz her rapordan sorumlu olduğumuzu düşünüyorum. Yani hukuk şöyle demez: işte A kişisi böyle düşünmüş de vermiş B kişisi bunu düşünmüş de vermemiş demez. Hukukun önüne gittiğinizde her türlü imzayı kim attıysa o her şeyden sorumludur. Bunun daha ötesi yok yani. Verirken ben verdiğim her raporda onu düşünüyorum. Gerçekten de bir gün bir şey olur kolumuzdan tutup götürebilirler yani. Özellikle işe giriş raporlarında."(K15).

"Altı numara, keza bipolar bozukluğu olan bir hasta eğer manik epizotta veya depresif epizotta değilse ilaçlarını düzenli kullanıyorsa biz gerçekten onun on dakikalık bir muayene ile bizim ona bipolar bozukluk tanısı koymamız mümkün olmayabilir eğer çok iyi bir hikaye vermezse, kendisi söylemezse doktor beyin dediği gibi de ilaçlarını özellikle çok psikiyatrik ilaçlarını özel muayene olup giden varsa biz bunları göremiyoruz. Bu durumda bu insan çalışabilir mi ya da biz bunu görmeden raporunu verdiğimiz zaman nasıl bir şeyle karşı karşıya kalacağız, bunun teşhisini ne kadar sürede devletin bize verdiği randevu aralıklarında teşhis edebilir miyiz koyabilir miyiz bunun da sorgulanması gerekiyor. Keza insülin tipl bağımlılığı insülin kullanan tipl diyabet hastası veya şizofreni hastası, doktor da olabiliyor, doktorluk mesleğini de yapabiliyor var arkadaşlar çalışan bu şekilde, iş yerinde işini yaparken değil de hastanede yürürken veya işyeri, ağır iş değil de mesela ağır bir şey taşımaya gerekmiyor yolda yürürken de düşüp hipoglisemiye girip o anda kafasını çarpabilir. Bundan da bizim sorumlu tutulmamamız gerekiyor sonuçta işyerinde çalışıyor ama yürürken yapıyor işini yaparken de değil. Bence bunların çok ciddi ayrıntılarla bizi koruyacak bir şey olması gerekiyor ki biz de bu konuda gönül rahatlığıyla verebilelim. Veremediğimiz zaman da o hasta çalışmasın mı, hiçbir zaman mı çalışmasın yani bu hasta hangi işlerde ne kadar sürede bunlar belirli kriterlerle belirlenirse bizim de işimiz kolay olur. Hem hasta hem biz de sınırimızı bilirsek bu konu çok daha rahatlatılabilir diye düşünüyorum."(K16)

"Ama ben hastanın işini zorlaştırmış oluyorum ya çünkü onun o beyanı doldurması gerekir. Niye hep elimi taşın altına hep ben sokacağım. Ben de kendimi

defansif anlamda garantiye almak istiyorum. Hastanın beyanı da önemli olması gerekir. O çünkü hastalığını saklıyor olabilir. e- nabızdan görebiliyoruz ama bazıları saklıyor gerçekten silme işlemleri olabiliyormuş"(K3).

Hukuki Davalar:

Etik-Hukuk çatışması

Bazı durumlarda hekimler etik ile hukuk arasında kalabilmektedirler. Konuyu derinlemesine sorgulamak amacıyla, aile hekimliği uzman grubuna ailenin bilgisi dışında on sekiz yaş altı gebelik testi yaptırmak istenmesi ve ergenlerdeki bağımlılık yapan madde kullanımı ile karşılaşılırsa tutumlarının ne olabileceği soruldu. Bu konuda 4 AHU fikir beyan etti. On sekiz yaş altında beden bütünlüğünü bozan uygulamaların veli izni olmadan yapılamayacağı, ailenin çocuğun yanında ona destek olması gerektiği, olayın nasıl ve ne sebeplerle ortaya çıktığının araştırılması gerektiği, başka bir sağlık profesyoneline yönlendirme ve son olarak çocuğun bilgi güvenliğinin sağlanması hususları vurgulanmıştır. Bu vaka adli, hukuki, etik boyutları olan ve diğer taraftan çocuğun korunmasının birinci amaç olması gerektiği bir durumdur. Hekimlerde görüş farklılıkları olduğu gözlenmiş ancak her biri kendilerini de korumaya alarak bir çıkış yolu aramışlardır. Bu konuyla ilgili bildirilen görüşler şöyleydi:

“ Böyle bir durumda on yedi yaşındaki çocuk baktırmak istediğinde ailesinin bilgisi olmadan ben de baktırmam.”(K16)

“Aslında ikinciye söylemek lazım. Şimdi bir kere bu kişi on yedi yaşında bir akıl baliğ olayı var bir de kanuni olan şeyler var. Yaptığı işin bilincindeyse zaten büyük ihtimalle devlete o şeyi yapmaması gerektiğini de bilmesi gerektiğini düşünüyorum. Artı hani bak böyle böyle olursa bu senin kayıtlarına girer, ondan sonra kayıtlara girdiği zaman bir şekilde bilgi olur, illa böyle bir şey yapacaksan özelde yaptır, bir kadın doğumcuya git yani özele git demek dışında kadın doğumcuya git derim şahsen başıma gelmedi ama şu anki düşüncem de böyle.”(K13)

K16'yı kastederek: *“O da ben yapmam dedi ben de ben yapmam dedim ama farklı açılardan ben yapmam diyoruz.”(K13)*

“Bir de sormak lazım gebe çıktın, planın ne? Ne yapacaksın? Ne düşünüyorsun yani nedir? Hani öncelikle bir bakmak lazım çünkü er geç ortaya çıkacak çünkü bu saklanacak bir durum değil. Yani doğurmayı mı planlıyor, kürtajı

mi planlıyor neyi planlıyor? Nedir yani aklındaki, onları bir konuşmak lazım yani aslında tabii doğru olanı yapacağız ama onu bir de kaçırmamak lazım yanlış bir şeye de sevk edebiliriz mesela o da önemli. Çocuğu korumak gerekirken "Ben burada hiçbir şey yapmam hadi git" deyip de çocuk ne yapacak çaresiz sonuçta size gelmiş zor bir durum aslında gerçekten. Bu boyutunu da araştırmak lazım gerçekten.” (K16)

“Temel kural zaten on sekiz yaşında olmadan velisi yanında değilse hiçbir işlem uygulayamıyorsun. yani bunu bir kere çocuğa söylemek lazım "Velin olmadan biz sana herhangi bir işlem uygulayamayız" diye.”(K12)

“Üçüncü şıkki herhalde ben şöyle yaparım çalıştığım bölgede bir psikolog arkadaşımız var böyle durumlarda biz onu arıyoruz genellikle, nasıl yaklaşalım ne yapalım diye.”(K12)

“Çok aile hekimliği sistemine başvurmuyor olabilirler çünkü aile hekimliğinin özü kendi ailesiyle beraber kayıtlı olması yani onun bir şekilde ailesine ulaşabileceğini düşünüyordur çocuklar. Onun için ben başvuran daha önce görmedim ama muhakkak vardır. Karışık bir konu, bunun için zaten herkesin kendi görüşü bakış açısı var, on sekiz yaş altında bu beden bütünlüğünü bozan işlemlere biz erişemiyoruz yani muayene edemememizin sebebi o zaten. Beden bütünlüğünü bozucu bir harekete giriyor öyle diyelim. O konuda hukuken doğru değil ama belki çocuk tecavüze uğramıştır, belki altında ailede istismar vardır, farklı şeylere de girebilir. Hastaya göre muhtemelen hastayla görüşmeye göre karar verilebilir diye düşünüyorum ben. Kişinin aile yapısı bizde kayıtlıysa zaten o kişinin ailesini tanıyoruzdur muhtemelen. Belki aileye haber verilebilir belki hiç istenmez kadın doğuma yönlendirilebilir o yine hastanın şeyine göre değişir diye düşünüyorum yani.”(K14)

“Doktor bey güzel bir şeye değindi yani doğuda olsa böyle bir şey aileye haber versen bundan kan bile çıkabilir yani ciddi bir şey.”(K16)

“Bunu biz de daha önce tartışmıştık mesela on dört yaşında çocuk gelip sizden OKS istiyor. Bu çocuğa OKS vermek mi daha iyi yoksa ailesiyle mi görüşülmeli buna sizin karar vermeniz gerekiyor. Hem çocuk adına hem kendi adımıza doğru karar vermek gerekiyor.”(K12)

Malpraktis ve Şikayet Edilme Korkusu

"Üç numara olarak söyleyeyim yaşanmışlıklar gerçekten de önemli. Bir konuda size bir ceza geldiyse veya bir konuda sizin başınız ağrıdıysa o konudan da mümkün olduğunca siz uzak duruyorsunuz. Atıyorum mesela hastayı görmeden ilaç yazdığınız için size ceza geldi veya soruşturma açıldı ya da başka bir şey olduğu zaman "Bana zaten böyle olmuştu daha önce başıma gelmişti bu yüzden yapmıyorum" dediğiniz zaman karşı taraf da çok fazla üsteleyemiyor. Ama tam tersi başınıza hiçbir şey gelmediyse bir gün başınıza gelinceye kadar da bunu yapmaya devam edebiliyorsunuz alışkanlık olduğu için. Bir de şöyle, eskiden bu kadar malpraktis olayları veya insanların şikayet etme olayı bu kadar fazla değildi. Zaman içinde az önce de söylediğim yanlış politik yönlendirmeler de bu işin başını tutmuştur aynı zamanda veya işte medya veya sosyal medyadaki şeylerde arttıkça insanların farkındalığı da artıyor ve o yüzden daha önce hiç sorunsuz evdeki hastaya ilaç yazıyorken sonradan yazmamaya başlıyorsun veya tam tersi de olabiliyor. "Ben nasıl olsa tanıyorum bu kişiyi" deyip yazmaya da devam ediyorsun. Artı insanların nasıl diyeyim saygısızlıkları da fazla artmaya başlıyor. Hani bu insan doğasında olan şeylerin yanlış yönlendirmesinden de kaynaklı oluyor. Sosyal medyada bazı şeyler yanlış yönlendiriyor, bazı şeyler yanlış olarak alkışlanıyor. Hani az önce belirttiğimiz gibi doktor ilaç yazmadığı için yerinden alınıp sonra yerine iade edilmesi, yerine iade edildiği bilinmiyor ama sırf bunu yazmadığı için yerinden alındı diye biliniyor. Bundan sonra insanların sesi sanki daha fazla çıkmaya başlıyor. Ben yine dönüp dolaşıp biraz yanlış politikalara da dem vurmak istiyorum burada. Üç numara olarak tekrar söylüyorum." (K13)

"8-10 yıldır bu malpraktis davaları benim tahminim kabaca medyada yada whatsapp yoluyla bağlı olduğumuz kanallar yoluyla çok sıkça duymaya başladık grup paylaşımlarında. Eskiden göndermiyorduk daha cesaretliydik biraz şey bi tabir olacak ama cahil daha cesaretli olunur dışında bu tür şeylerden çok haberimiz de olmuyordu. Ama 8-10 yıldır inanılmaz davalar özellikle cerrahi kesimin çok fazla davaları kulağımıza geliyor. Bir yerde okumuştum Türkiye malpraktis davalarında ergenlik çağını yaşıyor ve en kötü dönemde bu dönem çok kişinin başı yanabilir. Mesela Batı'da yada Amerika'da malpraktis davaları bu kadar şey değilmiş bizdeki kadar acımasız ve şey değilmiş onlarda da büyük davalar oluyor ama daha

gelişimini tamamlamış daha büyük ihmallerin söz konusu olduğu davalar yazılıydı orda. Ama bizim için bu dönem gerçekten sancılı bi dönem ergenlik döneminde bu davalar için o yüzden ben de çok cesaretli değilimdir, korkuyorum.” (K3)

"Şimdi Türkiye de tıp fakültesi de çok açılıyor eğitim şöyle falan diyoruz ama hukuk fakültesi de çok fazla açılıyor. Ve çok fazla avukat işsiz yani kendilerine bir iş alanı açmaya çalışıyorlar. Malpraktis açısından daha da ürkütücü. Bir sürü işsiz avukatın olduğu söyleniyor. Bunların iştahını kabartan bir şey var önlerinde bu da çok korkutucu." (K3)

"Ben de raporlara ek olarak mesela arkadaşlara katılmakla birlikte akli meleke raporları bunlardan bir tanesi, yine bir doktor arkadaşımız yaşadığı bir olayda emekli bir doktor beye akli meleke raporu verdiğini gayet giyiminin konuşmasının her şeyinin yerinde olduğunu, nörolojik muayenesinin hatta nöroloğun da kendisinin yaptığını ama anlayamadığını söylüyor ve daha sonra açılan davada da, vasilerinin açılan davasında da hani azami başlangıç olduğu için doktor arkadaşımız uzun bir süre mahkemelere gidip gelmek zorunda kaldı ve ciddi bir şeyle karşı karşıya kaldı ve ağır tarafı da yani bize bu yetki veriliyor ve biz buradan mezun olduğumuz zaman bir takım muayenelere yetilerimiz var ama karşına çıkan oradaki psikiyatrist bilirkişi "Siz bu raporu neye dayanarak verdiniz?" gibi bence hoş olmayan bir suçlamayla arkadaşımızı gerçekten hoş bir durumda bırakmamış yani. Böyle durumlarda ben diyorum ki bazı konularda hani hukuki şeye çok önem veriliyor.” (K16)

“Korkum olarakta hastanın ölmesinden korkarım, hem vicdani olarak korkarım hapse girmekten korkarım, Yıllarca mahkemelerde sürünmekten korkarım. Korkularımızın hem vicdani sorumluluğu var doktorlar zaten obsesif, mükemmelliyetçi, kontrolcü kişilik olmasalardı doktor olmazlardı.” (K6)

Hasta Kaynaklı Değişkenler:

Hekimden aşırı beklentiler

“Ankara da çünkü hastalar, hani bilinçli demeyeyim çok şey bilip hiçbir şey bilmeyen çok şey talep eden bir hasta potansiyeli ile karşılaşıyoruz. Ondan dolayı da bazen istemesek bile onların istekleri doğrultusunda gereksiz olan tahlilleri isteyebiliyoruz . (Yani. Ankara da ki hasta yapısı nedeniyle)" (K6)

“zannediyorlar ki doktor arkadaşımın dediği gibi aile hekimi olunca gayri meşru isteklerini de yapmak zorundaymışız gibi düşünüyor. Hasta gelmeden de ilacını yazalım, kimliği olmadan kimlik sormayalım, böyle bir takım şeylere giriyorlar. Yurtdışındaki, giden kocasına ilaç yazdırmaya çalışan bile oluyor. Yani o tür. Bence bizi bakanlık iyi anlatmamış. Yani genel olarak aile hekiminiz var ona gidin orda şu imkanlar var şöyle şeyler yapılacak deniyor ama”(K6) K5’de bu görüşleri onayladı.

"Evet bir kere hani artı ya da eksi defansa geçmeden önce insanların beklentilerini çok yüksek tutmamak lazım. Bence aile hekimliğinde çok büyük problemlerden biri de o. Yani baştan beri aile hekimliğiyle ilgili insanlara çok yüksek beklentiler sundular." (K12)

Hekim kaynaklı değişkenler:

Hekimin meslekte yeni olması, tıp fakültesi eğitiminin eksikleriyle mezun olmasının defansif tıp davranışlarını artırdığı belirtildi. Buna zıt olarak hekimin bilgisinin artması ve uzmanlık eğitimi almış olması da bazen kendini korumak için defansif tıp uygulamalarını öğrenmesine neden olmaktadır. K14 bunun çok değişken bir şey olduğunu, hekimin yapısına ve yaşanmışlıklarına bağlı olduğunu belirtti.

Hekimin bilgisi ve kendine güveni

"Bana öyle gelen hastalar oluyor mesela sizden önceki doktor veya şuradaki doktor bizi her zaman için yönlendirirdi çocuk doktoruna gidin derdi diye. Hani kendi açımdan ben edebildiğim kadar muayenemi ederim zaten takıldığım yerde ben yine yönlendiririm ama öncesinde ben mutlaka bir şekilde muayene etmek bir şekilde hastanın isteğini karşılayıp gene yönlendirmeyi de o şekilde yapmak tabiki daha mantıklı, hani kendimize güvenmiyoruzdur, olabilir her konuda bir bilgi sahibi olacak değiliz veya başımıza bir şey geldiği zaman süttten ağzı yanan yoğurdu üfleyerek yer tarzında başımıza bir şey geldiği zaman "Aman bana on taneden bir tane geleceği zaman ben on tanenin hepsini de gerekirse atıyorum çocuksa çocuğa, tansiyon hastalarının hepsini dâhiliyeye yollayabilirim." diye düşünülebilir. Hani kendi açımdan bana çok mantıklı gelmiyor ama başına bir iki bir şey gelmiş biri açısından, bir doktor açısından mantıklı olabilir." (K13)

"Son dönemde çok fazla tıp fakültesi açıldı. Ve çoğunda eğitim yetersiz. Yetersiz çıkınca hekim özgüven yok hekimde hastadan korkuyor. Hastadan korkan

hekim var bulaşmak istemiyor. Ha bire oraya sevk ediyor buraya sevk ediyor. Ya da bir sürü tahlil istiyor mesela. Oradan yol bulmaya çalışıyor çünkü. Fizik muayeneden uzak duruyor hasta geliyor mesele elini sürmemiş hekim. Bir sürü şey istemiş ama hekim hastaya elini sürmemiş."(K3)

"Bence süreden ziyade yaşanmışlıklar önemli yani eğer kişinin yaşadığı yerlerde hem hasta hekimi şekillendiriyor hem de hekim hastayı şekillendiriyor. Onun için karşılaştığı şeylerde kendine negatif unsurlar buluyorsa hekimin tavrı da hastanın tavrı da değişiyor. Kişi ilk yerleştiği yerde ilk aile hekimliği birimine yerleştiği zaman daha önceki hekimin alışkanlıklarını kazanıyor hastadan. Daha önceki hekim her ay kan tahlili istemişse bazı hastalar her ay kan tahliline geliyor. Her ay hastalar geliyor ama bu direnci kırabiliyor hekim, kırmayıp devam da ettirebiliyor. Orada ne etken oluyor, çok değişik etkenler oluyor kişinin nüfus sayısı, yani ekonomik parametreleri, bakış açısı, karakteri. Bazı hekimler direkt hayır diyebiliyor bazı şeylere, bazıları da diyemiyor, onu yumuşatarak söylüyorlar. Bazıları da evet diyor, hastaya anlatmaktansa bir şeyi yapmanın çok daha kolay olduğunu düşünüyor. Ona göre hareket ediyor." (K14)

Uzmanlık eğitimi

"Bence kişiye göre çok değişken olarak bazı hekimlerin yani etrafta gözlemlediğimi söyleyeyim, bir kısmında arttığını, bir kısmında azaldığını bir kısmında hiç değişmediğini gördüm. Yani o çok kişiye ve yaşanmışlığa göre değişir. Çünkü bazı hekimler bilgisi arttığı zaman kendini koruma içgüdüğü de artıyor. Yani bu sefer onun yükünü, sorunluluğunu almak istemiyor. Bu sefer de defansı artıyor. Bazıları da tam tersi yani değişken." (K14)

"Ben değiştirmeyeceğini düşünüyorum. Hani ben daha çok defansif yaklaşımın biraz kişilikle ve yaşantılarla ilişkili olduğunu düşünüyorum. Tabi uzmanlık eğitimi sırasında değişik yaşantılar görüyoruz ama asıl o işi yaparken bence deneyim kazanıyoruz ve yaklaşımımız değişiyor." (K12)

"Ben bir değişiklik olacağını zannetmiyorum. Yani ben daha önceden aile hekimliği yapmıyordum ama bir değişiklik oluşturacağını zannetmiyorum." (K11)

Mesleki deneyim azlığı

"ben 5 yıl acil hekimliği de yaptım her mesaiye giderken dualar ederek giderdim .ne derdim onu söyleyeyim yapabileceğim bir şeyi yapamıyor olmaktan

korkuyorum yani benim en büyük korkum yapabileceğim bir şey varken yapamamak yada hatalı yapmak benim en büyük korkum mesleki olarak yeteneğim ve bilgim olduğu halde o anda onu yapamıyor olmak. (mesleki deneyim azlığı) G: Bu ne sebeplerle olabilir?K7: Tecrübesizlik. 2 yıllık hekimdim 5 yıl süreyle çalıştım biraz tecrübesizlik biraz imkansızlık ilçe hastanesi ve çok yoğun her gün trafik kazası yaşandığı bir yerdi acil servisti. Tek hekim çalışıyordum desteğim yoktu. O nedenle daha çok ürküyordum. Ama çok şükür orda en azından öyle bir şey yaşamadım. Dualarım işe yaradı." (K7)

Hasta-hekim ilişkisi:

Hastalar bazen hekimlere güven sorunu yaşasalar da aslında hekimler hastalarına genelde güvenmediklerini belirttiler. Bir hekim (K14) bu ilişkiyi aşağıdaki gibi tanımladı: "kişinin yaşadığı yerlerde hem hasta hekimi şekillendiriyor hem de hekim hastayı şekillendiriyor." Ve K12 bunu onayladı:

"Doktor beyi iki numara olarak çok takdir ettim evet hasta ve hekim karşılıklı olarak birbirilerini şekillendiriyorlar çok güzel bir tespit olduğunu düşünüyorum." (K12)

"Ben hastalarım diyorum ki en sizin annenizim sizde benim 1 yaşında çocuğumsunuz hayat tecrübeniz yok bilgi birikiminiz yok ben kötülüklerden sizi korumak ve iyiliğe de yönlendirmek zorundayım o yüzden benim sözümü dinlemek zorundasınız . anlayan kişi bunu anlıyor çok teşekkür ederim diyor. Ama psikolojik sıkıntılı yada başta kötü niyetli olan insanlar asla bu cümleyi kurmaya gerek yok zaten vücut dilinden anlıyorsun. defansif tıp uygulamalarını da en çok onlarda yapıyoruz." (K6)

Hekime güven sorunu

"Altı numara olarak eklemek istiyorum ki doktor beye katılıyorum. Şu aklıma geldi, şimdi kendi hastanızla az çok 4-5 senelik bir şeyiniz oluyor. Hasta seni tanıyor, sen hastayı tanıyorsun, hasta sen bir şey söylediğin zaman güven duyuyor. Sana olan güveninden dolayı da ikna oluyor. Ama biz tabi izin aldığımız dönemlerde raporlu olduğumuz dönemlerde birbirimizin yerine baktığımız zaman tanımadığımız bir hastaya bunu söylediğimizde belki biraz daha şey yaşayabiliyoruz. Ona anlatmakta veya ona o güveni vermekte zorlanabiliyoruz. Ve karakter de işin içinde. Sadece

çalışılan yıllar değil de bazıları biraz daha net olabiliyor ve bayanlar biraz daha yumuşak olabiliyor."(K16)

"Evet hasta hesap sorabilir ondan korkuyoruz. Bazen de tam tersi oluyor. Paralı bir aşı önerince "Sen bana neden paralı aşı önerdin şirketle anlaşman mı var?" şeklinde de olabiliyor. O konuda bir sıkıntı var. Ama yine de genellikle öneriyoruz."(K12)

"artık hastalarda doktora güvenmiyorlar güven problemi var. Hastaların hekimlere güven problemi var. Çoğu zaman da ondan da kaynaklanıyor defansif tıp uygulamaları."(K1)

Hastaya güven sorunu

"bir de defansif tıpa girer mi bilmiyorum hastalar tahlil yaptırmayı çok seviyorlar, tahlil için gelen her hastaya mutlaka şikayetini soruyorum, bir de bu e-nabız uygulaması güzel oldu. e-nabız uygulamasından mutlaka tahlillerine bakıyorum. Hasta diyor ki çoğu hasta yalan söylüyor aslında bu konuda ben diyor bir yıldır yaptırmıyorum, altı aydır yaptırmıyorum bir bakıyorsunuz iki hafta tahlil yaptırmış işte bir ay önce tahlil yaptırmış. Eğer normalse, tahlili gerektiren bir durum yoksa, kronik hastalığı da yoksa kişinin keyfiyetine göre tahlil kesinlikle istemiyorum. Yani en çok sıkıntı çektiğim durum bunlar."(K15)

Medya Etkisi:

K1, K5, K7, K12, K13, K16 medya konusunu tartıştılar. Medyanın halkı yanlış bilgilendirdiğinden, özellikle sağlık ve doktorlar hakkında hastaların yönlendirilmesine yol açtığı belirtildi. Malpraktis davalarının bilinirliğinin artması medyaya bağlandı.

"Çünkü sevk edildiği zaman bir iş yükü artıyor hastanın, ikincisi: bir beklentisi var, artık medya sürekli ehliyet işte ASM'den alabilirsiniz ücretsiz diyor ikincisi gittiği yerde para ödemek zorunda kalıyor, üçüncüsü de gittiği yerdeki doktor da defansif davranıyor genellikle, "Bunun için niye sevk ettiler?" diyor ve yine haksız duruma düşüyorsunuz."(K12)

"Bir de şöyle, eskiden bu kadar malpraktis olayları veya insanların şikâyet etme olayı bu kadar fazla değildi. Zaman içinde az önce de söylediğim yanlış politik yönlendirmeler de bu işin başını tutmuştur aynı zamanda veya işte medya veya sosyal medyadaki şeylerde arttıkça insanların farkındalığı da artıyor ve o yüzden

daha önce hiç sorunsuz evdeki hastaya ilaç yazıyorken sonradan yazmamaya başlıyorsun veya tam tersi de olabiliyor. "Ben nasıl olsa tanıyorum bu kişiyi" deyip yazmaya da devam ediyorsun. Artı insanların nasıl diyeyim saygısızlıkları da fazla artmaya başlıyor. Hani bu insan doğasında olan şeylerin yanlış yönlendirmesinden de kaynaklı oluyor. Sosyal medyada bazı şeyler yanlış yönlendiriyor, bazı şeyler yanlış olarak alkışlanıyor. Hani az önce belirttiğimiz gibi doktor ilaç yazmadığı için yerinden alınıp sonra yerine iade edilmesi, yerine iade edildiği bilinmiyor ama sırf bunu yazmadığı için yerinden alındı diye biliniyor. Bundan sonra insanların sesi sanki daha fazla çıkmaya başlıyor. Ben yine dönüp dolaşıp biraz yanlış politikalara da dem vurmak istiyorum burada. Üç numara olarak tekrar söylüyorum."(K13)

"yakın zamanda hatta bir olay yaşadık herkes medyadan da takip etti."(K16)

"Artık uyarmaya da başladım onun dışında hastalar birbirleriyle konuşuyorlar medyada internetten yanlış bilgiler edinerek bize geliyorlar. Onlarla ilgili hem ukalaca hem bilinçsizce bizden isteyip sorgulayabiliyorlar."(K1)

"Sağlık ocağı aile hekimi bazında söylediniz bizim en çok defansif tıp uygulama yapmamızın birinci nedeni şu anda medya."(K7) K1:tabii diyerek onayladı. *"gerek basın yayın organları gerek sosyal medya maalesef onlar. Üstümüze düşeni yapmaya çalışıyoruz ama mutlaka medya bizi etkiliyor."*(K7)

"Halen aile hekimliğine geçmemize rağmen medyada halen sağlık ocağı diye geçiyor. Bu terim çok yanlış aile hekimliği diye anlatılması lazım hala hastalarımız sağlık ocağı diye geliyor ve sağlık ocağı sistemi şeklinde geliyorlar sağlık ocağındaki gibi başvurmak istiyorlar."(K1)

"8-10 yıldır bu malpraktis davaları benim tahminim kabaca medyada yada wats up yoluyla bağlı olduğumuz kanallar yoluyla çok sıkça duymaya başladık grup paylaşımlarında."(K3)

"Sağlık ocağı aile hekimi bazında söylediniz bizim en çok defansif tıp uygulama yapmamızın birinci nedeni şu anda medya."(K5)

Merkez-taşra farkı:

"Evet ama çaresizdik ben Sinop'ta yaptım mecburi hizmeti, hakikaten dağın başıydı gidecekleri yer yoktu adamların ya sen yapacaksın ya kalacak. Dediğin gibi yani. Şimdi şey yapıyorum hasta geldiğinde mesela diyorum ki ben senin tedavini versem seni tedavi edebilirim büyük ihtimal ama bak burası başkent yani git

uzmanına muayene ol diye yönlendiriyorum. Bu daha önceden olsa taşra da olsa ben yapardım. Böyle bir sürü şeyi dermatolojik jinekolojik kendimiz yapıyorduk.”(K2)

”yani şu anki bir takım kanuni şartların, insanımızın yapısındaki bir takım değişikliklerin bizi yönlendirdiğini düşünüyoruz tabi yönlenmesek onların isteklerine set vursak çok daha güzel bir şey olur. Mesela ben periferde de çok çalıştım. Orda böyle bir uygulama çok fazla uygulamak istemedim çünkü insanları göndersem başka yerlere sorun olacak yapabildiğim kadarıyla yapıp tedavi edip, sonuçları takip edip, eğer gerekiyorsa bir üst kuruma göndermeyi tercih ederken Ankara da daha farklı oldu.”(K6)

Hasta kaybı:

Aile hekimleri ücret ödemelerini hasta sayısı üzerinden aldığı için kayıtlı nüfus, aile hekimliği siteminde önemlidir. K12, kayıtlı nüfusu azalmaya başladığında pozitif defansif uygulamalarına kayabileceğini belirtti. Diğer bazı hekimler sorunlu hastanın gitmesinin kendileri için iyi olabileceğini belirttiler.

”Olabilir. Mesela bir dönem raporlar konusunda daha defansifim sonra baktım çok hastam gidiyor, biraz daha azaltmaya başladım.”(K12)

”Ben bir numara olarak bir şey ekleyeceğim buna, benim öyle hiç korkum yok çünkü bu tarz gelen hastalar bunu suiistimal ediyor mesela bir kere verdiğinizde bunu suiistimal etmeye çalışıyorlar. Mesela bir kere tahlil yaptırmak istedi her şeyi yaptınız, daha sonra sürekli gelmeye başlıyor size. O yüzden o hastanın gitmesi benim için çok daha iyi oluyor. O yüzden o konuda ben hiç taviz vermiyorum.”(K11)

”Hiçbir şey yapamıyorsunuz. Hasta sayınız azalıyor.”(K3)

”geçin o doktora a diyorum gidin kaydınızı da alabilirsiniz yapıyorsa o doktora geçebilirsiniz diyorum.”(K7).

Hekim-hekim ilişkisi:

Meslektaş dayanışması- kötü imaj

“Bir sorun daha var benim kafamda sürekli yer eden sağlık personelinin birbirinin arkasından aleyhte konuşmaları Bu bize olan güveni düşürüyor. Doktorların birbirleri aleyhinde konuşmaları bu nasıl tedavi böyle bir şey olur mu tarzında denmesi genel olarak hepimiz aynı gemideyiz hepimize olan saygıyı güveni her şeyi düşürüyor. Yerlerde süründürüyor bu ifadeler. Eğer arkadaşımız hatalı bile olsa bunu hastanın yanında ifade etmenin doğru olmadığını düşünüyorum. Onun için

tamam olmuşsa bir şey çözüm üretmek gerekiyor. Üretebiliyorsak üretiriz üretemiyorsak bir başka arkadaşımıza yönlendirerek bu çözümü bulabiliriz. bu tür şeylerde defansif tıp uygulamalarına sebep olabiliyor. Kendi kendimize oluşturduğumuz olumsuz imajımız yüzünden böyle bir şey yapmak zorunda kalabiliyoruz."(K6)

Meslektaşlar arası uygulama farklılıkları

"Bi kere sinirimizi bozuyor. Aslında rehberlere göre hareket etmek lazım kendinizle ilgili yönetmelikleri çok iyi bilmemiz lazım Bu konuda yapmamız gerek ve yapmamamız gerekeni bilmemiz lazım ona göre hareket etmemiz lazım. Bu konuda yanlış uygulama yapan kişiler tabi ki bizi de etkiliyor zaman standartlardan çıkıyoruz bazı konularda. Her konu standart değildir ama çıkabiliyoruz. Bu da hastaların bizi test etmesine kadar varabiliyor. Özellikle sana soru soruyor. Daha önce başka bir doktor arkadaşına sormuş. Ben diyalizde çalıştım daha önce gündüz diğer doktor arkadaşına sormuş bir soruyu oda bilememiş bana söyledi ben de hemen kitaptan baktım sorar sormaz söyledim. Onları nasıl bildiniz hocam diğer hocam bilememişti dedi. Sınavı geçtim mi dedim. Nasıl yani dedi. Hem ona hem bana soruyorsun sınav ettin bizi dedim. Zaten o soruyu söyledi doktor arkadaşım bende kitaba baktım bu çok ayrıntı bir şey bunu bilmek zorunda değiliz tarzında yani onunla hasta seni test etmeye kadar gidebiliyor. Aramızdaki standart dışı uygulamalardan dolayı belki de. Kişi yada hastanın obsesyonundan dolayı olan şeyler."(K6)

"ama daha cesur olan bir grup var bir de onlarla biz savaş halindeyiz görüntüsel anlamda değil ama içten içe var"(K3)

İş Yüğü:

"bazen gerçekten çok abartıyorlar bir arkadaşım izne ayrılmıştı ben onun yerine bakıyordum bir günde 110 tane hasta baktığımı biliyorum. 8 saatin içinde ne kadar etkili olur 110 hasta yoruyor gerçekten yoruyor. Normalde baktığımız hasta sayısı gün içinde 70 tanedir ama 110 olunca 24 saatte bile ben belki o kadar hasta bakmamışımdır yada ancak bakarım, yoruyor yani. Hastaların bir de değişik bir yaklaşımı var bazı hastalar çok değişik davranışları var peşlerinde koşturuyorlar. Fazlasıyla ben peşlerinden koşturduğum bir dolu hasta biliyorum. Yani işte

aşılama olsun diğer şeyler olsun gebelik takipleri yani o kadar çok yoruyorlar ki."
(K9)

Anamnez ve fizik muayene yapamama

"Anamnez bizim meslekte çok önemli, anamnez, fizik muayene öykü bu işin yarısı. Anamnez tanının yarısıdır bize hep derdi hocalar. vaktimiz olduğu ölçüde bunları yapmaya çalışıyoruz. Ama ba zen öyle hasta yığılıyor ki yapamıyoruz. Hızlı geçiyoruz. Hele duble çalışıyor isek aile hekim arkadaşların hepsi bilir ciddi bir izin sorunu var. Bizde Yedek yok hastaları birine devredipte gidemiyorsun. Devrettiğin zaman hastayı öbür vatandaş duble çalışıyor. Orda pata küte pata küte gidiyor hızlı bir anamnez alıp. Halbuki daha ideali biraz daha zaman olması ayrıntılı anamnez alıp hastaya dokunmak gerekir. Hasta da o şekilde güven bulur aslında tek başına fizik muayene ve anamnez hastayı yarıyarıya iyileştiriyor."(K2)

4.3. DEFANSİF TIP UYGULAMASI YAPMAMAK

Malpraktis/ komplikasyon ayrımı:

"Eğer gereğini yerine getirirseniz diyelim ki yaptınız anaflaktik şok gelişirse sen de gereğini yaptın adrenalini yaptın gerekeni yaptın hasta öldü. Burada zaten tıbbi olarak gereği yapılmış oluyor zaten . Kendinizi savunabilirsiniz." (K2)

"Reçetesi varsa orda hekimde varsa aslında yapılır orda müdahaleni de yapmışsa hasta ölürse de sen zaten müdahaleni yapmışsın." (K2)

Uzmanlık Eğitimi:

*"Ben üç numaraya katılıyorum. İlk mezun olduğumu düşündüğüm zaman özellikle bazı kliniklerde çalışmamın çok faydası oldu bana. Kendime güvenim arttı, o açıdan bana pozitif bir katkısı olduğunu düşünüyorum. Konuşunca anladım, yani pozitif bir katkısı oldu bana."*K12, "Defans azaldı yani?" sorusuna "evet" yanıtını verdi.

"Bilgi çok büyük bir güç diye düşünüyorum." (K12)

Hasta yararını gözetme:

"ama hastaya yarar zarar .zaman kaybı deyim yerindeyse hastanede sürünme olayını da düşünerek çok gerekli görmedikçe yönlendirme yapmıyorum." (K3)

.Hasta aşırı isteği ve istismarı:

“Ben hastaların inisiyatifine bırakıpta test yapmıyorum. Hastalar ben hepsini yaptırmak istiyorum gelmişken hepsini toptan yaptırayım böyle bir şey yok ben buna bir şey koyuyorum bir dolu hasta geliyor bunların içinde akli meleke raporu veya bazı hastalar vardı eski çalıştığım yerde denetimli serbestlikten yararlanan kişiler var onlar rapor olayını çok istismar ediyorlardı. Evet istirahat raporunu ben kesinlikle vermiyordum o hastalara.” (K9)

Mesleki deneyim:

“Yani hasta istiyor diye tahlil yapmam. Gerek görmüyorsam yapmam, bir sıkıntısı şikâyeti yoksa yapmam. Ya ben şunu da bir yaptırayım diye bu aralar televizyondan bir program izlemiş sabah programı izlemiş gelmiş bakmam ona. Ama ilk yıllarda olsa bakardım. Çok da öyle daha önce bakmışlığım gereksiz iş yükü yapmışlığım var kendime.” (K15)

Cinsiyet:

“Hekim olmak zor ama bayan hekim olmak çok daha zor. Çünkü benim genel gözlemim bayan hekimler daha obsesifiz daha detaycınız. Daha ayrıntıcıyız. Tabi tüm erkek hekim arkadaşlar için söylemiyorum ama onlar çok daha cesur davranıyor. Yani tabii ki obsesif davranmanın, kaçınmanın da bir dozu olmalı. Ama bu kadar rahat davranmakta çok doğru değil.” (K3)

“Bu ilaçları bu kadar uzun süre kullanmamanız gerekiyor uyarıları yapmış olmama rağmen dediğim gibi biz bayan doktorlar biraz daha detaycınız genelimiz öyle” (K3)

Çoklu ilaç kullanımı:

“Ben ağrım sızım var diyenlere kolay kolay enjeksiyon önermiyorum. Tablet formlarını bile yazarken çok dikkatli yazıyorum çünkü tekli ilaç kullanımı yok belli yaş grubundaki hastalarda çoklu ilaç kullanımı var. Birde bir ağrı kesiciyle de yetinmiyor insanlar 3-4 tane ağrı kesici artı beraberinde mide ilaçları antibiyotikler özellikle mide ve anti-inflamatuvarları yazarken ben kutu sayılarını az sayıda yazıyorum çok gerekli görmedikçe yazmıyorum. Mesela lansor® insanlar lansor®’u 4-5 kutu yazıyorlar eczanede yönlendiriyor tabii git bunları bu kadar kutu yazdırabilirsin diye. Bugün yazdığım çoklu ilaç kullanımı olan birine 2 kutu yazdım adam geri geldi sen neden 2 kutu yazmışsın daha çok ödeniyormuş ya da başka

doktorlar arkadaşşıma bu kadar kutu vermişler ya da eczaneye geri yönlendirmiş.”
(K3)

Hekime katkısının olmaması:

"Biz ama şöyle bir şey var benim kendi adıma söyleyeyim, ne kadar üst branşlara sevk etmiş olsam da nerdeyse tüm hastalarım ordan tekrar bana geliyorlar. Sonuçlarını veriyor onların söylediklerini yada söylemediklerini bir de benden duymak istiyor. Bilgim dahilinde ben olabildiğince hastamı takip ediyorum. Çok fazla sevk etmek evet bilmiyorsam tabi ki sevk edeceğim ama çok fazla sevk etmek benim iş yükümü yada zamanımı fazlalaştırmıyor çünkü onlar bana geri dönüyorlar. Tekrar yorumu ben yapıyorum." (K7)

Hasta-hekim ilişkisi:

"Normal tedavi yani bilgi birikimim oradaki imkanlar o hastayı tedavi etmeye yetiyorsa göndermiyorum hiçbirisini. Hasta da beni anlayabiliyorsa eğer ki çok endişeleniyorsa kontrole çağırıyorum ertesi gün, öbür gün yada dikkatli olması gereken şeyleri anlatıyorum böyle bir durumda hastaneye gitmelerini söylüyorum. Normal insanların bizi yönlendirmesi yok. Böyle garip insanların bizi yönlendirmesi var. Normal insanları hasta lüzumsuz bir tahlil istediğinde onları ikna edebiliyoruz . Tamam doktor hanım siz bilirsiniz diyor." (K6)

"Benim olmuyor çünkü ben hastaya açık açık söylerim yani vermenize gerek yok şu anda lüzumsuz bir tahlil olacak diye ben onu belirtirim." (K11)

"Sonuçta benim bir çıkarım yok, aksine biz sizi korumaya yönelik çalışıyoruz biz sizin için buradayız ve her şey sizi düşünerek organize ediliyor. O zaman ben neden böyle bir şeyi sizden isteyeyim ki? Gerekli dönemlerde sizin istemediğiniz zamanlarda bile çağırıyoruz, konuşuyoruz, tahlil yaptırıyoruz ve bazen bakıyorum 2 yıldır tahlili yapılmamış özellikle zorluyorum "Bakın uzun zaman olmuş hemen kanınızı alalım" diye. Bazen hastam olmasa bile yapıyorum bunu. Örneklerle anlatıp ikna olduğu zaman hastaları kazandığımız da oluyor." (K16)

Koruyucu hekimlik uygulamaları:

"Yani iki numara olarak ben koruyucu hekim uygulamalarının standardizasyonunun iyi olduğunu düşünüyorum. Hani bize çok fazla söz düşmüyor kime ne yapacağın belli olduğu için, çok artı ya da eksi defansif yaklaşmadığımızı düşünüyorum. PSA'lar hariç." (K12)

Kaynak israfı yapmamak:

"İki numara olarak ben de şunu söylemek istiyorum hani demin hasta hekim ilişkisi, hastaya karşı sorumluluklar dedik ama bir taraftan da bizim sözleşmemiz devletle, devlete karşı bazı sorumluluklarımız var. Mesela bu tahlil konusunda aşırı talepkar hastalar kaynak kullanımıyla ilgili benimle aynı bilinç düzeyinde değiller. Ben onlara bazen şunu söylüyorum: "Bakın size emanet verilmiş bir para var, siz bu parayı çarçur eder misiniz, etmezsiniz ben de edemem. Bu parayı doğru yere doğru şekilde kullanmak zorundayım" diyorum o zaman birazcık ikna oluyolar." (K12)

Standart davranmak:

"Oluyor ama ben yine de istemiyorum kesinlikle. Çünkü mesela birinden istenirse böyle isteğinizi kırıp da verdiğiniz zaman daha sonra hepsi aynı şekilde gelmeye başlıyor o yüzden en başından herkese aynı şekilde aynı mesafede olunca o şekilde devam ediyor. En baştan nasıl olursanız öyle devam etmeniz gerekiyor ki yani biraz katı durmak lazım biraz bence." (K11)

4.4. POZİTİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI**Aşırı kayıt tutma:**

"Evet varmış gibi söylüyorum olurda epikrizlere bir gün bakılırsa diye ama bulgular kısmına ekliyorum gelininin ilacını kendine yazdırmak için şu ilacı talep etti diyorum. usulsüz reçete istedi, usulsüz rapor talep etti diye hastaya mutlaka giriyorum muayeneler kısmına genel muayene diye giriyorum." (K6)

Aşırı açıklama yapma:

"Neler yapıldığına şahit oldum? Mesela tanıdığım bir doktor bey var o kesinlikle bu tür talepleri kabul etmiyor. "Hekim benim istediğim zaman tahlil yaparım, değerlendirecek olan da benim, size böyle bir yükümlülüğüm yok." diyor. Ben kendimce daha akli yaklaşıma çalışıyorum, e-nabızına falan bakıyorum, işte son bir yıl içinde yapılmış, şuna gerek yok buna gerek yok, yapabileceğimin minimumunu yapmaya çalışıyorum ama bir şekilde defans koyuyorsunuz yine de." (K12)

"İki numara olarak ben bir örnek vermek istiyorum mesela bugünlerde çok moda diyetisyene gidiyorlar, diyetisyende birtakım tetkikler istiyor aile hekiminiz yaptırsın diye geliyor. Mesela önce kendi içimde bir çatışmaya giriyorum, hani

hekim değil diyorum, hekim nasıl tahlil ister? Bazen hastaya da belirtiyorum bunu. Ama sonra kendi içimde bir akılcılık yoluna gidiyorum hastanın içinde bir kilo verme çabası var hadi sen de destekle bunu diyorum ve kendimce olayı akla yakın hale getirip çoğu zaman istiyorum. Ama hastaya mutlaka söyleniyorum yani diyetisyen niye bunu istiyor, diyetisyenin bunu isteme hakkı var mı şeklinde. Bilemiyorum diğer arkadaşların yaklaşımlarını." (K12)

Malpraktis korkusu:

"Şey pozitif defansif tıpla ilgili bir örnek geldi de aklıma, mesela PSA taramaları sırasında tetkik sayılarının çok arttığı, gereksiz tanıların çok konulduğuyla alakalı bir sürü yayın var. Ama genede korkumuzdan, hasta check-up'a geldiyse yine de PSA'larına bakıyoruz. İşte hastada özellikle malign bir şey var ve atlarsak hani niye benim check-up'ımda buna bakılmadı gibi bir tazminat davasıyla karşılaşabiliriz. Ya da malpraktis gibi değerlendirilebilir. Aslında bu konuda bin tane yayın var bakmayın diyorlar. Ama yinede bakmakta fayda görüyoruz. Aslında bize bir hocamız yıllar önce şey demişti: "Aile hekimliğinde genellikle yaptıklarınızdan ötürü değil yapmadıklarınızdan ötürü başınız derde girer." demişti." (K12)

Hasta isteği:

"Benim genel gözlemim erkek hekim arkadaşların çok fazla enjeksiyona yönelmiş durumda. Halkımızın şeyinde de var enjeksiyon olmadan yada serum taktırmadan iyileşmiyorlar. Özellikle yaşlı grup hastalar. Çok hoşlarına gidiyor. Antibiyotik verilmesi ister viral olsun ister bakteriyel biliyorum özellikle kış döneminde çok fazla artıyor. Çok hoşlarına gidiyor hastaların da." (K3)

"Hayır da desek sonuçta yani geldiğimiz yer yine onların istedikleri yere şeylere dönüyor.(H1,H1) Birinde hayır diyoruz yapmıyoruz , bize güvenin diyoruz, ondan sonra hani uygun olmadığını söylüyoruz, bazı tetkiklerin, ilaçların, muayenelerin. Kimi zaman başarıyoruz, kimi zaman da çok yoğun oluyoruz başaramayabiliyoruz." (K1)

İş yükü:

"Kimi zaman başarıyoruz, kimi zaman da çok yoğun oluyoruz başaramayabiliyoruz." (K1)

Hukuki dava korkusu:

"Aslında bize bir hocamız yıllar önce şey demişti: "Aile hekimliğinde genellikle yaptıklarınızdan ötürü değil yapmadıklarınızdan ötürü başınız derde girer." demişti." (K12)

Risk alma korkusu:

"Yani iki numara olarak şey söyleyebilirim belki bakanlığın önermediği aşılarda ilgili bir durum var. Yani bakanlığın önermediği demeyeyim de bakanlığın aşı uygulaması kapsamında olmayan özellikle menenjit aşıları var. Mesela onlarda bazen gereğinden fazla önerebiliyoruz. "Gereğinden fazla demeyeyim de bakanlık onların kesin yapılması gerektiği gibi bir şey söylemiyor. Sadece yapılabilir şeklinde bir önerisi var ama biz korktuğumuz için her hastaya şunu da yaptırın şeklinde." (K12)

Meslektaşlar arası uygulama farkı:

"iki numara olarak ben de diyorum ki belki tahlil konusunda değil ama raporlar konusunda belki çok rahat veren biri varsa ciddi anlamda akış oluyor. Siz sürekli sevk edip diğer tarafta veriyorsa bir süre sonra belki biraz yumuşamak zorunda kalıyorsunuz." (K12)

Mesleki deneyim:

"Bence biraz daha yumuşuyoruz yani belki daha çok haksız olduğumuz durumları görüp biraz daha yumuşak davranıyor olabiliriz. Yumuşamak demeyeyim de hasta-hekim ilişkilerinde daha ılıman bir dil, hani direkt karşı tarafın tepkisini çekecek bir dil değil de karşı tarafta daha az tepki oluşturacak bir dil tercih ediyoruz belki de." (K12)

4.5. NEGATİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI**Endikasyon dışı sevk:**

"Şimdi ben normal şartlarda normal davranış kalıplarını gösteren doktorlarla kendimi kıyasladığım zaman uzmanlık eğitiminden sonra daha rahat sevk ettiğimi düşünüyorum. Hani sevki bir defans olarak kabul edersek sevk oranım artmış olabilir. Mesela normal aile hekimi arkadaşım peptik ülserle hemen PPI veriyorsa ben helicobacter antijeni baksın diyebiliyorum. Hani bunu defans olarak kabul edersek artmış olabilir diye düşünüyorum. Ya da sevk etmekten korkmuyorum.

Yani hastayı daha rahat sevk ediyorum. Bir de şöyle bir şey var ben aile hekimliği uzmanlığı sırasında bir arkadaşım vefat etti Allah rahmet eylesin, o bir gün şöyle bir cümle kullanmıştı: "Ben bu ihtisasa başlamadan önce çocukları idrar yolu ve boğazdan ibaret sanıyordum." dedi. Yani bilgi arttıkça düşünebilme kapasiteniz artıyor. Yönlendirme olayınız belki daha fazla oluyor"(K12) "Kendini koruma alanları mı keşfediliyor acaba?" sorusunu onayladı.

Kötü tecrübeler:

"Beş numara ben, ben bu on sekiz yaş altı muayenelerle ilgili aslında on sekiz yaş altını velisi olmadan muayene etmememiz gerekiyor, dokunmamamız gerekiyor hastaya aslında. Benim daha önce çalıştığım yerde arkadaşımın öyle bir sıkıntısı olmuştu, veli şikâyetinde bulundu baya davalık işlemleri falan oldu, ama ben böyle yıllarca çocuklara anne baba çalışıyor, çoğunluğu çalışıyor muayenelerini yaptım ama rapor vermedim hiç. İstirahat raporu vermedim. Geçen sene benim başıma gelen bir çocuk gelmiş muayenesini yapmışım, çocuklar da o kadar uyanık ki yazdığımız reçeteyi alıp götürüyorlar onu da öğretmen 1 günlük rapor olarak sayabiliyor. Hasta bana bir hafta sonra annesiyle geldiğinde "Ben sana bir hafta önce bakmıştım, ilaçlarını kullandın mı?" diye sordum ve anne çıktı. "Nasıl yani benim haberim yok nasıl muayene ettiniz? diye sordu ve ben de bıraktım, muayene etmiyorum yani artık. Çocuklara mutlaka anne, baba, dayı, hala hiç olmazsa komşuyla biriyle gel diyorum. Çocuklar burada mağdur oluyor mu olan bir kesim var. Gerçekten anne baba çalışıyor on altı on yedi yaşında kocaman çocuklar."K15

"Anafoksi dedi arkadaşlar ben bir hastama çok önceden aile sağlığı merkezinde serum ve içinde vitamin koymuştum ve hasta anafaksiye girdi. Ve ben ondan sonrada o tedavileri vermedim. Yine enjeksiyonlarda hasta tabletle tedavi olacaksa onu öneriyorum. Olmayacaksa tabii ki bir üst basamağa gönderiyorum."K1

"Ben göğüs cerrahisindeyken bir defa bir hasta ex olmuştu. Hastada da subkutan amfizem vardı. Cilt altına entübasyonu yanlış yapmışlar galiba trakeayı zedelemişler ve ordan cilt altına sürekli hava kaçıışı olmuştu. Sonra kardiyoloji asistanı özellikle bizi çağırdı göğüs cerrahisinden burda amfizem var siz boşaltmazsanız ben boşaltacağım tarzı bir şey söylemişti. Orda bana kıdemlim çok kötü kızdı. Gittim oraya bir kesi atmıştım subkutan amfizemde fasciotomi yapılıyor. clavikula altından kesi yapılıyor ve iki tane dikiş atılıyor. Bunu attım diye kıdemlim

beni aradı sen neden böyle bir şeye girdin dedi. Ama ex hastaya bunu yapmıştım Ex olunca yapabilirim diye düşünmüştüm ama kıdemlim bana çok kızdı niye karıştın diye. Kardiyoloji yoğun bakımda entübasyon sonrası ciltte hava kaçağı oluşmuş belki birşeyleri kapatmak için olabilir. Sonrasında böyle şeylere çok girmemek lazım belki. Bir kerede bir olay başıma geldi anafilaksi dediniz ya hocam hastanın uvula ödemi yoktu ama nisbeten nefes alması biraz daha zordu. O sırada ben adrenalini yaptım 1 mg hastanın sonrasında çarpıntısı oldu bu seferde çarpıntıyla uğraştım. Yani beloc falan hastanın gözleri açıldı. Arı sokması yada benzer bir olayda sonra yavaş yavaş açıldı ama bu seferde çarpıntı başladı. Birbirini şey yapıyor kısır döngüye giriyorsun. Adrenalin veriyorsun bu seferde başka şeyler çıkıyor. Ben artık o olaydan sonra adrenalini kullanmadım acil servislerde" (K9)

"On sekiz yaş altını ben de kabul etmiyorum çünkü kötü bir deneyim yaşadım. Bana da yine böyle bir çocuk gelmişti, iri yapılı bir çocuktü. Hatta ilaç yazarken kilosunu falan sordum, oradan bir huylandı zaten kilosunu sorunca. Neyse sonra reçetesini verdim gitti. Bir on gün sonra tekrar geldi. Tekrar allerjik riniti vardı onunla ilgili bir iki şey yazdım. Sonra bu çocuk okulda bir kavgaya karışmış, arkadaşını dövmüş ve arkadaşını dövdükten sonra demiş ki benim kullandığım ilaçlar beni agresif yaptı sinirli yaptı ondan dövdüm. Müdür de ondan git şikâyetçi ol demiş. Ailecek beni savcılığa şikâyet etmişler. Sonra tabi anladım ki kızın ifadesine göre benim orada verdiğim iki ilacı ve paracetamolü bir anda almış. Kaymakamdan soruşturma izni çıkmadı ama çok sinir bozucu bir şey. Sürekli polis arıyor, karakoldan davet alıyorsunuz bilmem ne oluyor, ondan beri kesinlikle velisiz içeri sokmuyorum çocukları." (K12)

Mevzuat bilgisi:

"Ben bir de iki numara olarak bu işe giriş raporlarıyla ilgili bir şey söylemek istiyorum. Orada da hepimizin genel olarak bir defansif yaklaşımı var bence. Haklı olduğumuz noktalar var, birincisi: iş yerini görmeden rapor veremezsiniz. Ama çıkan yönetmelik diyor ki iş yerini görmeden ellinin altında çalışanı olan ve az tehlikeli iş koluna verebilirsiniz diyor. Ama gittiğim bütün toplantılarda aldığım bütün eğitimlerde deniyor ki "Ne olursa olsun siz iş yerini görmeden iş yeriyle alakalı bir rapor düzenleyemezsiniz.". Tabi ister istemez ne olursa olsun hastaya göre defansif yaklaşıyorsunuz kendinize göre normal yaklaşıyorsunuz ama, bir de işe giriş

raporları var, onlarla ilgili de şöyle bir sıkıntı var yine orada devlet sizi bence ikilemde bırakıyor çünkü bir taraftan hastanın verilerini paylaşamazsınız üçüncü bir kişiyle. Öbür taraftan "sağlıklıdır" diye bir rapor vermeniz isteniyor hatta son formatta çok seçeneğiniz de yok, hastalığı vardır ya da yoktur yani ben hastalığı varsa o benim primer hastam iş yeri hekimi değilim. Hastanın sağlık verilerini korumak, saklamak, hastanın hatta savunucusu olmak durumundayım aile hekimi uzmanı olarak. Ama bu işe giriş raporlarında tersini yapmanız hatta hukuka da ters davranmanız isteniyor. Yani bu da bir defansif durum oluşturuyor bence." (K12)

Risk alma korkusu:

"Örnek vereyim bir doktor arkadaşım tonsillit, beta olduğunu bile bile ilaç yazmayan arkadaşım var. Ben mesela şey diyorum ben yazıyorum ama kurumda yaptırmıyorum hastanede yaptırıyorum. Şey diyorlar işte o hasta hastanede anafaktik şok gelişirse benim reçetem benim adım geçmesin gibi yaklaşımı olan doktor arkadaşların yanında ben o konuda biraz daha cesaretliyim diye düşünüyorum bu kadarını da yapmıyorum ama bir üst basamakta acil şartlarının daha iyi olduğu yerde yaptırıyorum." (K3)

"Ben sürekli bunların savaşını veriyorum mesela esnek mesai biz b sınıfıyız nöbetçi kalıyoruz 7 ye kadar gelen enjeksiyonları iki kişiyiz yapmak istemiyorum yaparken hepsinde şey anti-enflamatuarları yaparken de korkuyorum iki kişi ne yapabilir artı gereken her şeyi yapsanız bile sonradan psikolojinizde bozulur o yüzden bunların bu kadar rahat kullanımı beni son derece rahatsız ediyor. Hem vicdanen rahatsız ediyor hem toplumsal anlamda rahatsız oluyorum." (K3)

"penisilin o kadar mağdur ki şimdi yerlerde sürünüyor. Yazık ya kimse yazmıyor artık." (K2)

"Şu anda bizim ASM mizde yapılmıyor. Çünkü bunu hemşireler yapmıyor artık .hemşire o sorumluluğu almıyor. ya gidip bizzat kendin yapman lazım mecburi hizmette çalıştığım dönemde yüzlerce penisilin iğnesi yapılıyordu. 4 sene çalıştım bir tek anafaksiye rastlamadım . Yıllar öncesinde bir kere olduğu anlatılıyordu. Ama ben rastlamadım çok sık rastlanan bir şey değil ama. seni de gelip bulabilir tabi" K2.

"Çünkü müdahale edemeyebiliriz. Tamam, bazı şartlarımız var oksijen tüpümüz var EKG'miz var ama belki bazı şeylerin acil şartlarındaki çalıştığımız dönemdeki kadar aktif değiliz ona cesaret edemiyoruz" (K7)

"Bence yapılmaması da gerekir. çünkü hastanede bile belki kurtaramayacaklar ama siz kurtaramazsanız hastanede kurtaramamak evet haklı siz kurtaramadınız mı suçlusunuz. Neden yaptın sen bu şartlarda niye yaptın? Diye size soracaklardır." (K8)

"İnhale adrenalin olabilir tabi. Çünkü hocam gerçekten büyük risk. Orayı yönetmek gerçekten zor. Acil serviste oldu bu olay sağlık ocağında olmadı. Sağlık ocağında zaten böyle bir şeye girişmem." (K9)

Meslektaşlar arası uygulama farklılıkları:

"Bizim yanlış tutumlarımız Biz derken camiamız olarak bahsediyorum. Burası için demiyorum. Sağlık bakanlığının bize uygulamaları katılımcı K6'nın bahsettiği şeylere çoğunlukla katılıyorum ve meslektaşımızın yaptıkları çok fazla defansif davranması pozitif defansif davranması belki. Onun fazla pozitif defansif davranması bizim negatif defansif davranmamıza sebep oluyor. Anlatabildim mi bilmiyorum ben böyle düşünüyorum." (K7)

İlaç-madde kötüye kullanımı:

"Bazı hastalar var ki öyle bir numara yapıyorlar ki rapor da çıkarmışlar bir şekilde temin etmişler bu olayla ilgili bazı konrole tabi renkli reçeteli ilaçları. Buna benzer bi dolu ilaç. Bu ilacın raporunu çıkarmış diyorsun ki gerçekten raporu çıkarılmış. Buna nasıl bir hekim izin verdi de rapor çıkardı. Hastanın onu gerçekten kullanıp kullanmadığını da bilmiyoruz. Ya da sattığını da bilmiyoruz. Ticaret haline getiren tipler var ben hastayı ilk kez görmüşüm ilacını bir defaya mahsus yazmışım ama bu hasta sürekli geliyor yazdırmaya çalışıyorsa ben orda yok yazmıyorum diyorum. Gidin diyorum bazı tepkiler alıyorum. Blöf yapıyorum polis çağıracağım diye polisle de uğraşacak vaktim yok ama kişinin tepkisini alıp bana kötü bir şey yapmasını engellemek adına biraz blöf yapıyorum. Polis çağırırım gibi. Bu şekilde yapıyoruz ya da hasta geçimini bundan sağlıyorsa benim param yok diyor. Bazen hasta ilk benim yanıma gelirken sakat numarası yaparak geliyor. Bunu birkaç kez yaşadım. Mesleğe başladığım ilk yıllarda da geliyorlardı. Hatta sadece yeşil reçeteye yazılsa parasıyla alıyor. Sonra gidiyor satıyor. Yani uygun olmayan yerlerde. Ben böyle şeylere izin vermiştim bir kere yaşadım sonrasında izin vermedim. Hastaların insiyatifine bırakmıyorum." (K9)

“Birde daha önce ki çalıştığım yerde ki hasta popülasyonunun suç oranı biraz yüksekti ve bana sürekli rivotril® tarzı narkotik ilaçlar için gelirlerdi ben bunada izin vermedim hatta narkotik polisi ile de iletişime geçip sabıka kayıtlarına bile baktırdım o kişilerin gerçek anlamda kullanıyorlar.”(K9)

Mesleki deneyim:

“Beş numara olarak ben de aslında biraz daha farklı düşünüyorum ben ilk başta daha çok pozitif defansif tıp uyguladığımı düşünüyorum. Yani o zaman belki hastanın çok gereksiz tahlil tetkik istemişken iş yükümü de çok artırmış olabilirim, hani şu anda daha çok negatif defansif tıp uyguluyorum yani.” (K15)

İş yükü:

“Ben söyleyeyim vaktim varsa enerjim varsa vakit ayırıyorum ona. Ama bazen hakikaten vaktim ve enerjim olmuyor. Kronik bir hasta alındığında onunla defalarca görüşmen gerekiyor. ona enerjin varsa alabilirsin yada vaktin varsa alabilirsin.” (K2)

“Daha çok yoğun olduğumuz için daha çok hata riskimiz olabilir. Burada daha çok hata yapabiliriz diye gönderiliyor olabilir. Kendi şahsım için değil ama genel bir birinci basamak uygulaması olduğunu düşünüyorum. Daha çok hata yapabilirim ya da ben bunu zaten takip edemem gitsin şeklinde. Yani takip edemeyeceğim riskini almama gerek yok.” (K7)

Aile hekimliği sistem kaynaklı:

“Defansif tıp uygulamasını sadece çalışanlar değil kurumda yapıyor. En azından bizim istediğimiz tetkiklerle ilgili kota var diyelim 3800 tl Siz 4000 hastaya bakıyorsunuz İsteyeceğim tetkikleri azaltarak istediğim halde kişi başı 37-38 tl 100 hastaya baktığınız an sizin o kotanız doluyor. Bir arkadaşınız yıllık izinde ise onun yerine bakıyorsanız onunda hastalarına tetkik istemeniz gerektiğinde bu sefer defansı mecburen koyuyorsunuz diyorsunuz ki barkot bitti yada ya da kotam kalmadı diyorsunuz Ben mesela bu ay o şekilde oldu bir arkadaşın yerine 2 hafta baktım son 10 gün hastaları hep geri çevirmek durumunda kaldım ama bu idarenin verdiği bir defans uygulaması yani o 3800 belki 6000 yapsa ben rahat rahat hastalardan tetkikleri isteyebileceğim hastaların istemesi önemli değil ben endikasyon olduğu sürece isterim ama endikasyonu var isteyememek kötü bir şey hasta isteyebilir onu kulak asmayabilirsiniz kendiniz ne istemeniz gerekiyorsa onu istersiniz ama diyelim

ki bitti kotanız ayın 20 sinde 25 inde bitiyor hasta geliyor gerçekten ondan istememiz gerekiyor ama isteyemiyorsunuz." (K4)

" Ben hiç dinlemiyorum kotayı. ben gerek görüyorsam istiyorum. 3 ayda bir savunma yazıyorum. Ben gerekli gördüm hasta yoğunluğu çoktu diye." (K7)

Zor hasta:

"Çünkü normal insanlarla karşılaştığımızda ben bir defansif tıp uygulamasına girmiyorum. Hep anormal insanlar. Birincisi bu suçlu kişiler ikincisi internetten çok araştırmış, ve kafasında çok cahilce sonuçlara varmış ve bizi yönlendirmeye çalışan obsessif, panik atak veya ne derseniz psikiyatrik belki bir tanı karşılığı olabilecek kişilikler ve kişiler onlardan da fiziksel şiddet gibi değil de adli bir soruşturma yada başka bir şekilde şikayet olabileceğini düşünüp o kişileri ben gönderiyorum." (K6)

"Ama bir panik hastasını ikna etmeye çalıştım. Gitti kanı verdi geldi ve bana hakaret etti gitti. Yani kapıyı açtı ben buna anlattım asıl tedavinin psikiyatrik hasta olduğunu o tahlilleri sürekli istersek damarına zarar verebileceğimizi ilerde o damarlara ihtiyacı olacağını kan almanın oraya bir travma yaptığını söyledim. O ben panik atak hastası olduğumu söyledim size dedi. Bugün dahiliyede cerrahide ve bilmem nerelerde de randevusu varmış. oralara da gitmeyi düşünüyor. En sonunda ikna edemeyince tamam istiyorum ben sizin kanlarınızı dedim. Gitti kanı verdikten sonra geri döndü ve başka hastaların yanında bana hakaret ve beddualar edip gitti. O hastayı herkes sürekli panik atak hastası ama kimse belki psikiyatriye yönlendirmedi. Herkes bir şeyi varmış gibi muayene etti. O hastasında bu tür duyguları beslendi. Yani kanunlar bizi korusa bu tür uygulamalara geçeceğimizi sanmıyorum. (Gerek kalmayacak) gerek kalmayacak." (K6)

"Her şeyi söyleyebilirsiniz dediniz ya hastalar çok şımartılmış.biz de çok ezilmiş gibi hissediyorum ben kendimi. Eğer hasta çok şımarık ve yanlış tavırlar içerisindeyse bir bahane bulsam da sağlık raporu alıyorsa ben bunu sevk etsem diye bakıyorum çünkü ilerde" (K6)

"İki numara olarak ben cevap vereyim buna, şimdi tabi bazen hastayla ego çatışmasına girdiğimiz oluyor. Özellikle şöyle oluyor mesela hasta sabah gelip size dikte ettirmeye başlıyor, "Benim karaciğer enzimlerime bakın, hemoglobini a1c'ne bakın, glikozuma da bakın", öyle durumlarda ister istemez defans gelişiyor. Bu

tetikikleri ben değerlendireceğim hani tetkik sistemi bana ait diyorsunuz. Belki hasta haklı da olabilir haksız demiyorum ama çok baskın bir tavırla gelip sizi sekreter olarak kullanmak isterse ister istemez bir ego çatışması da oluyor bazen. O da defansif yaklaşıma sebep oluyor." (K12)

"Oluyor." "Ben bunu istemeyeceğim yerine ben bunu isteyemiyorum sistem izin vermiyor dediğiniz oluyor mu?" sorusunu onayladı. (K12)

Medya etkisi:

"Ben arkadaşların hepsinin söylediklerine katılıyorum. Geçmişte yaptığımız cesareten biraz geride kalan bir şey var. Eskiye hatırladım. Mecburi hizmette yıllar önce ne çok iecilline®, novalgin® yapardık Ne çok özgürce yapardık. Ve hepsi de iyileşirdi. Sizin dediğiniz gibi şimdi hiçbir hastamıza yazamadığımız gibi yazdıklarımızda kaç hastane gezip yaptıramadılar. Hastanelerde yapmak istemiyor. Hiç başımıza da bir şey gelmedi yıllar önce bunları yaptırırken hepsi de iyileşti ama bir penisilini şu anda yaptıramıyoruz. Niye? Çünkü o zamanlar dediğiniz gibi teknoloji bu kadar gelişmiş değildi ve milyonda bir olduğunda da onu biz duymuyorduk. Sıkıntı yaşamıyorduk şimdi bir vukuat olduğunda da o doktora sahip çıkılmıyor. Ne deniyor, yanlış iğneden hasta öldü deniyor hiç kimse de demiyor ki tedavi doğrudu. Bunun böyle bir riski vardı. Böyle bir açıklama yapılmıyor." (K8)

4.6. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ SONUÇLARI

"Aslında pozitif defansif tıp uyguladığımızda hasta mutlu oluyor, her şeyine bakılıyor ama bu sefer de hasta hastalık hastalığı durumlarına geliyor. Belki çok önemsenmeyecek durumları o kadar inceliyorlar ki hani söylüyorsunuz biz daha basit lökosit, hemoglobin, trombosit değerlendiriyorsak hasta diyor ki "Ama öbürleri de kırmızı". Çok anlayamayacağın şeyler var yani, o yüzden pozitif defansif tıp da bazen genelde bizi koruyor gibi olsa da bize yine negatif defansif tıp olarak geri dönüyor diye düşünüyorum." (K15)

"Şimdi hasta açısından hem maddi hem manevi zararı daha fazla olur, zaman kaybı, para kaybı, iş gücü kaybı açısından. Hekim açısından demeyeyim devlet açısından yine daha fazla kaynak kullanımına sebep olabilir. Belirli yerlerde yığılmayalar olacağı için gerçekten ihtiyacı olan kişilerin hizmete ulaşmasında

zorluk olabilir. Hekim açısından bakınca da tabi ne kadar defansifseniz hasta hekim çatışması da o kadar fazla olur. Bu kadar." (K12). K11'de bunları onayladı.

4.7. ÖNERİLER

Sağlık raporları:

"Yani standart bozuluyor. Hani işin standartı işyeri raporları, işe giriş raporları da olabilir periyodik muayene de olabilir tamamen işyeri hekimiyle ve kişi beyanıyla ilişkili olmalıdır. Ama işyeri hekimi kişi gerekiyorsa kendi e- nabızını açabiliyor açsın baksın. Hani biz de onu yapıyoruz fazlasını yapmıyoruz. Bence o şekilde olmalıdır." (K12)

"Biz sorumlu değiliz bana göre. Sonuçta işyeri hekimi olmalı ve o işyerinin işyeri hekimi olmalı. Yani genel bir işyeri hekimliği değil. Atıyorum bir kişi bilmem ne market, marketlerle ilgili zincir market, binlerce kişi çalışıyor orada, o işyerinin hekimi olmalı ki o markette işte hangi bölümde depoda ayrı kasada ayrı ne olacağını bilmeli ki o kişi o işe uygun mu ya da bir fabrika veya bir üretim tesisi veya bir tamirhane. Yani işyeri hekimi iş yerine göre karar verebilmeli." (K13)

"Ama ben hastanın işini zorlaştırmış oluyorum ya çünkü onun o beyanı doldurması gerekir. Niye hep elimi taşın altına hep ben sokacağım. Ben de kendimi defansif anlamda garantiye almak istiyorum. Hastanın beyanı da önemli olması gerekir. O çünkü hastalığını saklıyor olabilir." (K3)

Mezuniyet öncesi hukuk dersleri

"Biz tıp fakültesinden mezun olurken (ben '98 mezunuyum Hacettepe) mesela orada hiçbir şekilde belli keşke hukuki dersler de olsa mesela ben sonrasında öğrendim çalışmaya başlarken öğrendim ki hani hasta olmadan ilaç yazılmaması gerektiğini vesaire bunları çalışırken öğreniyorsunuz işte yapmaya başlıyorsunuz, uyguluyorsunuz. Ama bunların getirdiği sorumluluklar bunların hukuki dayanakları yani bir adli tıp dersi vardı ama çok daha genişletilmeli ve bilgide bazı standartlar olmalı yani o bunu yapıyor bu bunu yapıyor böyle olabiliyor falan değil de hani yönetmelik ile bize hatırladığım kadarıyla bir kere öyle bir şey olmuştu ilk başladığımız yıllardı, hasta raporu varsa ilacı yazılabilir gibi bir yönetmelik kalktı, yönetmeliğin kimseyi hiçbir şekilde korumadığı ortaya çıktı ve biz daha sonrasında bunun yanlış olduğunu gördük. Ama hani keşke bu bilgiler bize daha evvelinden

anlatılsa, verilse, bir birlik olsa. Bunları söyleyeceğim ben, şu an aklıma gelenler bunlar." (K16)

"Bizim zaten tıp eğitiminde en büyük eksiklik sağlık hukuku dersinin olmaması. sağlık hukuku alanındaki boşluk var, deontoloji dersi alıyoruz ama sağlık hukuku dersinin de olmasını isterdim. Ben şimdi adalet okuyorum 2 yıllık 2. Sınıftayım açıktan okuyorum iş sağlığı konusunda da eğitim aldım. iş yeri hekimliği de yapabilirim ama şu an pasifteyim o konuda iş hukukunda ve diğer hukuk dallarında bilgi birikimim olsun diye yok aslında avukat olmak gibi bir tutkum yok. Bilgi eksiklerimi gidermek bir de maalesef hekim her şeye susuyor. hasta hakkı diye bir şey var hekim her şeye susar gibi bir görüntü oluşturulmuş. Her zaman hasta haklıdır gibi." (K9)

"tıp fakültesindeki eğitime sağlık hukukunun eklenmesi önemli gerçekten" (K7)

Koruyucu hekimliğin güçlendirilmesi:

"Evet çevremizde de duyuyoruz yakın ASM'lerde hastaya ağrı kesici enjeksiyon yapılmış hastanın vefat ettiğini duyuyoruz. Yani onu dışında hukuksal anlamda tetkiklerde, örneğin bazı tetkikleri mesela yapmadık diyelim hastada da başka bir şey çıktı sen bu tetkiki yapsaydın bu hastalığım ortaya çıkacaktı. Yapmadın diye geri dönebilirler o anlamda tetkiklerde dikkat ediyorum hastaya da diyorum sürekli kan alamayız 6 aydan önce alamayız yapamayız ama yine de başka bir şey çıkarsa diye de bazen çok istediğim oluyor. Artık uyarmaya da başladım onun dışında hastalar birbirleriyle konuşuyorlar medyada internetten yanlış bilgiler edinerek bize geliyorlar. Onlarla ilgili hem ukalaca hem bilinçsizce bizden isteyip sorgulayabiliyorlar. Yani aslında biz aile hekimleri de biraz önce söyleyecektim bizim ilk işimiz koruyucu hekimlik ama biz muayene tanı tetkiklerle uğraşıyoruz. aslında kendi işimizi yapsak belki de defansif tıpla ilgili bu şeylerimiz daha az olacak hukuksal anlamda." (K1)

Periyodik muayene rehberleri

"Aslında böyle bir çalışmada olmuştu. Ben hatta periyodik muayene rehberleri konusunda bir çok aile hekiminin bilgisinin dahi olmadığıyla ilgili literatür çalışmasını okumuştum. Bir çok doktor işte periyodik muayene rehberini, aile hekimliği bilgi sistemine entegre yazılımlar yapılırsa bu periyodik muayene

rehberindeki uygulamalar işte tamamıyla meme kanseri ile ilgili taramalar olsun gaitada gizli kan kolon kanser tarama HPV tarama vs. kanser taranmaları veya kardiyak riski olan hastaların taranması vs bilgi sistemine entegre yazılımlar yapılması çözüm olabilir. Ve artı hastalarında istekleri doğrultusunda değil de doktorun bilgisi dâhilinde belli periyotlarda kan tetkikleri isteme gibi şeyleri olsa sınırlama getirilse yani bazı şeyler çözülür gibi geliyor bana. Bilgi anlamında daha şey kolaylaştırıcı olabilir. Tetkiklerin istenmesi sınırlansa belli periyotlarda yapılsa çözüm olabilir gibi geliyor.” (K9)

Hastaların doğru bilgilendirilmesi:

"Şimdi ben buraya gelirken bir ilan gördüm o kadar canımı sıktı ki merdivenlerden çıkarken, kocaman tabelaya yazmışlar "Aile sağlığı merkezinizden ücretsiz ehliyet raporu alabilirsiniz". Yani bu hastanın beklentisini çok yükselten ve doktor üzerinde yük oluşturan bir afiş mesela. Bence bir takım şeyleri yaparken çok güzel düşünmek lazım yani bilmiyorum kimin afişidir." (K12)

PDT’den kaçınma:

"Ben bir tek beş numaralı arkadaşımızın söylediğini vurgulamak istiyorum, o hani pozitif defansif tıp abartılmış sağlık bakımı, yine bize dert olarak geri dönüyor. Ondan kaçmak lazım. Abartılmış sağlık bakımı yüzünden insanlar artık hastalığı doğal bir süreç olarak algılamıyorlar. Oysaki hastalık doğal bir süreçtir, kendi seyri vardır. Hani bunu bir şekilde anlatmamız lazım hastalara diye düşünüyorum." (K12)

Sağlık yöneticileri sorumluluk almalı:

"Sağlık bakanlığının işte bu işe geçiş raporlarının çalışma ve sosyal güvenlik akıl ve şuur raporu için adalet makamları bakanlığı üzerinden eş güdümlü projeler gerçekleştirmesi gerekiyor şimdi şöyle: Akli meleke raporuyla ilgili şimdi şöyle yanlış bilinen bir durum var, akli meleke raporunun her altmış beş yaş üstü bireyden istiyorlar. Herhangi bir hukuki işlemde, böyle bir hak yok. Normal noterlerin resmi onlara gelen yönergelerde de normalde sadece ayırt etme gücüne yönelik şüpheli olduğunuz kişileri yönlendirin demişler ama tüm hastaları yönlendiriyorlar, tüm kişileri yönlendiriyorlar. Onun için buna yönelik adalet bakanlığı üzerinden yaptırım uygulanması gene iş güvenliği ile ilgili raporlarla ilgili çalışma sosyal güvenlik bakanlığıyla ortak hareket edecek birimler oluşturulması, yani sonuçta birey birey her hekimin yaptığı uygulama bazı yerlerde tıkanıyor çünkü bireylere göre değişken

tüm uygulamalar. Onun için bunları çözecek nokta üst sağlık politikası oluşturmaları, onların görevlerini yapmaları lazım." (K14)

"Bakanlık ve SGK uygulamalı önemli bir takım tahlilleri koyuyor sonra geri çekiyor. Bazı ilaçları biz yazabiliyoruz sonra geri çekiyor. Bununla ilgili eğer ki periferde ihtiyaç varsa yazmalıyız biz de yazabilmeliyiz çok hızlı değişiyor." (K6)

Hizmet içi eğitimler:

"Hizmet içi eğitimlerimiz oluyor, veya işte sağlık müdürlüklerinin bakanlığın yaptıkları bazı toplantılarda işte avukat veya bu konuda bilirkişi gelip bize eğitimler veriyor, biz bu eğitimlerde de bazı şeyler öğreniyoruz veya doğru bildiklerimiz yanlış olabiliyor. Katılıyoruz zaten. Bu şekilde de kendimiz bilmediğimiz şeyleri öğreniyoruz. Bu hizmet içi eğitim de önemli bence ve dediğiniz gibi biz şimdi kaç yıllık hekimiz sonuçta biz bunu yaşayarak duyarak vs. öğreniyoruz tabi ilk mezun olduğumuzda sudan çıkmış balık gibi hissetmişim ben kendimi. Kesinlikle bu ders bence mezun olmadan önce yani altıncı sınıfta kesinlikle böyle belirli şablonlar belirli çerçeveler içinde kayıt bilgileri olsun, ilaç yazmayla alakalı sıkıntılar olsun bunlar verilse yeni mezun olmuş arkadaşları korumak adına iyi olur diye düşünüyorum." (K6)

"Bi kere sinirimizi bozuyor. Aslında rehberlere göre hareket etmek lazım kendinizle ilgili yönetmelikleri çok iyi bilmemiz lazım Bu konuda yapmamız gerek ve yapmamamız gerekeni bilmemiz lazım ona göre hareket etmemiz lazım." (K6)

Hasta-hekim iletişimi:

"Ben de şunu söylemek istiyorum hani demin hasta hekim ilişkisi, hastaya karşı sorumluluklar dedik ama bir taraftan da bizim sözleşmemiz devletle, devlete karşı bazı sorumluluklarımız var. Mesela bu tahlil konusunda aşırı talepkar hastalar kaynak kullanımıyla ilgili benimle aynı bilinç düzeyinde değiller. Ben onlara bazen şunu söylüyorum: "Bakın size emanet verilmiş bir para var, siz bu parayı çarçur eder misiniz, etmezsiniz ben de edemem. Bu parayı doğru yere doğru şekilde kullanmak zorundayım" diyorum o zaman birazcık ikna oluyorlar." (K12)

Hasta-hekim iletişimi:

"Evet azalacak birde öneriler kısmında benim şu aklıma geldi. Okullarda örneğin sağlıkla ilgili dersler olabilir bilinçlendirmek adına okullarda sağlıkla ilgili dersler yok bildiğim kadarıyla birde mesela doktorlara güvenmeleriyle ilgili

reklamlar yapılabilir. Medyayla ilgili sağlık bakanlığını çalışmaları olabilir. Doktorlarla ilgili toplantılar yapılabilir. Defansif tıbbi yönelmenin bir nedeni de kendi başımıza çabalar içindeyiz bizi koruyan bir kurum yok. Kendi başımıza bir şeyler yapmaya çalışıyoruz." (K1)

"Ama olayın bundan önceki şeyi de var. Hep ilaç hep ilaç şeklinde mesela sürekli tahlil tetkik yapıyoruz ama kişinin hiçbir şeyinde değişiklik olmuyor. Diyet yaptın mı yok. yürüyüş yaptın mı yok. sigarayı bıraktın mı yok. hep sonra ben kış dönemi sürekli bir antibiyotik talebi sürekli bir balgam sökücü talebiyle geliniyor yani benim yapabileceklerim de sınırlı hale geliyor." K3 hastanın kendi sağlık bakımından sorumlu olması gerektiğini belirtti. "vatandaş olarak evet olmalı." (K3)

"burada sağlık okuryazarlığı çok önemli" (K7)

Hastaya yaptırımlar:

"Arkadaşların söylediklerine çok katılarak, her şeyi köle gibi yapmamız bekleniyor algısı var. Doktorlar her şeyi yapar. Her zaman her şekilde hazır durumda yani tabi ki hepimizin belli çalışma saatleri var branşları var yani uzmanlaşmışız ayrı dallarımız var ama öyle değil biz gittiğimizde her an doktoru bulmalıyız ve doktor her zaman her işimizi yapmalı öyle bir algı var. bu anlamda da bir saygısızlık var. O saygısızlığın karşılığında da bir ceza yok. O yüzden böyle gidiyor." (K1)

"ben bu toplantıda olduğum için çok memnunum arkadaşların söyleyeceklerini ben de söyleyecektim notta aldım. Sağlıkla ilgili tüm sorumluluk hekimlerde olmamalı. biz de gerçekten tedavi edelim ve hastaları sağlıklı yaşatalım ve bu kadar çok hastaların sık sık doktora gitmelerinden ziyade sağlıklı nasıl yaşanır onu öğretilim. bir de bu defansif tıpla ilgili bu doktorlarla ilgili toplantıların daha çok sık yapılmasını istiyorum yani böyle bir toplantılar hiç olmadı ben hiç katılmamıştım. Daha çok gündeme gelmeli. Ve bilinçlendirilmeli hem hekimler hem de hastalar diye düşünüyorum. Teşekkür ederim." (K1)

"sadece vicdani değil hukuki boyutta da bir sorumlulukları olmalı." (K5)

Bilgi eşitlemesi:

"Buna bilgi eşitlenmesi deniyor. Yani bir örgütün içinde olanlar bir teşkilatın içinde olanlar, bir meslek grubunun içinde olanlar kendi aralarında iletişimsiz ve bilgilerini eşitleyemiyorlarsa çatışırlar. Bu kaçınılmaz böyledir. Bilgi eşitlemesi de

görüşmeyle olur bilgi alışverişiyle olur. Biz bir konuda bilgimizi nasıl eşitleyeceğiz, oturacağız herkes yorumlayacak o yorumların üzerinden geçerek eşitleyeceğiz .Herkesin başka bir bilgisi varsa bir konuda çatışırız." (K2)

"Uygulamalar konusunda onlarla bizim aslında bilgi eşitlemesine ihtiyaç var." (K6)

"ama asıl daha önemli olan daha önce katılımcı 2'nin söylediği bilgi eşitliği. Bizim meslektaşlarımız arasındaki bilgi eşitliğini sağlarsak tutum ve bilgimizi ortak yapabilirsek hiç kimse fazlasıyla defansif uygulamaya girmez. Herkes aynı uygulamayı genelin doğru bildiği uygulamayı yaparsa standardizasyon sağlarsak bu işler daha düzgün gider." (K7)

Sağlık yöneticilerinin hekimi desteklememesi:

"ya nedir böyle yani ben çay içemiyorum ki hani ona kalkıp çay ısmarlayayım onla. İki cümle kuracak halim kalmıyor benim. 3 den sonra bizim de bir enerji şeyimiz var özellikle 40'ından sonra bence zaten o çalışma saatlerinin yeniden düzenlenmesi lazım. Bir şey söyleyecektim unuttum WhatsUpp'tan e-reçete numarası gönderen doktor arkadaşlarım var benim hani bakanlık bunu böyle yapıyor ama biz de birlik yok bir kere yani egomuzda çok yüksek olduğu için bir araya gelip bir iletişim kuramıyoruz. birliğimiz yok bazen hastalara verdiğimiz o özveriye o sevgiyi ilgiyi kendi doktor arkadaşımıza gösteremiyoruz yani bir selam bir günaydın, bir iyi akşamlar yapamıyoruz yani bu birlik ve beraberlik olmadığı sürece bakanlıkta bize sahip çıkmamayı sürdürdüğü sürece ben hiçbir şey olabileceğini düşünmüyorum ." (K3)

"hani şimdiye kadar gerçekten güzel şeylere değinildi özellikle arkadaşımız katılımcı 7'nin söylediği şeyler. Malpraktis yasaları konusunda hani özellikle bunu bir kere yaptım oldu şeklinde değil de herkesin çünkü bu malpraktis yasaları gerçekten doktorları çok kısıtlıyor. Biz belki o kadar çok etkilenmiyoruz bu durumdan ama cerrahi branşlar gerçekten çok etkileniyor. Hani insan birazcık ta hasta yerine kendini koyması lazım gerekiyor bu durumda hastaysam kaybeden ben oluyorum doktorun hareket alanı azalmış. İşte ne karar vericem yanlış mı karar vericem şeklinde zaman kaybı hasta için hayati önem taşır. Bunların düzenlenmesi hani çözüm burda benim fikrimce çözüm bu." (K5)

“Hasta beni doktor .. olarak görmüyor. hepimizi bir görüyor hekimler olarak görüyor sağlık bakanlığı olarak görüyor eczaneleri SGK olarak görüyor. Genelleme yapıyor, çünkü kendisinin o sırada ihtiyacı giderilmiyor. O ona odaklı hiç benim görevini yapıyor kanunlara uyuyor olmamın onu açısından hiçbir önemi yok yani ben uymalıyım ama hasta kanunlara uymayabilir gibi durumda oluşuyor bazen Böyle bir eşitsizlikler de olabiliyor. Bazı şeyleri biz kendi çabamızla yapabilirsek bile bizden sorumlu olan kişilerin eğer ki gerçekten halkın memnun olmasını istiyorlarsa bizim de memnun olmamız gerekiyor. Hep beraber mutlu olmalıyız Hastayı mutlu edip bizi mutsuz ederse illa ki bizim mutsuzluğumuz onlara da yansıyacaktır.” (K6)

Sağlıkta şiddetle ilgili tanı kodları:

"Benim bu konuda bir isteğim var hasta usulsüz ilaç yazdırmak istediğinde tanılarda bir usulsüz ilaç yazdırma diye bir tanı olsun istiyorum. Hasta şiddete meyilli bana zarar verebilir diye bir tanı olsun istiyorum. Bizim yanımızda bir jandarma, polis, güvenlik görevlisi yok. Ben tip olarak da minyon bir insanım 1.90 ı bırakın 1.70 lik adamda bana vurduğu zaman fiziksel şiddet çok kolay uygulayabilir. Artı bayanım Türk toplumunda bayan olmanın da riskleri var. O yüzden hastaların sağlık sistemini kötüye kullanmalarıyla ilgili bizim geri bildirim yapacağımız tanılar olsun istiyorum ben hastalar böyle talepleri olduğu zaman be eğer güç yetirebileceksem o hastaya , ikna edebilecek gibi görüyorsam kendimi, sizi şu anda SGK'ya bildirebilirim, bundan sonra” (K6)

Medya:

“Bir de medya dedi arkadaşlar medyada sağlık bakanlığının koyduğu kamu spotları var onlarda bence biraz daha halkı bilinçlendirmeye yönelik olmalı. Hastaların bize olan tavırlarında hasta hakları ön plana çıktığından hekim hakları hemşire hakları ön plana çıkmıyor. Bizim de haklarımız var ben yeri gelir hasta olurum yeri gelir doktor olurum hepimiz için önemli bunlar.” (K6)

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda odak grup görüşmeleri sonucunda katılımcıların ifadelerinin betimsel analizlerinin yapılması sonucunda 6 ana kategori elde edilmiştir. Bunlardan birincisi DT uygulama davranışlarını etkileyen etmenler katılımcıların ifadelerine göre sağlık sistemi (altyapı eksikliği, hekimin eğitim ihtiyacı, hekimin üzerindeki idari baskı, sağlık uygulayıcılarının hekime destek olmaması), sağlık raporları (sevk etmede yaşanan zorluklar, mevzuat bilmemek, meslektaşlar arası uygulama farklılıkları, hukuki dava korkusu), hukuki davalar (etik-hukuk çatışması, malpraktis), hasta kaynaklı değişkenler, hekim kaynaklı değişkenler (hekimin kendine güven eksikliği, uzmanlık eğitimi, mesleki deneyim azlığı), hasta-hekim ilişkisi (hekime güven, hastaya güven), medya etkisi (yanlış yönlendirilme, malpraktis davaları), merkez-taşra farkı, hasta kaybı, hekim-hekim ilişkisi, iş yükü olmak üzere değerlendirilebilir. DT uygulama davranışı hekimin risk algısıyla ilişkili ve bu risklere karşı kendini koruma amaçlıdır. Risk algısının çeşitliliği hekimin içinde bulunduğu etkenlere göre farklılıklar oluşturabilir.

Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılındaki 44. Genel Kurulundaki tıbbi uygulama hataları, "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" olarak tanımlanmıştır. Aile hekimliği malpraktis açısından orta ve az riskli olarak değerlendirilmektedir. Ancak son yıllarda sağlık uygulamalarının ve politikalarının gelişmesi, birinci basamağın güçlenmesi nedeniyle aile hekimliğinde yapılan girişimler artmaya başlamıştır. Aile hekimliğinde malpraktis davaları genellikle tedaviden çok tanı kısmıyla ilgilidir (40). Malpraktis endişelerinin klinik uygulamalar üzerindeki potansiyel etkisini sağlık reformu bağlamında daha iyi ölçmek için ABD'de yapılan bir çalışmanın sonucunda hekimlerin %91'i malpraktis ve hukuki dava iddialarından korunmak için PDT uygulamaları yaptığını bildirmiş, ayrıca %90.7'si malpraktis davalarına karşı korunmaya ihtiyaçları olduğu konusunda hemfikir olmuşlardır. Ayrıca, hekimlerin tıbbi sorumluluktan korunmak için reformlar yapılması gerektiğine inandıkları gözlenmiştir. Birinci basamak gibi tipik olarak düşük sorumluluk riski olan uzmanlık alanlarındaki hekimler de yüksek riskli cerrahi uzmanlık alanlarındaki doktorlar kadar malpraktis konusunda endişe duymaktadırlar (28). Çalışmamızda da bu

literatür bilgileriyle uyumlu olarak katılımcı hekimler malpraktis ve hukuki dava çekincelerini belirtmişlerdir. Bu çekincenin; aile hekimlerinde mesleki deneyimlerine, geçmişteki kötü tecrübelerine, aldıkları eğitimlere, uzman olup olmamalarına, bulundukları çalışma ortamına ve meslektaşlarıyla olan iletişimine, hekimin kendi kişiliğine göre değişerek çeşitli koruma mekanizmaları geliştirerek DT uygulamalarının farklı şekillerine başvurdukları gözlenmiştir.

Bazı durumlarda hekimler tıbbi etik ile hukuk arasında çıkmazda kalabilmektedir. Bu durumda hekimlerin bakış açısını anlayabilmek ve konuyu derinleştirebilmek amacıyla AHU grubundaki katılımcılara *“Şöyle bir şey konuyu belki derinleştirebilir, bana bir süre önce bir yeni uzman birisi şöyle bir şey sordu "Ben bilmiyorum ne yapayım?" diye, daha on yedi yaşında bir kız gebelik testi yaptırmak istiyor aile hekimi de "İstemiyorum testi" diyor. Çünkü istersen ve gebe çıkarsa ne yapacağımı bilmiyorum.” ya da “. Böyle konularda neler yapıyorsunuz mesela? Böyle şeyler çıkıyor. Net bir cevabı olmayan durumlarla karşılaşıyoruz veya başka bir örnek vereyim madde kullanımı artık ihbarı gereken bir şey ve çocuk diyor ki geçen hafta arkadaşlarımla şurada bir yerde ot bulduk içtik bir denedim ben diyor. İşte bunun ihbarını yapıp yapmamak hukuk yapmak gerektiğini söylüyor, etik hasta sınırlarını saklamak gerektiğini söylüyor, kendi içiniz "Ya işte belki annesine haber vereyim bu çocuk başlamadan kurtarayım" diyor. Her tarafın çektiği bir karar verme mekanizması içindesiniz. Böyle şeyler ne hissettiriyor size ne yapıyorsunuz?”* durumları hakkında görüşleri soruldu. Çocuklarda özerklik sorunu ve aydınlatılmış onam sorununun incelendiği bir literatür taraması yapılmıştır. Dünya genelinde çocukların gelişimlerini tamamlamadıkları düşünüldüğünden 18 yaş altındakilerin tedavi olma haklarını aileleri ya da yasal velileri kullanmaktadır. Buradaki ana sorun yeterlilik sorunudur. Yeterliliği belli bir yaş seviyesine indirmek pratikte kolaylık sağlasa da yeterliliği belirleyecek bir test olmadığından bu ispatlanabilir bir şey değildir. Çocuk hastaların özerklikleri yaş sınırları içinde değerlendirilse de özerkliklerini kendi başlarına kullanamayacakları varsayılsa da bunun istisnaları olabileceği belirtilmiştir. ABD’nin birçok eyaletinde çocuğun ailesinin onayı olmadan kendi onayıyla tedavi alabileceği tıbbi durumlar kanunlarla tanımlanmıştır. Bu tıbbi durumlar: ilaç bağımlılığı, cinsel bulaşıcı hastalıklar, gebe olanlara tıbbi tedavi, doğum kontrolü, düşük ve bazı akıl hastalıklarını içermektedir.

Ülkemizde ise böyle bir yasal düzenleme bulunmamaktadır (41). Bu nedenle de çalışmaya katılan hekimlerdeki görüş ve uygulama farklılıklarının çözümü yakın zamanda olası görünmemektedir.

Katılımcıların en çok DT uygulama davranışı gösterdikleri bir konu sağlık raporları olmuştur. Aile hekimliği ve işe giriş raporlarıyla ilgili yapılan bir literatür çalışmasına göre kişilerin iş güvenliği ve işçi sağlığı için işe girme raporu alma zorunluluğu vardır. Hekimden kişinin bedenen ve ruhen gireceği işe uygun olup olmadığının değerlendirilmesi beklenmektedir. Ancak değerlendirmenin tam ve doğru olması için iş yeri ortamına ait bilgi ve verilerin de bilinmesi gerekli olduğundan bu raporların düzenlenmesi için en uygun yerin iş yeri hekimlikleri olduğu belirtilmiştir. Uygulamada yeterli sayıda iş yeri hekimi olmadığından kademeli geçiş hedeflenerek 10'dan az çalışanı olan az tehlikeli işlerde çalışacak olanlar için bu raporların aile hekimliklerinden de alınabileceği ibaresi eklenmiştir. Bu durumdan en çok etkilenen aile hekimlerinin bir kısmı bu iş için kendilerini yetkin bulmayıp kendiışleri olarak görmediğinden, bir kısmının da yasa ve yönetmeliklerin taraflarca farklı yorumlanmalarından kaynaklanabilecek sorunlar nedeniyle hukuki ve cezai davalarla karşılaşmaktan endişelendikleri bildirilmiştir. Aile hekimlerine yasa ve yönetmeliklerin iyi bilinmesi, kayıtların düzgün tutulması, gerekli tetkiklerin yapılması, gereken durumlarda ilgili uzman hekime sevk edilmesi ve rapor örneğinin saklanması önerilerinde bulunulmuştur (42). Bizim çalışmamızda da bu çalışmayla uyumlu olacak şekilde aile hekimleri bu işin kendiışleri olmadığını, uygulamada mevzuatlarla ilgili sıkıntılar yaşadıklarını ve hukuki dava korkusu yaşadıklarını belirttiler.

Ekonomik değerlendirmeler yapılırken sağlık hizmeti sunanların, hastaların, geri ödeme kurumunun ve toplumun bakış açıları kullanılmaktadır. Toplumun bakış açısı hastanın, sigortanın ve diğer tarafların maliyetlerini kapsarken hastanın bakış açısı sadece kendi maliyetlerini kapsamaktadır. Sağlık bakım teknolojilerinin kapsamlı değerlendirilmesinde bütçe etki analizi önemlidir ve geri ödeme kararları verilirken maliyet etki analizi ile birlikte kullanılmaktadır. “Geri ödeme kararları alınırken, bütçe etki analizi sonuçları tek başına değerlendirilmemelidir. Bir sağlık teknolojisinin klinik etkililiği, güvenliği, kalitesi, maliyet etkililiği ve bütçe etki analizi sonucunda ortaya çıkan veriler birleştirilerek sağlık teknolojisinin

ödenebilirliği ve yapılan harcamaya değer olup olmadığı değerlendirilmelidir.” Maliyetler azalırken kişilerin yaşam kalitesi de azalabilmektedir. Sağlık teknolojileri geri ödeme listesine alınırken klinik etkililik, güvenlik, kalite, maliyet etkinlik ve ödenebilirlik parametrelerine bakılmaktadır (43). Bu bağlamda geri ödeme kurumunun sık sık yaptığı değişiklikler, ayrıca sağlık politikacılarının uygulamalarında yapılan değişiklikler sistemin bir çeşit görünen yüzü olan hekimlere mal edilerek hastaların hekime güvensizliğine neden olduğu katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi’nde değişik kliniklerde çalışan 68 hekimle yüz yüze görüşülerek yapılan bir anket çalışmasında defansif tutum ve davranışlar incelenmiştir. Bu çalışmada hekimlerin çok ayrıntılı kayıt tutma oranı %81.54, tıbbi hata yapmaktan çekinme oranı %69.64, gerekli olmayan testleri isteme oranı %79.41, yüksek riskli müdahalelerden kaçınma %78.13 olarak bulunmuştur. %80.88’i her hastayı potansiyel davacı görerek tedirginlik yaşamaktadır. %95,45’i ülkemizdeki medyanın hekimlere karşı olumsuz olduğunu düşünmektedir. %74.63’ü ise yeni TCK’nın hekimlikle ilgili maddelerinden rahatsızlık duymaktadır.

Başka bir konu da iletişim sorunlarıdır. Bu sorun hasta-hekim ve hekim-hekim iletişim sorunu olarak dile getirilmiştir. 2011 yılında Düzce’de birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin alınması amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmada 15-80 yaş aralığında 56 erkek, 33 kadın, ardışık 89 hasta incelenmiştir. Çalışmada katılımcıların %58,4’ü, yani 52 kişi, hekimin işini çok iyi yaptığını belirtmiştir. Genel olarak aile hekimliğinden memnuniyet oranı %94,5 seviyesinde, 84 kişi olmuştur. Bu çalışmada hasta memnuniyeti hekimlerin ve diğer personelin tutum ve davranışıyla uyumlu bulunmuştur. Hekimlerin hastayı bilgilendirmesi ve yönlendirmesi açısından da hasta memnuniyeti yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar aile hekimliğinde biyopsikososyal modelin uygulanmasının önemini göstermiştir (44). Hastaların hekimlerin kurdukları iletişimden memnun olma seviyesini ölçen bir çalışma, İstanbul ile Bursa’da faaliyet gösteren 4 özel ve 6 kamu hastanesinde ayakta tedavi gören 600 hasta üzerinde uygulanmıştır. Çalışmada “hekimlerin iletişim biçiminden memnuniyet” anketi kullanılmıştır. Yapılan incelemelerde hastaların doktorların kurdukları iletişimden

memnuniyet duyma düzeyi, bölgeye ve yaşa göre değişmekle beraber genel olarak düşük bulunmuştur. Yine özel hastanelerdeki iletişim memnuniyeti, devlet hastanelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu da devlet hastanelerine başvuran hasta sayısı ve hasta profiliyle ilişkili bulunmuştur (45). Bizim çalışmamızda da aile hekimleri hastaların çoğunluğuyla iletişimlerinin iyi olduğunu, aşırı istek ve beklentileri olan hastaların çoğunlukla konuşulup anlatıldığında durumu anlayıp hekimlerine güvendiklerini, ancak iletişim sorununu madde bağımlılığı ve psikolojik tanıları olan, bir de başka birimin yerine baktıklarında kendilerini tanımayan hastalarla yaşadıklarını bildirdiler. Aynacı, 2018'nin çalışmasında da psikiyatrinin beklenenin tersine dava edilme oranları branş hekimlikleri arasında %38.46 ile en yüksek ikinci sırada bulunmuştur. Bu yükseklik, araştırma yapılmamış olmasına rağmen psikiyatri hastalarının hastalıklarıyla ilişkilendirilmiştir (46).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SAH ve AHU'larla yapılan odak grup görüşmelerinde hekimlerin ifade ettikleri görüşlere göre sağlık sisteminde en çok sağlık raporları (özellikle işe giriş, ehliyet ve sporcu sağlık raporları) konusunda sorun yaşadıklarını belirttiler. Hem bu raporların kendi görevleri olmadığını düşündüklerinden hem de sevk endikasyonu olduğunda kişilerin işlerinin uzaması, ikinci basamakta ücret alınması gibi nedenlerle bu sevke karşı çıkmasıyla hastalarla çatışma yaşamaktadırlar. Bazı meslektaşların ise bu raporları verirken farklı farklı uygulamalar içinde olması da ayrıca bir sorun olarak belirtilmiştir. Ehliyet raporuyla ilgili yönetmelikte ASM tarafından yapılamayacağı aşikar olan maddeler olduğu söylenmiştir.

Sağlık sistemiyle ilgili olarak; sağlık yöneticileri tarafında yasa ve yönergelerde sık sık yapılan değişiklikler ve SGK'nın geri ödeme kapsamındaki ilaçlarda yapılan sık değişiklikler sorun olarak belirtilmiştir. Hekimler kendilerinin sağlık sisteminin görünen yüzü olduklarından ve sağlık sistemi kaynaklı sorunların da hastalar tarafında hekim kaynaklı algılanmasından rahatsız olduklarını belirttiler.

Sürekli hasta haklarının ön planda olduğu, hekim ve sağlık çalışanlarının haklarının ikinci planda kaldığı, hastaların hekiminde hakkı olabileceği fikirlerinin oluşmadığı ifade edilmiştir. Çeşitli sağlık uygulamalarında hep hekimin sorumlu tutulduğu, hastanın kendi sağlığı konusunda ve aşırı uygunsuz isteklerinde bir sorumluluğu olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca hastaların telefonla aranarak aile hekiminizden memnun musunuz diye soruluyor olmasının hekimler tarafından idari baskı olarak algılandığı gözlenmiştir.

Aile hekimleri kayıtlı nüfus üzerinden çalıştığı için defansif tıp uygulama davranışını hasta kaybı korkusunun da teşvik ettiği tespit edilmiştir.

Aile hekimlerinin yeni duymaya başladıkları bir kavram olmasına rağmen, adını koymadan defansif tıbbın çeşitli şekillerini günlük pratiklerinde uyguladıkları gözlenmiştir.

6.1. KLİNİSYENE ÖNERİLER

Her ne kadar defansif tıp uygulamaları, tıbbi hata uygulamalarından korunmak için bir çare gibi görünse de aslında defansif tıbbın kendisi bir malpraktis konusu olabilmektedir.

6.2. SAĞLIK BAKANLIĞI'NA ÖNERİLER

Hekimlerin malpraktis tıbbi hata uygulamalarına maruz kalma korkuları ve aile hekimlerinin diğer çekinceleri anlaşılabilir buna uygun politikalar üretilmesi gereklidir. Hekimlerin sağlık yöneticilerinin en büyük destekçisi olduğunu görmeye ihtiyaçları vardır.



KAYNAKLAR

1. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. 2011. [Internet]. Available from: <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>, Son Erişim Tarihi: 19.01.2020.
2. Rakel R E and Rakel D P. Aile Hekimliği. Çeviri: Saatçi E. 9. Baskı. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2019:11.
3. Başer D A, Kahveci R, Koç E M, Kasım İ, Şencan İ ve Özkara A. Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. Ankara Med J. 2015;15(1):26-31.
4. Yılmaz K, Polat O ve Kocamaz B. Defansif tıp uygulamalarının hukuksal açıdan incelenmesi. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi. 2014;5(16):19-51.
5. Göcen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H, Çelepkolu T, Tuncay S ve Dirican E. Hekimlerin, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018;12(2):77-87.
6. Yılmaz K. Defansif Tıp: Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçması Durumunda Ortaya Çıkan Problemler. Seçkin/Hukuk, Ankara, 2014:149-153.
7. Selçuk M. Çekinik (Defansif) Tıp. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku, İzmir, 2015.
8. Dikici M F, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu A S ve Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27:412-418.
9. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [Internet]. Available from: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, Son Erişim Tarihi: 18.01.2020.
10. [Internet]. Available from: <https://images.app.goo.gl/uPwvirUrXHyeEqwzt7>, Son Erişim Tarihi: 19.02.2020.
11. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 2013. [Internet]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he>), Son Erişim Tarihi: 17.01.2020.
12. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye 2008. [Internet]. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>, Son Erişim Tarihi: 25.02.2020.
13. İstanbul Tabip Odası. 1.Tıp Hukuku Günleri Tıbbi Uygulama Hataları, 8 Ocak, 2011. [Internet]. Available from: https://www.atud.org.tr/wp-content/uploads/2016/07/thg_kitap_1.pdf, Son Erişim Tarihi: 04.03.2020.

14. Yeşiltaş A ve Erdem R. Şiddet ve defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018;6(74):486-500.
15. Reva Z. Türkiye’de Defansif Tıp Uygulamalarının Sigortacılık Boyutu. Bankacılık ve Sigortacılık Araştırmaları Dergisi. 2018;12:23-32.
16. Yorulmaz M ve Sabırlı H. Sağlık hizmetleri arzında defansif tıp ve hekimlerin karar verme algısı. Business & Management Studies: an International Journal. 2019;7(2):579-590.
17. Başer A, Kolcu G, Çığırıl Y, Kadıncız B ve Öngel K. İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. Smyrna Tıp Dergisi. 2014;16-24.
18. Özata M, Özer K ve Akkoca Y. Konya il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1):132-139.
19. Studdert D M, Mello M M, Sage W M, DesRoches C M, Peugh J, Zapert K, Brennan T A. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA, 2005;293(21):2409-2617.
20. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, Chayama K. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. World Journal of Gastroenterology. 2006;12(47):7671-7675.
21. Hvidt E A, Lykkegaard J, Pedersen L B, Pedersen K M, Munck A and Andersen M K. How defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. BMJ Open. 2017;7(12):1-8.
22. Toraman A ve Çarıkçı İ H. Defansif tıbbın nedenlerinin hekim gözüyle değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2019;10(23):40-51.
23. Vento S, Cainelli F and Vallone A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. World Journal of Clinical Cases. 2018;6(11):406-409.
24. He A J. The doctor-patient relationship, defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals: Evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen city. Social Science & Medicine. 2014;123:64-71.
25. Dalton G D, Samaropoulos X F and Dalton A C. Effect of physician strategies for coping with the US medical malpractice crisis on healthcare delivery and patient access to healthcare Public Health. 2008;122(10):1051-1060.
26. Yılmaz A, Demiral G, Sahin G, Yener O, Kocatas A ve Boluk S. 2005 Yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu’nun (TCK) cerrahi branş hekimleri üzerindeki etkisi. Adli Tıp Dergisi. 2013;27(3):158-172.
27. Bishop T F, Federman A D and Keyhani S. Physicians’ views on defensive medicine: A national survey. Archives of Internal Medicine. 2010;170(12):1081-1083.
28. Nahed B V, Babu M A, Smith T R and Heary R F. Malpractice liability and defensive medicine: A national survey of neurosurgeons. PLoS One. 2012;7(6):e39237.

29. Hayran M ve Özdemir B. Sağlık haberlerinin içerik analizi ve medya etiği. İKU Dergisi. 2011;25:30-36. [Internet]. Available from: <https://docplayer.biz.tr/7050395-Saglik-haberlerinin-icerik-analizi-ve-medya-etigi.html>, Son Erişim Tarihi: 01.03.2020.
30. Dağ E ve Baysal H. Hasta ve yakınlarını şiddete yönelten sebeplerin araştırılması Burdur ili örneği. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD). 2017;4(11):95-118.
31. Mutlu HH ve Ankaralı H. Hasta şikayetlerinin aile hekimlerinin defansif tıp davranışına etkisi: İkincil mağdurlar aile hekimleri mi?. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi. 2019;24(3):237-243.
32. Ertong Attar G. Türkiye’de hekimlere yönelik şiddet: Bir temellendirilmiş kuram analizi. Sosyoloji Dergisi. 2017;37:157-178.
33. Şahin B ve Alçalı Ö. Defansif tıp kavramı ve defansif tıbbi uygulamaların hekimin hukuki sorumluluğu kapsamında değerlendirilmesi. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi. 2020;11(41).
34. Akduman C, Akduman G, Şimşek-Yüksekbilgili N ve Yüksekbiğili Z. ASM’lerde görev yapan çalışanlar üzerinde karşılaştırmalı bir tükenmişlik araştırması. 6. Uluslararası Katılımlı Aile Hekimliği Kongresi, 4-8 Kasım, Antalya, 2015.
35. Öngören B. Hekim hasta ilişkisi ve sağlık hizmetlerinde iletişim. 2017;57-69. [Internet]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/322316807_Hekim_Hasta_Iliskisi_ve_Saglik_Hizmetlerinde_Iletisim?enrichId=rgreq-8334d93e98cd5d6d0a45a8762d74a738-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMyMjMxNjgwNztBUzo1OTM0NzAyNjc4NTg5NDRAMTUxODUwNTc0NjUzOA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf, Son Erişim Tarihi: 10.02.2020.
36. Türe O. Hekimin defansif tıp uygulamalarından doğan cezai ve hukuki sorumluluğu. Terazi Hukuk Dergisi. 2017;12(127):24-31.
37. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. [Internet]. Available from: http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/h_rigths_turkce.pdf, Son Erişim Tarihi: 18.02.2020.
38. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi. [Internet]. Available from: <https://www.hayad.org.tr/lizbon-hasta-haklari-bildirgesi>, Son Erişim Tarihi: 19.02.2020.
39. Creswell UW. Nitel araştırma yöntemleri. Beş Yaklaşım göre nitel araştırma ve araştırma deseni. 4. Baskı. Editör: Bütün M, Demir SB. Eğiten Kitap, İstanbul, 2013.
40. Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y ve Şener M. Tıbbi hatalı uygulamalar. Dicle Tıp Dergisi. 2015; 2(3):394-397.
41. Aydın E. Çocuklarda aydınlatılmış onam sorunu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2003;46:148-152.
42. Vural R ve Yaman H. Aile hekimliği ve işe giriş raporları. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2016;18(3):99-101.
43. Yalçın-Balçık P ve Şahin B. Sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik analizi ve karar analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2013;16(2):121-134.

44. Baltacı D ve Kara İ H. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi: Pilot çalışma. Konuralp Tıp Dergisi. 2011;3(2):9-15.
45. Çiftçioğlu B A ve Ordun G. Hastaların hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişiminden memnuniyet düzeylerinin ölçümüne yönelik bir araştırma. Öneri Dergisi. 2010;9(34):109-118.
46. Aynacı Y. Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya, 2018.



EKLER

EK-1. SBÜ Tez Konusu Onay Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/10/2018-E.29265



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 48865165-302.14.01
Konu : Dr. Latife SARAÇ' ın Tez Konusu
Onayı

ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hastanenizde Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Latife SARAÇ' ın tez konusu uygun bulunmuş olup onay formu ve 2 (iki) adet hakem değerlendirme formu Ek'te sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ali İhsan TAŞÇI
Dekan V.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Adı Soyadı	LATİFE SARAÇ
TC Kimlik No:	
Uzmanlık Dalı(Anadal)	AİLE HEKİMLİĞİ
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SUAM

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı

Doç Dr Seçil ARICA

e-imzalıdır

Akademik Kurul Karar Tarihi:	12.10.2018
Karar No:	113 (2)
Tez Konusu:	(X) Uygundur. () Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur () Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. () Uygun değildir.

Ek:

1-Tez konusu onay formu

2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/09/2018-E.26541



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 46418926-020
Konu : Dr. Latife SARAÇ' ın Tez Konusu
Onayı Hk.

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Hastanemiz Aile Hekimliğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Latife SARAÇ' ın tez konusu ve tez danışmanı belirlenmiş olup tez konusu onay formu doldurularak ekte sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Selim Selçuk ÇOMOĞLU
SUAM Müdürü

Ek:
Tez Konusu Onay Formu

Adres: Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Kampüsü, Tıbbiye Cad. No:38 Selihiye
Telefon: 216 346 36 38 Faks: 216 346 36 40
Elektronik Ağ: <http://sbu.edu.tr>

Bilgi için: Prof. Dr. Selim Selçuk ÇOMOĞLU
Unvanı: SUAM Müdürü

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

TEZ KONUSU ONAY FORMU

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı:	LATİFE SARAC
Telefon:	0 533 4181086
E-Posta:	latife.sarac@hotmail.com
Uzmanlık Dalı:	Aile Hekimliği
Eğitim Kurumu:	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	06 Ağustos 2014
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	06 Ağustos 2020
Tez Danışmanının Adı Soyadı:	Derya Akbiyık
Telefon:	0 532 6359911
E-Posta:	deryaakbiyik@yahoo.com

1-Tez Başlığı/Konusu: Aile Hekimlerinin defansif tıp uygulamaları konusundaki tutum ve davranışları
2-Araştırma sorusu:Sözleşmeli aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları niçin çeşitli defansif tıp uygulamaları yaparlar? Defansif tıp uygulamaları hakkında farkındalık durumları nedir?
3-Araştırmanın amacı: Defansif tıp: hekimlerin herhangi bir tıbbi gereklilik olmadığı halde kendilerini korumak amacı ile hastalardan testler ve ek araştırmalar istemeleri ya da yüksek riskli hastaları muayeneden kaçınmalarını içeren tıbbi davranışlardır. Sözleşmeli aile hekimleri ve aile hekimi uzmanlarının defansif tıp uygulamaları hakkında farkındalıklarını, niçin defansif tıp uygulaması yaptıklarını anlamak ve bu konuda uygun çözümleri ortaya koyabilmek amaçlandı. Elde edilen bilgi ile aile hekimliği uygulamalarında sağlık politikalarında iyileştirme sağlanabilmesi amaçlandı.
4-Araştırma materyalleri, popülasyonu:Araştırma 01/12/2018-28/05/2019 tarihleri arasında sözleşmeli olarak çalışan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları arasında rastgele seçilecek kişilerle odak grup çalışmaları yapılacaktır. Odak grup görüşmelerinde genellikle aynı demografik özelliklere (yaş, sosyo-ekonomik düzey, meslek vb.) sahip 5-10 kişi, bir moderatör eşliğinde bir araya gelmekte ve araştırma konusu grup içinde ve kayıt altında yarı yapılandırılmış bir içerikte derinlemesine ortaya konulmaktadır. .
5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri: Dahil olma kriterleri: Araştırmaya 01/12/2018-28/05/2019 tarihleri arasında Ankara ilinde sözleşmeli aile hekimi olarak çalışıyor olmak. Hariç tutma kriterleri: Sözleşmeli aile hekimi olarak 1 yıldan az bir süredir çalışıyor olmak.
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri: Katılımcılarla birebir röportaj ya da odak grup halinde görüşmeler yapılacaktır. Yapılacak görüşmeler ve odak grup çalışmaları ile aile hekimlerinin niçin defansif tıp uygulamaları yaptıklarını ortaya koymak çözüm yolları açısından fikir sağlayacak , kişilerin bu konudaki farkındalıkları anlaşılmış olacaktır.
7-Araştırmanın türü ve tasarımı:Tez/ Nitel araştırma(odak grup çalışması veya röportaj tekniği ile)

8- Araştırma hipotezi: aile hekimleri arasında defansif tıp uygulamaları yaygındır.
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi: Kalitatif olarak sürdürülecek çalışma Ankara'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları arasından rastgele seçilen aile hekimi ve aile hekimliği uzmanlarından 2 grup oluşturulacaktır. (Her grup 5-10 kişiden oluşacaktır) Grup görüşmelerinden ortaya çıkacak verilerle daha da derinleşmek üzere 8 kişi ile röportaj tekniği kullanılacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerle görüşme sırasında yüz yüze görüşme tekniği uygulanacak, ses kayıtları alınacaktır. Araştırmacılar cevaplarının kayıt edildiğinin ve cevaplar ile alakalı gizliliğin korunacağı konusunda bilgilendirileceklerdir.
10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler: Nitel araştırma: Nitel araştırmalarda açık uçlu sorular sorularak verilen cevaplar değerlendirilir, "niçin" sorusuna cevap aranır. Bu araştırmada nitel veri analiz yöntemlerinden içerik analizi (fenomenolojik analiz) yöntemi kullanılacaktır. Kısaca içerik analizi bir kişi ya da bir grup insanın bir fenomene dair yaşamış olduğu tecrübenin anlamı, yapısı ve özünü anlamayı ve daha net hale getirmeyi amaçlar.
11-Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması: Aile hekimliği uygulamalarının başlaması ile ortaya çıkan pek çok zor durum aile hekimlerini defansif tıp uygulamalarına yöneltmiştir. Genellikle açıkca konuşulmayan pek çok konu bu şekilde geçici çözümlerle sürdürülmektedir. Aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları derinlemesine irdelenerek elde edilen bilginin aile hekimliği uygulamalarına dair sağlık politikalarını iyileştirmede yararlı olabileceği düşünülmüştür. Literatürde bu konuda çok az sayıda ve kısıtlı çalışmalar vardır.
12-Açıklamak istediğiniz diğer konular: Araştırma yapılmadan önce SBÜ Yıldırım Beyazıt Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi etik kurulunda onay alınacaktır.

26.09.2018
Tez danışmanı
Kontrol edilmiştir ve uygundur.
İmza

*Form bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

*Tez konusu onay formu tez danışmanı ve istatistik uzmanından danışmanlık alınarak uzmanlık öğrencisi tarafından doldurulduktan sonra eğitim kurumun yönetiminden uygunluk alınır. Daha sonra form anabilim dalı tez konusu değerlendirme editörüne gönderilir. Editör formu tez konusu değerlendirme hakemlerine gönderir. Hakemlerin ve editör düzeltme isteği durumunda uzmanlık öğrencisi ve tez danışmanına iade, olumlu görüşü durumunda onay için anabilim dalı başkanlığına gönderir. Anabilim dalı akademik kurulu görüşünü gerekçeleriyle beraber oluşturur ve Dekanlığa gönderir. Dekanlık sonucu uzmanlık öğrencisi ve tez danışmanına bildirir. (Kuruluş aşamasında form EBYS ile Dekanlığa gönderilmelidir.)

3. madde: Araştırmanın amacı ya da amaçları yazıldıktan sonra, amacın tanımlama, karşılaştırma, ilişkilendirme, uyum belirlemek gibi nitelermelerini belirtir.

4. madde: Araştırma materyalleri ve popülasyon tarif edilmelidir. Hastalığın tanımı, hastaların ve kontrollerin özellikleri, deney hayvanları kullanılacaksa nitelikleri tanımlanmalıdır. Bu maddede ayrıca araştırma materyallerinin nereden sağlanacağı (gönüllü hastalar veya sağlıklı insanlar, arşiv verileri, deney ortamı vb) yazılmalıdır.

6. madde: Sağ kalım, komplikasyon, laboratuvar bulgusu, hastanın geri bildirimleri veya bulguları gibi değişkenler yazılmalıdır.

7. madde: Araştırmanın türü belirtilip tasarımı yazılmalıdır. Örneğin deneysel hayvan çalışması, ilaç çalışması, deneysel ilaç dışı çalışma, randomizasyon olup olmadığı ve niteliği, kontrolü olup olmadığı, retrospektif veya prospektifliği, kesitsel, khort çalışma gibi tasarım tam olarak yazılmalıdır.

9. madde: Örneklem sayısının belirleme yöntemi ve nasıl belirlendiği yazılmalıdır.

S.B. Anabilim Dalı Dışkapı
Yıldırım Beyazıt E.A.H.
Doc. Dr. AYPAK
Aile Hekimliği Uzmanı
Dip. Tez 0618 - 13944

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı	Latife Saraç
Kurumu	SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Alanı	
	DEĞERLENDİRME
1-Tez Başlığı/Konusu:	Aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları konusundaki tutum ve davranışları (UYGUNDUR)
2-Araştırma sorusu:	(UYGUNDUR)
3-Araştırmanın amacı:	(UYGUNDUR)
4-Araştırma materyalleri, popülasyonu:	(UYGUNDUR)
5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri:	(UYGUNDUR)
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri:	(UYGUNDUR)
7-Araştırmanın türü ve tasarımı:	(UYGUNDUR)
8- Araştırma hipotezi:	(UYGUNDUR)
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi:	(UYGUNDUR)
10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler:	(UYGUNDUR)
11-Araştırmanın orijinallliği ve bilime katkısının açıklaması:	(UYGUNDUR)
12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:	Çalışmada odak grup görüşmelerinin nerede ve nasıl bir ortamda yapılacağı ve ne kadar sürenin bu görüşmelerde kullanılacağı belirtilmelidir. Buna ek olarak; odak grup görüşmeleri deneyim gerektiren bir teknik olup, kim tarafından uygulanacağı ve bu kişinin konu hakkındaki yeterliliği de belirtilmelidir.
Hakemin kararı	(.....) Tez konusu uygundur. (X) Tez konusu açıklanan eksiklikler giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (.....) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI: KURUMU: TARİH:	Tevfik Tanju YILMAZER SBÜ İzmir Tepecik SUAM Aile Hekimliği Kliniği 03.10.18

*Bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

	DEĞERLENDİRME
1-Tez Başlığı/Konusu:	Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Konusunda Tutum ve Davranışları
2-Araştırma sorusu:	Uygun
3-Araştırmanın amacı:	Uygun
4-Araştırma materyalleri, popülasyonu:	Uygun
5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri:	Uygun.
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri:	Uygun
7-Araştırmanın türü ve tasarımı:	Uygun
8- Araştırma hipotezi:	Uygun.
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi:	Uygun.
10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler:	Uygun
11-Araştırmanın orijinallliği ve bilime katkısının açıklaması:	Uygun.
12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:	
Hakemin kararı	(X) Tez konusu uygundur. (..) Tez konusu açıklanan eksiklikler giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (..) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (..) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI: KURUMU: TARİH:	Doç.Dr. Kenan Topal <i>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi</i> <i>Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu</i> 01.10.2018

EK-2. SBÜ Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onay Formu



**T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi**



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 20.01.2020
KARAR NO : 80/14

Hastanemiz Aile Hekimliğinde **Doç.Dr. Derya AKBIYIK** sorumluluğunda yapılması planlan **Dr. Latife SARAÇ** a ait “Sözleşmeli Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlarının Defansif Tıp Uygulamaları Konusundaki Tutum ve Davranışları” konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser SAYLAM
Başkan



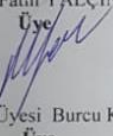
Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ
Başkan Yard.



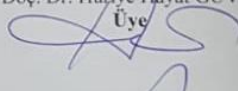
Uz. Dr. S. Dinçer YETİŞ
Üye



Prof. Dr. Fatih YALÇINKAYA
Üye



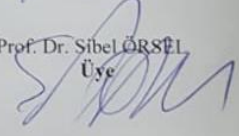
Doç. Dr. Huriye Hayat GÜVEN
Üye



Dr. Öğretim Üyesi Burcu KÜÇÜK BİÇER
Üye



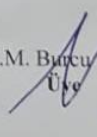
Prof. Dr. Sibel ÖRSEL
Üye



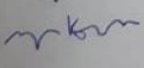
Doç. Dr. Jülide ERGİL
Üye



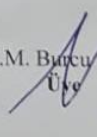
Prof. Dr. E. Pelin KELİCEN UĞUR
Üye



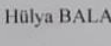
Av. Harun KOZAN
Üye



B.M.M. Burcu DEMİR
Üye



Hülya BALA
Üye



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Latife, Saraç
Doğum yeri ve tarihi : Ankara, 1969
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
Medeni durumu : Evli
Askerlik durumu : Muaf
İletişim adresi ve telefonu : latife.sarac@hotmail.com/533 418 10 86
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi

2014-... SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği SAHU Asistanı
2020- Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fitoterapi Tezli Yüksek Lisans Programı
1995 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
1986 50. Yıl Çağlayan Lisesi, İstanbul
1980 Yeniçağ İlkokulu, İstanbul

III- Ünvanları

2014-..... Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Asistan Doktor,
2010-..... Sözleşmeli Aile Hekimi
1996-2010 Pratisyen Hekim

IV- Mesleki Deneyimi

1996-1997 Çankırı Kurşunlu Merkez Sağlık Ocağı Pratisyen Hekim
1997-2002 Ankara Keçiören Ufuktepe Sağlık Ocağı Pratisyen Hekim
2002-2010 Ankara Keçiören Gümüşdere Sağlık Ocağı Pratisyen Hekim
2010-2013 Cengiz Kılıç ASM Sözleşmeli Aile Hekimi
2013- Şehit Uğur Kadir Işık ASM Sözleşmeli Aile hekimi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler

1998	Rahim İçi Araç Uygulama Eğitimi: S.B. Ankara 9 no'lu AÇSAP Merkezi
2009	6. Gazi İç Hastalıkları Günleri: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
2009	Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Programı Eğitimi: Sağlık Bakanlığı
2011-2012	AHUZEM Aile Hekimliği 2. Aşama Eğitimi: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi
2018	Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi: Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü
2019	7. Ankara Aile Hekimliği Kongresi: Ankahed