

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İZMİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GÜNEY GENEL SEKRETERLİĞİ
İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ

**T.C.S.B. İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN KADIN
HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI HEKİMLER İLE ASİSTAN
HEKİMLERİN DEFANSİF TIP UYGULAMALARI İLE İLGİLİ
GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
(AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ)**

DR. GİRAY KOLCU

**TEZ DANIŞMANI
OP. DR. İSA ÖZELMAS**

**TEZ DANIŞMAN YARDIMCISI
DOÇ. DR. KURTULUŞ ÖNGEL**

İZMİR 2013

İÇİNDEKİLER

	Sayfalar
İçindekiler	i
Teşekkürler	ii
Özet	iii
İngilizce Özet (Abstract)	iv
Tablolar Dizini	v
Kısaltmalar Dizini	vi
1. GİRİŞ.....	9
2. GENEL BİLGİLER.....	10
2.1. Tanımlar.....	10
2.1.1. Malpraktis tanımları.....	10
2.1.2. Defansif tıp uygulamaları tanımları.....	10
2.1.3. Defansif tıp uygulamaları çeşitleri.....	11
2.2. Defansif Tıp Uygulamalarının Ölçülebilirliği.....	12
2.3. Defansif Tıp Uygulamalarının Dinamikleri.....	13
2.3.1. Dava açılma korkusu.....	13
2.3.2. Defansif tıp uygulamalarında sağlık sistemi ve sağlık politikalarının rolü .15	15
2.3.3. Defansif tıp uygulamalarında medyanın rolü.....	15
2.3.4. Zayıf iletişim.....	17
2.3.5. Kahramanlık kompleksi ve mükemmel uygulama beklentisi.....	18
2.3.6. Maddi motivasyon.....	18
2.3.7. Performans sistemi.....	20
2.4. Defansif Tıp Uygulamalarını Yaygınlığı.....	20
2.5. Defansif Tıp Uygulanan Alanlar Ve Yöntemler.....	22
2.6. Defansif Tıp Uygulamalarının Hekimlere ve Hastalara Etkileri.....	23
2.7. Defansif Tıp Uygulamalarının Maliyeti İle İlgili Görüşler.....	25
2.8. Defansif Tıp Uygulamalarını Azaltmak İçin Çözüm Önerileri.....	28
2.8.1. Malpraktis Reformu.....	28
2.8.2. Haksız Muamele Reformları (Tort Reform).....	29
2.8.3. Mahkeme Dışı Dava Çözüm Yöntemleri.....	29
2.8.4. Defansif Tıp Uygulamalarını Azaltma Stratejileri.....	31
2.9. Türkiye Cumhuriyeti Hukuk Sisteminde Defansif Tıp Uygulamaları.....	32

2.10. Defansif Tıp Uygulamalarında Adli Tıp Uzmanının Rolü.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
7. KAYNAKLAR.....	60
8. EKLER.....	64



TEŞEKKÜRLER

Asistanlığımın en verimli dönemlerini birlikte geçirdiğim, tez aşamasında kliniğinin tüm imkânlarını sunarak bana çalışma ortamı sağlayan, hekimlik etik değerleri ve aile planlaması konularında bilgi ve deneyimlerini özveriyle benimle paylaşan değerli hocam Op. Dr. İsa ÖZELMAS'a ve T.E.A.H. Konak Aile Planlaması Merkezi'nin tüm çalışanlarına,

Aile hekimliği disiplininin özelliklerini fark etmemizi sağlayan, bizlere yol gösteren, tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL'e

Aile hekimliği asistanlarına destek olan, Doç. Dr. Mehmet YILDIRIM'a

Bana her zaman her konuda destek olan eşim İnci'ye,

Ve Aileme

Teşekkürler

Dr. Giray KOLCU

ÖZET

Defansif tıp uygulamaları; “Hekimin, tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları hastanın sağlığından ziyade ceza veya hukuk davalarından korunmak amacıyla kullanması” şeklinde tanımlanabilir. Bu çalışmada malpraktis davaları yönünden yüksek riskli olan kadın hastalıkları ve doğum hekimliği pratiğinde defansif tıp uygulamaları algısının yaygınlığının (prevelansının) ortaya konulması amaçlanmıştır.

Çalışma T.C.S.B. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde (T.C.S.B. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Evi) yapıldı. Verileri toplamak için 1 Ekim 2012-15 Ekim 2012 tarihleri arasında bu alanda en sık kullanılan yöntem olan yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan “Defansif Tıp Uygulamaları Anketi” uygulandı.

İlgili hastanede görev yapan, 38 uzman hekim ile 31 asistan hekim çalışma kapsamına alındı. 38 uzman hekimin 4’ü hastane yöneticisi, 3’ü izinli olduğu için çalışmadan kapsamı dışında bırakıldı. 31 uzman hekim ve 31 asistan hekimin tamamına ulaşıldı ve çalışmanın anketleri uygulandı (n:62).

Çalışmada güncel çalışmalar ile uyumlu olarak, hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp uyguladığı ve hekimlerin %24,2’sinin (n:15) çok iyi, %50’sinin (n:31) iyi, %25,8’inin (n:16) orta derecede defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşıldı.

Çalışmaya dahil edilen kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekim grubunda defansif tıp uygulamalarının yaygın olduğu tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Adli tıp, Defansif tıp uygulamaları, komplikasyon, tıbbi malpraktis, tıp hukuku.

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

SPECIALIST AND ASSISTANT GYNECOLOGISTS' VIEWS ABOUT DEFENSIVE MEDICINE, WORKING IN IZMIR AEGEAN OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL DISEASE TRAINING AND EDUCATION HOSPITAL

Abstract

The “Defensive medicine practice” can be defined as “the practice of diagnostic or therapeutic measures conducted primarily not to ensure the health of the patient, but as a safeguard against possible malpractice liability”. The aim of the study was to evaluate the prevalence of perception about defensive medicine practice in gynecologists as a very high risks group about malpractice liability. Study was performed in “Aegean Obstetric and Gynecological Disease Training and Education Hospital, in İzmir. From 1 October 2012 to 15 October 2012, we applied a questionnaire called “defensive medicine practice survey” which was made by researcher. And for data collection we used face to face interview methods, one of the most common techniques. 38 specialists and 31 assistant, were working in this hospital, were aimed to be joined survey. We could reach all 31 assistant doctor however we only could reach 31 specialist, because 4 of them were at administration duty at that time and 3 of them were on vacation. At the end 31 specialists and 31 assistant gynecologists completed the survey (n:62).

In agreement with the other recent studies, the results showed that most of the gynecologists practice defensive medicine. When we evaluated the gynecologists' tendency level to practice defensive medicine, we reached the score %24,2 and this score shows us they applied the defensive medicine at best level (n:15), the score %50 is good level (n:31) and score % 25,8 is medium level (n:16).

As a conclusion this study shows us that the defensive medicine applications are being used commonly among the gynecologists.

Keywords: Defensive Medicine, Forensic Medicine, Malpractice, Complication, Health Law.

TABLolar ve ŐEKİLLER DİZİNİ

SAYFA NO

TABLO 1. Çalışmamıza katılan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum anketine verdikleri cevapların sorulara göre dağılımı.....	41
TABLO 2. Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı.....	42
TABLO 3. Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeylerinin unvanlara göre dağılımı.....	42
TABLO 4. Defansif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyini ölçen sorulara verilen cevapların unvanlara göre dağılımı.....	43
TABLO 5. Tutum düzeyi sorularının kendi aralarındaki anlamlılık tablosu.....	43
TABLO 6. Tutum düzeyi toplam puanı ve hasta hekim ilişkisi içerisinde geçen süre ile soruların her biri arasındaki anlamlılık ilişkisi.....	44
TABLO 7. Hekim unvanı, hekim yaşı, hasta hekim ilişkisi içerisinde geçen süre, cinsiyet ve tutum soruları ile 18 anket sorusu arasında istatistiksel anlamlılık.....	45
TABLO 8. Normal α -cronbach değerleri.....	46
TABLO 9. Uygulanan anketin genel α -cronbach değeri.....	46
TABLO 10. Pozitif defansif tıp uygulamaları α -cronbach değeri.....	46
TABLO 11. Negatif defansif tıp uygulamaları α -cronbach değeri.....	47
TABLO 12. Anket sorularının planlanan faktör yüklerine göre dağılımı.....	47
TABLO 13. Anket sorularının bulunan faktör yüklerine göre dağılımı.....	48
ŞEKİL 1. Hekimlerin cinsiyet dağılımı.....	39

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AMA	: American Medical Association
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTU	: Defansif Tıp Uygulamaları
GAO	: The Government Accountability Office
JCAHO	: The Joint Commision on Accreditation of Healtycare Organizations
MPS	: Medikal Protection Society
MRI	: Magnetik rezonans görüntüleme
SPSS	: Statistical Program for Social Sciences
TCK	: Türk Ceza Kanunu
T.C.S.B.	: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
TEAH	: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TTB-UDEK	: Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu
USG	: Ultrasonografi

1. GİRİŞ

Defansif tıp uygulamaları; hekimlerin malpraktis (tıbbi uygulama hataları) davalarından korunmayı amaçladıkları tıbbi uygulamalardır. Defansif tıp uygulamalarında öncelikli amaç hastanın iyileşmesi değil dava açılmasının önüne geçmektir (1).

Defansif tıp uygulamaları tüm dünyada tartışılan bir konudur ve hekimler üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda yüksek oranlar saptanmıştır. ABD’de %79–93 oranları arasında olduğu (2), İsrail’de %60 oranında olduğu (3), Avrupa’da en sık (%80 oranı ile) İtalya’da görüldüğü (4), Japonya’da %98 (5) olduğu, ülkemizde %78,38 oranında defansif tıp uygulaması yapıldığı tespit edilmiştir (6).

Bu çalışmada ülkemizde yeni tartışılmaya başlanan bir kavram olan ‘defansif tıp uygulamaları’ kavramının teorik içeriğini derlemek ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (T.C.S.B.) İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile asistan hekimlerinin defansif tıp uygulamaları konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Defansif tıp uygulamaları kavramının ülkemizde yeni tartışılmaya başlanması ve henüz konu ile ilgili kapsamlı bir çalışmanın yapılmamış olmasından dolayı bahsi geçen konunun malpraktis davaları yönünden yüksek riskli uzmanlıklar arasında kabul edilen kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı alanında incelenmesinin değerli olabileceği kanaatine varıldı.

Çalışma sonucunda kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı pratiğinde defansif tıp uygulamaları algısının oluşup oluşmadığı, oluşmuş ise sıklığını belirlemek amaçlandı. Çalışmanın yardımı ile defansif tıp uygulamaları kavramının tartışılabileceği, kavramın içeriğinin geliştirilebileceği, defansif tıp uygulamaları, komplikasyon ve malpraktis kavramları arasındaki sınırların netleşmesinin hekimlerin mesleki davranışlarına olumlu katkı sağlayabileceği düşünüldü.

Sonuçlar doğrultusunda kavramı tüm yönleri ile ortaya koyarak toplum, hekimler ve sağlık politika belirleyicileri tarafından konunun doğru anlaşılmasını sağlamanın hekimlik pratiğinin geleceği için faydalı olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar:

2.1.1. Malpraktis (Tıbbi uygulama hataları) tanımı:

Malpraktis (Tıbbi uygulama hataları); Dünya Tabipleri Birliği'nin (The World Medical Association) 1992 yılındaki 44. genel kurulunda 'hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar' olarak tanımlanmıştır (7).

The Joint Commision on Accreditation of Healtycare Organizations (JCAHO) tarafından yapılan farklı bir tanımlamada da, "halka sağlık hizmeti verilen merkezlerde bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranmasıdır (8)" şeklinde ifade edilmektedir.

Türk Tabipleri Birliği ise malpraktisi, 2010 yılında yayınlanan Tıbbi Uygulama Hataları Bildirgesi'nde "tıbbi uygulamadaki bilgi beceri eksikliği ya da ihmal sonucu hizmet sunulan kişinin sağlığında oluşan zarar" olarak belirtmektedir (9).

Malpraktis ile sık karışan kavramlardan bir tanesi "komplikasyon"dur. Tüm tıbbi uygulamalar hastalar için çeşitli riskler içermektedir. Bu riskler, tıbbın doğasından kaynaklanmakta, bazıları hekim tarafından gerekli dikkat ve özen gösterilmiş olsa dahi kaçınılmaz nitelik taşımaktadır. Buradaki durumlar '**izin verilen risk**' kavramı çerçevesinde kaldığı müddetçe bunun adı komplikasyon (istenmeyen durum) olmaktadır.

Komplikasyon olduğu hallerde malpraktisten ve hekimin kusurundan, dolayısıyla hekimin ve idarenin sorumluluğundan söz edilemeyeceği belirtilmektedir. Fakat günümüzde komplikasyonun önlenilme düzeyi, komplikasyonun erken fark edilmemesi, komplikasyon yönetimi (komplikasyona zamanında ve uygun müdahale edilmemesi) ve komplikasyon rehabilitasyonu gibi kavramlar içerisinde hekim sorumluluğu tartışılmaktadır.

2.1.2. Defansif tıp uygulamaları tanımı:

Defansif tıp uygulamaları, açılabilir malpraktis davalarından korunma amaçlı tıbbi uygulamalardır. Bu uygulamalarda öncelikli amaç hastanın iyileşmesi değil, dava açılmasından korunmaktır. Hekimler dava açılma riskinden korunmak için gerekli olsun ya da

olmasın birçok testler, prosedürler, vizitler isterler ya da yüksek riskli hastaları reddederler (1).

Defansif tıp uygulamasının farklı bir tanımı da; “Tanı ya da tedavi ile ilgili kaynakların öncelikle hastayı iyileştirmek yerine olası malpraktis davalarından korunmak amacı için kullanılmasıdır” şeklindedir (2).

Defansif tıp uygulamaları yaygın olarak, hekimin hastanın tanı ve tedavisinden ziyade öncelikle hasta tarafından dava edilmekten korunmak için isteği tanısız testler, tedaviler ve prosedürlerdir şeklinde de ifade edilebilir (10).

Özet bir cümle ile defansif tıp uygulamaları; öncelikli olarak dava açılmasını önlemek için kanıta dayalı tıp kuralları dâhilinde yapılan tıbbi uygulama sapmalarıdır (11).

2.1.3. Defansif tıp uygulama çeşitleri:

Defansif tıp uygulamalarının iki ana formu vardır (2).

a.) Güvence davranışı (pozitif defansif tıp) (assurance behavior)

Yasal sistemin hizmet standartları tarafından kabul gören, hastaya marjinal ya da medikal yararı olmaksızın, sadece tıbbi uygulama hataları (malpraktis) davaları ile sonuçlanabilecek olumsuz olaylar için ilave hizmetler eklemektir (12).

Pozitif defansif tıp uygulayan bir kişi, olumsuz sonuçları azaltmayı amaçlar. Bunu yaparken de hastaları medikal haklarını kullanmaktan caydırmaya çalışır. Sunduğu hizmetin standart uygulamalarını dahi belgeler ile kanıtlama eğilimindedir, bunu gelecekte herhangi bir dava açılması söz konusu olduğunda davanın daha başlamadan sonuçlanabilmesi için yapar. Kişi, tıbben gerekli olmayan testler ve konsültasyonlar ister. Hastaların kontrol muayenelerini ve takiplerini arttırır. Bunların yanı sıra tıbben gerekli olmayan tedaviler (ilaçlar) önerir (12).

b.) Kaçınan tavır (negatif defansif tıp) (avoidance behavior)

Hekimlerin yasal risklerden korunmak için yaptıkları davranışlardır. Bunlar arasında; yüksek riskli prosedürler ve durumları reddetme, invaziv prosedürlerden kaçınma ve yüksek riskli hastaları operasyon listelerinden çıkarma gibi davranışlar yer alır (12).

2.2. Defansif Tıp Uygulamalarının Ölçülebilirliği:

Defansif tıp uygulamaları bir davranış kalıbı olduğu için ölçülmesi zordur. Bir ülkede hekimlerin davalardan korunma davranışları bir diğer ülkeden farklı olabilir (10). Çünkü her ülkede sağlık sisteminin hekimler üzerindeki etkisi benzer değildir. Kimi ülkelerde pozitif defansif tıp uygulamalarının sadece maliyet ile ilgili konuları ön planda olurken, kimi ülkelerde negatif defansif tıp uygulamalarının hastalara olumsuz etkileri ön plana çıkıyor olabilir. Bu davranış kalıbını tanımlayabilmek için subjektif faktörlere ilave olarak kanıt dayalı tıp uygulamaları dışındaki objektif faktörler de tanımlanmalıdır (10). Bu nedenle konunun iki yönünü de ele almak oldukça değerlidir.

Kimi araştırmacılara göre son 20 yılda sezaryen ile doğum sayılarındaki dramatik artış defansif tıp uygulamalarının en önemli kanıtıdır (13). Son yıllarda İngiliz medyasında sezaryen doğum oranlarının %22 den %22,7'ye yükseldiğinden sıkça bahsedilmektedir (14). Bu durum ihmal şikayetlerindeki artış ve buna bağlı defansif tıp uygulamalarındaki artış ile ilişkili kabul edilmektedir (14). Konuyu bu yönü ile değerlendirdiğimizde ülkemizdeki sezeryan oranları çok daha yüksektir. TNSA (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması) 1998 verilerine göre 1993-1998 yılları arasında sezeryan doğum oranı %14 iken (44), TNSA 2003 verilerine göre %21 (45), T.C.S.B. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü verilerine göre 2005 yılında %40,7 olduğu, 2011 yılında %46 ve 2012 ilk üç ayında %51,1 olduğu tespit edildi (46).

Pennsilvanya'da, Miller ve arkadaşları tarafından yapılan 2012 yılına ait "The prevalence of defensive orthopaedic imaging: a prospective practice audit in Pennsylvania." isimli çalışmada her bir kas-iskelet sistemi görüntülemesi çekim istemi için bilgisayar programına "klinik gerekli" ya da "defansif amaçlı" ibareli butonlar eklenerek (15) defansif davranış belirlenmeye çalışılmıştır (5, 12). Başka çalışmalarda ise anket formları hazırlanarak

e-posta ya da telefon aracılığı ile hekimlere ulaşılmaya çalışılmıştır. Değerlendirme aşamasında bazı çalışmalarda en az bir pozitif ve en az bir negatif defansif tıp uygulamaları sorularına cevap veren hekimler defansif tıp uyguluyor kabul edilirken (5), bazı çalışmalarda tek bir soru ile sadece gereksiz tetkik isteyen hekimler, bazılarında ise sadece ‘Defansif tıp uyguluyor musunuz?’ sorusu ile hekim defansif tıp uyguluyor kabul edilmiştir (3, 16).

Defansif tıp uygulamalarını belirlemek için çeşitli yöntemler denense de genel kabul gören yöntem yüz yüze görüşme tekniği ile anket çalışması yaparak tutum düzeyi belirlemektir. Bizim çalışmamızın dünyadaki diğer örneklerinden farkı konu ile ilgili tüm sorular sorularak konu ile ilgili tutum düzeyi üzerinden sıklığı değerlendirmektir.

2.3. Defansif Tıp Uygulamalarının Dinamikleri:

2.3.1. Dava açılma korkusu:

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) başta olmak üzere İngiltere, İspanya, Japonya, Finlandiya benzeri pek çok gelişmiş ülkede olduğu gibi Türkiye’de de tıbbi sorumlulukla ilgili davalar artmaktadır (7).

Philip K. Howard; “Toplumun dava açma merakı Amerika’da sağlık hizmeti kültürünü eriten bir asittir.” demektedir (17). Bu merak doktorun hastayı potansiyel davacı olarak görmesine ve sürekli tedirgin olmasına neden olmaktadır (2, 17). Ünlü psikiyatrist Dr. Tellefsen’e göre; her geçen gün daha fazla doktor defansif tıp uygulamalarını tartışıyor çünkü dava edilmekten korkuyorlar, Tellefsen bu durumu ‘avukat fobisi’ olarak nitelendiriyor (39).

Medikal davalar nedeni ile mesleki hareket alanı daralan hekim defansif davranışlara yöneliyor (1, 17). Medikal malpraktis dava oranları düşünülenin aksine azdır (%5-10). Açılan davaların ise yaklaşık %20-25’inde hekim ceza almaktadır (13). Doktorların bu konuda paranoid düşünce içerisinde olmamaları gerekir (13). Hekimler bir testi yapmamayı tercih

ettiklerinde, bu tercih onları savunmak için yeterlidir (13). Medikal Protection Society (MPS) avukatı Rachel Morris'e göre hekim dava edildiğinde savunma, test sayıları ile değil yaptığı işin klinik gerekçeleri üzerinden yapılır (13). En iyi korunma yöntemi hekimin klinik tercihini bilimsel olarak ifade edebilmesidir. Tercihlerinizin klinik nedenlerini hatırlayabilmek için kayıtları, hasta ile ilgili notları düzenli ve ayrıntılı tutmak önemli ve yeterlidir (13).

Defansif tıp uygulamaları dava edilme riskini azaltmanın aksine daha riskli hale getirebiliyor (13). Kravitz adlı araştırmacının çalışmasında, defansif tıp uygulamalarının dava açılma riskine etkisi malpraktis davaları analiz edilerek araştırılmıştır (40). Davalarda tanısal testlerin yeri %5'in altında ve bir doktor yılında %1,7 olarak bulunmuştur; özetle 59 yılda 1 kez doktor gerekli bir tanısal test ile dava edilmekten kurtulmaktadır (40).

Michael Jones'e göre hekimler dava açılması riskini azaltmak için her geçen gün daha fazla oranda defansif tıp uygulamakta fakat hekimler dava açılması riskini azaltmak isterken malpraktis riskini arttırmaktadırlar (13). Hastalıkların doğasında sadece şifa bulma değil, tedavi sürecinde kötüleşme ihtimali de vardır (18). En iyi tedavi ve hizmet verildiğinde dahi istenmeyen durumlar (komplikasyonlar) ortaya çıkabilir (13). Bu nedenle medikal tedavi "yüksek riskli" aktivite kabul edilir (18). Yıllar içinde medikal tedavi seçeneklerinde hızlı gelişmeler olmasına rağmen bu yüksek risk hala benzer oranda varlığını devam ettirmektedir (18). Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılındaki "tıpta yanlış uygulama" konulu duyurusunda, davaların artışına neden olarak, "tıbbi bilginin artması ve tıbbi teknolojinin gelişmesi sonucu hekimlerin geçmişte yapamadıkları bazı işlemleri yapmaya başlaması ve bu ilerlemelerin çoğunlukla ağır riskleri de içermesi" gösterilmiştir (7). Bu durum, sağlık profesyonellerini kaygılandırmaktadır (18). Bu kaygının davranışsal yansıması olarak tüm dünyada, tartışılmaya başlanan defansif tıp uygulamaları kavramı gelişmektedir (18).

Hekimler defansif tıp uygulamaları ile değil, kanıta dayalı tıp uygulamaları ile kendini mesleki olarak güvenli hissedebilir (13). Defansif tıp yerine kanıta dayalı tıp uyguladığımızda dava açılma ihtimali ve açılan davalarda haksız çıkma ihtimali azalır (13). Fakat ABD ve benzer diğer ülkelerde yasal sistem, hekimleri kanıta dayalı tıp uygulamaya davet etmemektedir (11). ABD’de jüriler ve dava duruşmaları kanıta dayalı tıp konusunda yetersizdir (11). Ülkemizde de bu konudaki alt yapının ve tıbbi bilirkişiliğin geliştirilmesi gerekmektedir.

2.3.2. Sağlık sistemi ve sağlık politikalarının rolü:

Bireylerin sağlıklı olmasında yani Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımına göre biyopsikososyal iyilik hali içinde olmasında, içinde buldukları ülkenin sağlık sistemi ve sağlık politikaları temel sorumludur. Günümüzdeki temel algı hatası bireylerin sağlıklarından hekimlerin sorumlu olduğu düşüncesidir. Oysa hekimler mevcut sağlık sisteminin uygulayıcısıdır.

İçinde bulunduğu sağlık sistemi hekime sahip çıkmalıdır. Hekim sağlık sisteminin içerisinde kaybolmamalıdır. Aksi halde hekim ile hasta sürekli karşı karşıya gelmekte sorunlar kişiselleşmektedir. Bu durumda hekim kendini yalnız hissetmekte ve savunma davranışı geliştirerek defansif tıp uygulamalarına yönelmektedir.

2.3.3. Medyanın rolü:

Medyanın sağlık sistemine etkisi tüm dünyada tartışılmaktadır. Kitle iletişim araçlarının etkin kullanımı ile olaylar her türlü amaca hizmet edecek şekilde halka ulaştırılabilir. Sağlık önemli hizmet alanlarından biri olduğu için, medyada sağlık ile ilgili haberlere sıkça rastlamak mümkündür. Özellikle ABD ve benzeri ülkelerde medyanın sağlık üzerindeki baskın rolü artmaktadır (18). Malpraktis davalarındaki artış ile birlikte ülkemizde

de ulusal ve yerel medyada malpraktis davaları ile ilgili haberlere sıkça rastlanmaktadır. Ülkemizde medya, hekimlere karşı olumsuz bir tutum içindedir ve yapılan en küçük bir hata bile “sağlık skandalı” olarak günlerce medyada yer bulabilmektedir (19). Günümüzde temel algı hatası olan “bireylerin sağlıklarından hekimlerin sorumlu olduğu” düşüncesi medya tarafından oldukça sık malzeme olarak kullanılmaktadır. Bu türden haberler medyada sürekli yer aldığında toplumun belleğinde hızla yer etmekte ve bu algı zaman içerisinde toplumsal kabul gören bir doğru olarak kabul edilmeye başlanmaktadır. Bu düşüncenin yansıması olarak hasta hekim ilişkisi kişiselleşmekte, hasta ve hasta yakınları hekimlere ve yardımcı sağlık personeline yönelik anksiyete ve agresyon geliştirmektedir.

Medical Protection Society’den Dr. Stephanie Brown; doktorların hastaları için her zaman iyi olanı istediklerini ve yaptıklarını, fakat medyanın tavrının hekimleri korkuttuğunu belirtmiştir. Çalışmalarda hekimlerin %70’inin şikâyet edilerek soruşturma geçireceği için korku duyduğu, fakat bunları sadece %7’sinin soruşturma geçirdiği de saptanmıştır (13). Bu da medya etkisi ile hekimler üzerinde oluşturulan tedirginliği göstermektedir.

Dünyaca ünlü Casebook dergisinin anketine göre, MPS üyesi sağlık profesyonelleri %70 oranında medya eleştirilerinin defansif tıp uygulamalarında önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir (13). Singapur ve Hong Kong gibi ülkelerde medyanın tıp uygulamaları için kritik eleştirileri çok daha saldırgandır (13). Tıp mesleği, bir takım özel uygulamalar içermesine rağmen ağır eleştiriler, tıp mesleğinin bazı hassas özelliklerine zarar vermektedir (13).

Dünyadaki konjonktüre benzer şekilde medya etkisi ile malpraktis kavramı ülkemizde de toplumun belleğine yerleştirilmeye çalışılacaktır. Önümüzdeki süreçte malpraktis ve defansif tıp uygulamaları ile ilgili haberlerin ülkemizdeki kitle iletişim araçlarında da sıkça yer bulmaya başlayacağını öngörebiliriz.

2.3.4. Zayıf iletişim:

Dr. Stephanie Brown, standart olmayan bir hizmet şekli olan tıbbi uygulamalarda yaşanan sorunlarda en önemli faktörün doktorlar ve hastalar arasındaki zayıf iletişim olduğuna değinmektedir (13). Brown, hekimlerin hastaların iyi sonuçlarını garanti edemeyeceklerini bu nedenle tıbbın risksiz bir alan olmadığını, fakat hasta ile doğru iletişim kurulduğunda, hasta ve hasta yakınları hastalık ile ilgili olarak doğru bilgilendirildiğinde ve yapılan işlemler uygun şekilde belgelendiğinde, dava ya da şikâyet risklerinin azalacağını belirtmektedir (13).

Uludağ A. tarafından yapılan bir çalışmada, “iletişim kökenli sorunlar hasta-sağlık personeli karşılaşmasında en önemli olgu haline gelmiştir (20). Hatta hasta-sağlık personelinin sağlık nedeniyle bir araya gelmeleri sonucunda yaşanan memnuniyetsizliklerin sadece %17,9’unun tıbbi kaynaklı olması, hastaların şikâyetlerinin en büyük nedenin (%40,4) iletişim kaynaklı sorunlar olması düşündürücüdür” denilmektedir (20).

Türkiye’de son sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir araştırmada da; tıp fakültesinden mezun olacak öğrencilerin öncelikle hasta-hekim iletişimi başta olmak üzere çeşitli klinik beceriler açısından daha geniş bir eğitim almalarının gerekliliği sonucuna varılmıştır (21).

Hasta ile hekim arasındaki ilişki kişisel bir ilişki değildir. Hekim sağlık sisteminin ve tıp biliminin uygulayıcısıdır. Hekimlik sanatı, hekimlerin kanıta dayalı tıp kuralları içerisinde hekimin kişisel özelliklerinden dolayı kullandığı iletişim varyasyonlarıdır. Hekim bu varyasyonları kullanırken aradaki iletişimi kişiselleştirdiğinde hastanın anksiyetesi ve agresyonunu üzerine çeker, bu da dava açılması için zemin hazırlamakla birlikte hekimi de defansif tıp uygulamaya yönlendirir.

2.3.5. Kahramanlık kompleksi ve mükemmel uygulama beklentisi:

Bir doktor, çok sayıda test istediğinde, ender görülen bir patolojiyi tespit edebilir. Örneğin erken dönem bir malignite veya ender görülen bir hastalığı saptayabilir (13). Bu durum, doktorun isminin toplum içinde yücelmesine ve iyi doktor olarak ün salmasına (Kahramanlık kompleksi) yol açabilir (13). Bu nedenle hekimlerin zaman zaman bu sebeple imkanları dahilinde defansif tıp uygulamalarına yöneldiği de düşünülmektedir.

Hekimlerdeki kahramanlık kompleksinin hastalar yönündeki algılanması ise “mükemmel uygulama beklentisi”dir. 2010 yılında ünlü psikolog Prof. James Reason; tıp mesleğinin icrasındaki en büyük çıkmazın, hastaların mesleğin icra edilmesi yönünde hekimden “mükemmel uygulama beklentisi” olduğunu ve bu beklenti doğrultusunda doktorların da çalışırken, mesleğin adını kötüye çıkarma korkusuna kapıldıklarını, bu nedenle defansif tıp uygulamalarına yöneldiklerini belirtmiştir (13).

2.3.6. Maddi motivasyon:

Başka bir bakış açısına göre, özel hastaların çok olduğu ülkelerde hasta-hekim ilişkisi para ile motive olduğu için defansif tıp uygulamalarının ön plana geldiğinden bahsedilmektedir. Özel bir iletişim ve hizmet şekli olan hasta hekim ilişkisinin somut bir karşılığı olmadığı için aradaki ilişkinin somut göstergesi olarak tetkikler ve tedaviler algılanmaktadır. Bu nedenle, dolaylı olarak hekimin verdiği hizmetin maddi karşılığı tetkik ve tedaviler olarak algılanmaktadır. Oluşan bu algı sapması hekimi, aldığı paranın karşılığı olarak tetkik ve tedaviye yönlendirmektedir. Bu durumun defansif tıp uygulamalarına zemin hazırladığı düşünülebilir.

Amerikan Adalet Birliği'nin 2012 yılında yayınladığı “Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Gerçekler” adlı bildiride defansif davranmanın temelinde medikal malpraktis

davalarından korunma amacı gösterilmektedir (22). Bununla beraber bazı vakalarda hastaya yardım etme isteği, bazılarında ise hekimin maddi gelir beklentisi bu davranışın nedenleri arasında yer almaktadır (22). The Government Accountability Office'e (GAO) göre doktorlar kazançlı olduğu için defansif davranmaktadır. Doktorlar bu durumu gelir arttırıcı motivasyon olarak tanımlamakta, bu nedenle ekstra testleri ve prosedürleri yüksek oranlarda istemektedirler. Florida da sağlık otoriteleri tanısai görüntüleme merkezleri ve klinik laboratuvarların, hekimlerin ek gelirleri için ilave testler istediklerini tespit etmişlerdir. Artık ABD'de federal kanunlar ile aynı testin kısa aralıklarla istenmesi yasaklanmıştır. Mello ve ekibine göre sağlık hizmeti bir "iş" olarak düşünöldüğünde defansif tıp uygulamaları kazanç getirici olarak değeriendirilebilir (22).

Çalışma analizcilerine göre defansif tabir edilen kavramın içerisinde davalardan korunmak yerine, gelir arttırmayı amaçlayan finansal dürtüler de vardır. Tulane üniversitesindeki araştırmacılar da benzer sonuçlara ulaşmıştır. Ulusal pratisyen veri bankası analizlerinde; artmış medikal dava riski ile mortalite arasında ilişki saptanmış ve doğru olmayan hastalarda defansif tıp uygulamalarının pozitif etkisinin olmadığı anlaşılmıştır (22). Özellikle hekimlerde geleneksel olarak ulaşabildikleri yakın tetkikleri isteme konusunda finansal bir davranış gözlenmiştir (22).

Amerikan Hastaneler Birliği hastaların hekim ilişkili merkezlere yönlendirilmesinin yasaklanmasını önermektedir. Birçok araştırmacıya göre hekimler getirisi olan hastaları kendi hastanelerine ya da görüntüleme merkezlerine yönlendirmektedir. Bu kişisel menfaate dayalı davranışlar sağlık hizmetine zarar vermektedir. Aynı zamanda karmaşık hastaları devlet hastanelerine yönlendirerek maliyeti arttırmakta ve devlet hastanelerini zayıflatmaktadır (22).

2.3.7. Performans sistemi:

Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) etik çalışma grubu tarafından 9 Nisan 2011 tarihinde 27 uzmanlık derneği temsilcisinin katıldığı bir alıştay düzenlenmiş olup; yayımlanan sonuç bildirgesinde hekimlerin ve hizmet alanların uygulanan sistemden kaynaklanan ve kaynaklanabilecek sorunlarına dikkat çekilmiştir. Sağlıkta Dnşim Programının bir ayağı olan, “Sağlık Kurumlarında Performans Uygulamaları Sistemi” nin, mesleki değerler ile etik ilke ve kuralların korunmasını zorlayıcı etkileri olduğu vurgulanmaktadır (23).

Hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının sağlıkta performans sistemi gereği geçimlerini temin etmek adına tıbbi endikasyon dışı ya da zorlama endikasyonlu işlem yapmaya yneltilmeleri; iyi hekimlik değerleri, hasta hakları ve hekim sorumluluğu ile bağdaşmamaktadır (23). Burada bahsi geçen zorlama endikasyon kavramı derinlemesine incelendiğinde, bu kavram hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelebileceği tehlikeli bir liman olarak değerlendirilebilir.

2.4. Defansif Tıp Uygulamalarının Yaygınlığı

Bir çok yayında, ABD’de defansif tıp uygulamalarının oldukça yaygın olduğundan bahsedilmektedir fakat sıklığı ve karakteristiği oldukça tartışmalıdır (10, 2, 12). ABD’de yapılan çalışmalarda %79–93 gibi yüksek oranlar saptanmıştır (2, 10, 12). Özellikle acil tıp, obstetrik ve diğer yüksek riskli uzmanlıklarda yaygın olduğu tespit edilmiştir (2).

Pensilvanya’da 2005 yılında yüksek riskli uzmanlar ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %93 oranında defansif tıp uyguladıkları belirtilmiştir (10, 12). Pensilvanya’da Miller ve arkadaşları tarafından yapılan 2012 yılına ait “Defansif ortopedik görüntülemenin prevelansı: Pensilvanya için prospektif pratik maliyet değerlendirmesi” isimli çalışmada

defansif görüntüleme istemleri %19,1 oranında, bu oran içerisinde magnetik rezonans görüntüleme (MRI) için defansif istem %48,7 oranında bulunmuştur ve 5 yıldan daha uzun süredir pratik yapmakta olan hekimlerin istatistiksel anlamlı olarak daha fazla defansif görüntülemelere yöneldikleri tespit edilmiştir (15). Defansif tıp uygulama sıklığının İsrail’de %60 oranında olduğu (3); Avrupa’da en sık (%80 oranı ile) İtalya’da görüldüğü çeşitli yayınlarda belirtilmektedir (4).

Defansif tıp uygulamaları sadece batı ülkelerinde görülmemektedir. Tüm dünyada örnekleri vardır. Örneğin; Hiyama ve arkadaşlarının Japonya’da yaptığı bir anket çalışmasında gastroenterologların %98 defansif tıp uyguladıkları tespit edilmiştir (5).

Olearly ve arkadaşlarının 2010 yılında tıp fakültesi 4. sınıf öğrencileri ve 3. yıl asistanlarında yaptıkları anket çalışmasında; 194 tıp fakültesi öğrencisinin 116’sının (%92) en az bir kaçınan tavır ve 43’ünün (%34) en az bir güvence davranışı uyguladığı rapor edilmiştir (41). Ankete katılan asistan doktorlardan 73’ünün (%96) en az bir güvence davranışı, 33’ünün (%43) en az bir kaçınan tavır sergilediği belirlendi (24). 121 öğrencinin 50’si (%41) ve 68 asistanın 36’sı (%53) klinik tercihlerinde dava edilebilirliğin önemli olduğunu belirtti (24). Tıp eğitim almakta olan kişilerin klinik tercihlerinde dava edilmemek için oldukça sık defansif davrandıkları rapor edildi (24).

Ülkemizde henüz defansif tıp uygulamaları ile ilgili kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır fakat tüm dünyada defansif tıp uygulamalarının sağlık sisteminin maliyetine etkilerinin tartışıldığı günümüzde; bu konunun ülkemizde de tartışılmaya başlayacağı açıkça görülmektedir.

Çeşitli çalışmalarda defansif yaklaşımın izlerine rastlamak mümkündür. Örneğin; Tümer’in “1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi

vakaların komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması” başlıklı tez çalışmasında özellikle cerrahi branşlarda mesleki tükenmişlik ve hastaya defansif yaklaşım tespit edilmiştir (25). Aynacı tarafından 2008 yılında Konya il merkezinde çalışan 762 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada ise %78,38 oranında defansif tıp uygulaması yapıldığı tespit edilmiştir (6). Konu hakkında tartışmaların devam ettiği bir ortamda çekinik tıp uygulaması hekimler tarafından açık şekilde ifade edilmektedir (26).

2.5. Defansif Tıp Uygulanan Alanlar ve Yöntemler:

Acil tıp uzmanlığı, genel cerrahi uzmanlığı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı, ortopedi uzmanlığı, beyin cerrahisi uzmanlığı, gastroenteroloji uzmanlığı ve radyoloji uzmanlığı gibi çoğu branşta defansif tıp uygulamalarının yaygın olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (5,12). Malpraktis davaları yönünden yüksek riskli kabul edilen bu uzmanlıklara ilaveten aile hekimliği uzmanlığı, psikiyatri uzmanlığı ve diş hekimliği gibi orta ve düşük riskli uzmanlıklarda da defansif tıp uygulamalarından bahsedilmektedir (6,28,38).

ABD’de en çok defansif tıp uygulanan alan %43 ile görüntüleme teknolojilerinin gereği dışında kullanımınıdır (12,15). 2008 yılında yapılan bir çalışmada Masaçusetli hekimlerde %83 oranında defansif tıp uygulamalarına rastlanmıştır. Çalışmadaki hekimlerin direkt grafi, BT (bilgisayarlı tomografi), MRI ve ultrasonografi (USG) çekimleri ile konsültasyon istemlerinde %20-30 oranları arasında defansif niyetli olduğu saptanmıştır (10, 12). Dr. Ben Paxton ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmanın sonuçlarına göre de görüntüleme ekipmanı kendilerine ait olan doktorların radyolojik incelemelerinde yüksek oranda negatif (patoloji saptanmayan) sonuç olduğu görülmüştür (27). Dr. Paxton, doktorların radyolojik görüntüleme ekipmanlarına sahip olmaları halinde yaptıkları istemlerde negatif sonuç alınma oranının %86 düzeyinde olduğunu ifade etmiştir (27). Dr. Paxton’ın sağlık sisteminin görüntüleme tetkiklerine yaptığı ödeme miktarının son 10 yılda ciddi miktarda

arttığını belirttiği çalışması defansif yaklaşımın yaygınlaşmaya başladığının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir (27).

MPS tarafından yapılan 2011 tarihli son çalışmaya göre; dört doktordan üçü (%75) davalardan korunmak için komplike prosedürlerden kaçındıklarını, bu şekilde defansif tıp uyguladıklarını belirtmişlerdir (13). İrlanda'da 450 doktor ile gerçekleştirilen bir çalışmada, dava edilme korkusundan dolayı doktorların %62'sinin daha ayrıntılı kayıtlar tuttuğu, %61'inin doğru hasta takiplerini garantiye almak için daha dikkatli olduğu tespit edilmiştir (13). Yedi ülkedeki 3000 MPS üyesine uygulanan ankette hekimlerin hangi durumlarda defansif tıp uyguladıkları, hangi şikayetler ve davalardan kaçınmak için yaptıkları sorulduğunda; %73'ü dava ve şikayetler korunmak için defansif tıp uyguladığını, %77'si eskisine göre daha defansif davrandığını, %78'i tüm tıp pratiğini etkileyecek şekilde defansif tıp uyguladığını, %41'i kesin prosedürleri kullanmak yerine davalardan ve şikayetlerden kaçınmak için özel prosedürler geliştirip uyguladıklarını, %37'si tedavi önerme alışkanlıklarında değişiklikler yaptığını, %61'i ileri incelemelere yöneldiğini, %54'ü fazladan konsültasyon istemekte olduğunu, %76'sı hasta takiplerinde dikkatli davrandığını, %83'ü daha detaylı kayıtlar tuttuğunu belirtmiştir (13).

2.6. Defansif Tıp Uygulamalarının Hekimlere ve Hastalara Etkileri:

Hekimlerin onam alma, belgeleri düzenli tutma, hasta ile daha ilgili iletişim kurma gibi tutumlarındaki artış; çekinik (defansif) tıp uygulaması bağlamında görülebilse de tıp etiği ve hasta hakları açısından olumlu bir gelişmenin göstergesi olarak değerlendirilebilir (25).

Bazı yazarlara göre defansif tıp uygulamaları gereksiz bir korunma davranışı değildir çünkü hekime hastadan daha fazla ekonomik ve psikolojik yarar sağlamaktadır (10, 22).

Hekimlerin maddi ve manevi kayıplar yaşadığı bir çalışma ortamında defansif tıp uygulamalarına yönelmeleri doğal bir davranıştır.

Dr. Janet Page'e göre invaziv testlerin kendi riskleri vardır, bu nedenle hekimler testleri isterken doğru değerlendirmeler yapmalıdır (13). Budetti'ye göre defansif tıp uygulamalarındaki en büyük ironi davalardan korunmak için defansif davranırken malpraktis dava riskini arttıracak gereksiz tedaviler ve invaziv girişimler yapmaktır (43).

ABD'de yapılan bir çalışmada, görüntüleme yöntemlerinin son dönem kanser vakalarında sadece başka bir kanserden ölmeme konusunda yardımcı olduğunu göstermiştir (13). Özellikle BT çekimlerinin defansif tıp uygulamaları maliyetinin dışında başka riskleri de vardır; örneğin kanserlerin %1,5-2'sine BT çekimlerinin neden olduğu düşünülmektedir (13). Archives of Internal Medicine dergisinin editörü Dr. Rita Redberg fazla hizmetin gerekli ve iyi hizmet anlamına gelmediğine değinmiştir. Hatta bu amaçla yapılan hizmetten dolayı hastanın zarar görebileceğini, örneğin düşük riskli bir hastada koroner kalsiyum için elektron çekirdekli BT çekirtmenin, kanserojen radyasyon etkisiyle istenmeyen sonuçlar doğurabileceği belirtilmiştir (17).

Bir yandan sağlık sistemi hizmetin maliyetini düşürmek için hekimlere baskı uygularken diğer yandan malpraktis dava baskısı altında ezilen hekimler önemli kararlar verme konusunda tereddütlü davranışlar sergilemektedir (17). Hekimler, hastanın iyiliği ile dava riski arasında bocalarken, defansif tıp uygulamalarının da hastaları çeşitli risklere attığı düşünülmektedir (1, 2, 13, 28). Bu fenomen iyi klinik tanı üzerine dikkat edilmesini engellemektedir (13). Bunun yerine 'tipbox medicine' (kutucuk işaretlenen) ön plana çıkmaktadır (13). Fakat bu durum hastaları riskli prosedürlerin içine atmaktadır (13). Yayınlarla göre her yıl yaklaşık 44.000 Amerikan vatandaşı, işe yaramaz prosedürler ve tanıları yüzünden hastanelerde ölmektedir (17). Aynı zamanda sağlık harcamalarının gereksiz yere

artmasının yanı sıra; özellikle Ortopedi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Beyin ve Sinir Cerrahisi gibi görece yüksek riskli uzmanlıklara başvuran hastaların hizmete erişimini engelleyen bir durum ortaya çıkmaktadır (29).

Geleneksel medikal malpraktis reformları hekimler üzerinde baskı oluşturmak (defansif tıp uygulatmaya yöneltmek) ile hastalık tanı ve tedavisini atlamaktan öte bir sonuca yol açmamaktadır (10, 14). Ayrıca dava açılmasının zaman kaybı, duygusal enerjinin azalması, isme gelen zarar gibi manevi bedelleri de vardır (13).

2.7. Defansif Tıp Uygulamalarının Maliyeti ile İlgili Görüşler:

Modern sağlık sistemi içindeki tüm unsurlar içinde olduğu sisteme katkısını artırma dürtüsü içindedir. Sağlık hizmetleri planlanırken oluşan maliyetler bu unsurlar arasında paylaşılır. Maliyet artışı dezavantaj olarak değerlendirildiği için sistemin içindeki unsurlar maliyetlerini diğerleri üzerine atma eğilimindedir (30). Yeni tartışılmaya başlanan defansif tıp uygulamaları da bu unsurlar arasındadır.

Defansif tıp uygulamalarının maliyete etkisi ile ilgili çeşitli fikirler vardır. Bazı yayınlara göre hekimlerin defansif amaçla istedikleri testlerin maliyetleri göze batacak şekilde yükselmeye başlamıştır (10). Hatta defansif tıp uygulamalarının sadece hizmet içerisindeki payını değil, sağlık hizmeti toplam maliyetini de arttırdığı düşünülmektedir (1, 10). MPS'nin çalışmasında, bazı ülkelerdeki defansif tıp uygulamalarının, tüm sağlık hizmet maliyetleri içerisinde %5-9 arasındaki oranlarda olduğu saptandı (13). Pensilvanya'da Miller ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen çalışmada, defansif ortopedik görüntülemelerin toplam maliyeti 2009 yılı tıbbi ödemeleri toplamına oranlanmış ve %34,7 gibi yüksek bir sonuç elde edilmiştir (15). ABD bütçe analiz uzmanlarına göre doktorların dava edilmekten korunmak için istedikleri gereksiz testlerinden dolayı, ABD bütçesine yılda 5,4 milyar dolar ek yük

gelmektedir (15). Amerikan Sağlık Birliği'ne göre ise defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetine maliyeti yılda 84 milyar dolar civarındadır (15). ABD genelinde defansif medikal yaklaşımdan doğan sonuçlar konusunda yapılan başka bir çalışmada da, bu uygulamaların ABD bütçesine yükünün yaklaşık olarak 37 milyar dolar olduğu ve genel harcamaların yaklaşık %14'üne denk geldiği belirtilmiştir (31). ABD çapında 180.000 sezeryan vakasının defansif güdüler nedeni ile yapıldığı düşünülmektedir (31).

Haksız muamele reformu savunucularına göre de defansif tıp sağlık hizmetinin maliyetini arttırmaktadır (22). Gawande; Teksas bölgesinde sağlık hizmetlerinin maliyetinin fazlalığı ile ilgili yaptığı çalışmalarda, prosedürler ve teknoloji kullanımının maliyete etkisinin diğer faktörlere göre daha fazla olduğunu tanımlamış; Teksas'taki büyük malpraktis reformuna rağmen bu aşırı harcamaların devam ettiğini not etmiştir (10). Eğer doktorlar davalardan korunmak için defansif davranıyor ve ekstra testler istiyorsa ve eğer sağlık hizmetinin maliyet artışından defansif tıp tümüyle sorumluysa; ülkelerin haksız muamele reformları ile doktorların dava edilmesini sınırlandırmasından sonra bu maliyetlerin davaların sınırlandırılmadığı ülkelere göre anlamlı derecede azalması beklenirdi (22).

Medikal malpraktis prosedürlerinin ekonomik ve ekonomik olmayan maliyetleri hesaba katıldığında, sigorta harcamalarının ciddi bir payının defansif tıp ile yakında ilişkili olduğu düşünülmektedir (31). Defansif tıp uygulamaları ile mesleki sorumluluk sigorta şirketleri ve sigorta primleri arasında kuvvetli bir korelasyon vardır (12). Dartmouth kolej araştırmacılarına göre defansif tıp uygulamalarının hizmete az bir maliyeti olduğu düşünülürken, malpraktis sigorta primlerinin hizmete etkisi ortadadır (22). Özellikle yüksek sigorta primleri ödeyen kesimlerde maliyette artma, teknik kullanımda israf ve hizmetin kalitesinde önemli azalmalar görülmektedir (12). Sigorta şirketleri, maliyet kontrolü için

geliştirilen sistemik stratejilerde hekimlerin mutlaka olması konusunda çokça deklarasyonlar yayınlamaktadır (10).

Hesaplama yöntemleri ve tanımlamalardaki değişiklikler ile hizmetin maliyeti ile ilgili değişik sonuçlara ulaşılabilmektedir. Kessler ve Mc Cellan yaptıkları çalışmalarda haksız muamele yasası reformları ile %10 oranında koruyucu sağlık hizmeti maliyetlerinde azalma olduğunu göstermişlerdir (41). Avraham, Dafny ve Schanzenbach isimli araştırmacılar yakın tarihli bir çalışmalarında sonuçları yeniden değerlendirdiklerinde, Kessler ve McCellan'ın 2002 tarihli bulgularını tüm sağlık hizmeti maliyeti içinde hesapladıklarında maliyetin oldukça küçük bir yer aldığını saptamışlardır (42).

Politika analizcileri malpraktis reformunun da etkileri ile defansif tıp uygulamalarının fazla bir maliyet getirmediğini savunmaktadır ve defansif tıp uygulamalarının maliyetinin hesaplanması konusunda başka bir yol üzerine odaklanmışlardır (10). Özellikle malpraktis davalarının toplam maliyeti içine tüm sigorta primlerini ilave ettiklerinde, tüm malpraktis davalarının toplam koruyucu sağlık hizmeti maliyeti içindeki yerinin %1,5 olduğu görülür (10). GAO'ya göre defansif tıp uygulamalarının maliyete etkisi gerçekçi olarak ölçülebilir değildir (22). Bu nedenle tüm sağlık sisteminin maliyetine genellenemez (22). Yine GAO'ya göre American Medical Association (AMA) ve diğer kuruluşlar defansif tıp uygulamalarının az da olsa etki edebileceğini fakat ölçmenin mümkün olmadığını belirtmişlerdir (22).

Orijinal adı 'Defensive medicine, cost containment, and reform' olan makalede, yeni kanıtlar sağlık hizmetinin maliyetinde defansif tıp uygulamalarının önemsiz bir yere sahip olduğunu göstermektedir. Birçok sağlık politikası analizcisi tarafından savunulan ortak görüşe göre, malpraktis maliyetlerinin toplam maliyete katkısı oldukça azdır. Bu yüzden malpraktis reformu maliyetleri azaltma amacına hizmet etmemektedir (10).

Amerikan kongre bütçe analizcilerine göre defansif tıp uygulamalarının maliyet arttırıcı etkisi kanıtlanmış değildir (22). Analizcilere göre temel problemlerden biri hekimlerin sorumlulukları konusundaki ilgisizlikleridir (10). Hekimler sigorta primleri arttıkça sigorta poliçelerini imzalamak yerine davacıları, avukatları ve jüriyi suçlamaktadırlar (10). Periyodik malpraktis krizlerinin oluşmasında malpraktis sigorta primlerindeki ani artışların önemli rolü olduğu ve bu durumun sigorta pazarındaki döngüsel değişiklikler ile yakın ilişkili olduğu düşünülmektedir. Krizler nadiren haksız muamele davalarının sayısındaki artıştan ya da önemli jüri kararlarından kaynaklanmaktadır. Bu krizlerin gerçek nedenini anlayan politika analizcileri defansif tıp uygulamalarının maliyeti ile ilgili indirim yalanları söylemektedir. Herhangi bir kriz başlangıcı hissedildiğinde genelde bu tartışmalar da başlamaktadır. Bu tabloya göre değerlendirdiğimizde defansif tıp maliyetlerinin önemsenmemesi gerektiği düşünülebilir ve genelde sağlık hizmeti maliyetlerine malpraktisin etkisinin önemsenmeyecek kadar az olduğu fikrini kanıtlar niteliktedir (10).

Ülkemizde de sağlık hizmeti maliyeti ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmaktadır (37). Fakat henüz sağlık hizmeti maliyet nedenleri arasında defansif tıp uygulamaları anılmamaktadır. Tüm dünyada yoğun olarak tartışılan “sağlık hizmeti maliyet nedenleri” içerisinde defansif tıp uygulamalarının ülkemizde de gündeme geleceğini öngörebiliriz.

2.8. Defansif Tıp Uygulamalarını Azaltmak İçin Çözüm Önerileri:

2.8.1. Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis) Reformu:

ABD’de tıbbi uygulama hataları (malpraktis) reformu ile maliyet azaltma arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Malpraktis reformları gereklidir, fakat medikal maliyeti sınırlandırma konusunda yetersizdir. Geleneksel tıbbi uygulama hataları reformları hekimler

üzerinde baskı oluşturmak ile hastalık tanı ve tedavi atlamaktan öte bir sonuca yol açmamaktadır (10).

2.8.2. Haksız Muamele Reformları (Tort Reform):

ABD'deki politika uygulayıcılarının vatandaşların sağlık sigortasını iyileştirmeye yönelik çabaları vardır (17). Bu amaçla vatandaşların haklarını gözetmek için haksız muamele reformları geliştirilmiştir. Haksız muamele yasası kısa vadede sağlık hizmeti maliyetlerini düşük oranda azalmayı başarmıştır (10, 17). Fakat uzun vadede sonuç değişmemiştir. Hekimlerin dava edilme korkusu ile yaptıkları eylemlerinden dolayı her yıl milyarlarca dolar harcanmaya devam etmiştir (17).

Haksız muamele sistemi (tort system), eksik bilirkişilik ve uyum sağlamadaki yavaşlık nedeni ile problemleri çözebilecek bilişsel yetilere henüz sahip değildir (30).

Yine de bu reformlar, koruyucu sağlık hizmetinin maliyet olarak önemli bir bölümünü oluşturan ödeme ve dağıtım konusunun küçük bir parçası olarak, hekimleri, tıp uygulamalarında küçük bazı değişiklikleri yapma konusunda ikna etmek için gerekli olabilir (10).

2.8.3. Mahkeme Dışı Dava Çözüm Yöntemleri:

“Medikal Malpraktis: İtalya Deneyimi” isimli makalede defansif tıp uygulamalarını ve buna bağlı maliyetleri azaltmak için mahkeme dışı çözüm reformları geliştirilebileceğine değinilmektedir (4).

İskandinav ülkeleri ve Yeni Zelanda'da hâlihazırda yürürlükte olan kusursuz (no-fault) kompensasyon sistemi, soruna bir çözüm önerisi olarak sunulabilir (4). Bu sistemi 1975 yılında ilk kuran ülke İsveç'tir (4). Hasta sigorta fonu ilçe vergilerinden, özel çalışan

hekimlerden, diş hekimlerinden ve psikoterapistlerden toplanmaktadır. İsveç'te sağlık hizmetinden dolayı zarar gördüğüne inanan hasta, tüm hastaneler ve kliniklerde bulunan standart formları doldurur. İlk olayda hekim zarar ile ilgili rapor hazırlar. Bu rapor son karar için mahkeme konsey üyesi olarak seçilmiş uzman doktora gönderilir. Sonrasında hakim zarar ile tedavi arasında neden-sonuç ilişkisi olup olmadığını belirlemeye çalışır. İlişki yok ise tedavi tıbbi olarak temize çıkmıştır. Bu sonuç tartışma götürmezdir. Eğer zarar ile tedavi arasında neden-sonuç ilişkisi varsa davacı sistemi kompanse etmiş olur. Konu tartışılabilir hale gelir.

İtalya'da tıbbi davalar ile ilgilenen hakem heyeti vardır. Heyet bağımsız gönüllülerden oluşur. En az bir adli tıp uzmanı ve çeşitli klinik branş uzmanları bulunur. Bu heyet Alman adli tecrübesinden esinlenmiştir. Almanya'da 1970'lerde hakem heyetleri kurulmuştur. Bu heyetler malpraktis davalarını mahkeme dışı değerlendirerek hızlı sonuçlandırmayı amaçlamıştır. Heyetler hasta ve hekime birbirlerini anlama konusunda yardımcı olmuş ve hekimlerin davranışlarında olumlu değişiklikler yapmıştır. Heyetlerin vakaları yıllar içerisinde artmış ve %90 civarında vaka bu sistem ile çözülmüştür.

Defansif tıp uygulamaları modern dünyada sürekli tartışılacak bir konudur. Çünkü medikolegal sistem hiçbir zaman hekimi şikâyet ve davalardan tümüyle korumayacak, bu nedenle doktorlar her zaman dava edilebilir konumda olacaktır. Davalar ile ilgili en değerli veri hekimin genel tıp bilgisi dâhilinde verdiği karardır (13). Hekim kararını mantıklı ve bilimsel olarak açıklayabildiğinde, dava hangi konuda açılırsa açılсын sonuç hekimin lehine olacaktır (13). Üzücü olan artık hekimlerin hastalara iki gözleri yerine tek gözle baktıkları gerçeğidir, çünkü diğer gözleri kanunlarda ve mahkemelerdedir (14). Alternatif fikir ise hukuk sistemlerinde köklü değişikliğe gerek olmadan kolayca uygulanabilen reformlar ile mahkeme dışı dava çözülmesi yöntemidir (4).

Sağlık sistemi içinde bir çok unsur varken sadece hekimlerin ön plana koyularak tüm sorumluluğun hekimlere yüklendiği bir ortamda defansif tıp uygulamalarının gelişmesinin önüne geçmek oldukça zordur.

Sağlık sektörü oldukça dikkat çekici bir pazardır (30). Sağlık hizmeti birlikleri tarafından hazırlanan kılavuzlar sağlık endüstrisinin diğer üyeleri tarafından tahrip edilmektedir (30). Sağlık sisteminin tüm unsurları analiz edilmelidir. Klinik uygulama kılavuzları defansif tıp uygulamalarının azaltılması için aranan çözüme yardımcı olabilir (30). Kılavuzlar uygun şekilde hazırlanırsa mahkemelerde kaynak olarak kabul edilebilir (30).

Ayrıca halkı ve hükümetleri defansif tıp uygulamasının çeşitli yönleri ve etkileri konusunda uyarmak gereklidir (19).

2.8.4 Defansif Tıp Uygulamalarını Azaltma Stratejileri:

- Hastalar ile etkili iletişim kurun, ne yaptığınızı ve neden yaptığınızı açıklayın,
- Takip ve kontroller için sağlam bir sistem kurun,
- Risk konusunda açık olun,
- Ortalama bir hizmet ve uygulama standardı belirleyin,
- Sadece klinik öykü ve muayene ile ilişkili tetkikler isteyin,
- Zor olguları meslektaşlarınız ile tartışın veya birlikte değerlendirin,
- Açık, düzenli ve ayrıntılı belgeler düzenleyin,
- Bir test istediğinizde sonucunun hastalık için gereğini ve hastalık sürecine katkısını değerlendirin,
- Öğrenmeniz gerekenleri tanımlayın (iyi bir öğretici edinin),
- Kurslara gidin ya da bağımsız çalışmalara zaman ayırın (13).

2.9. Türkiye Cumhuriyeti Hukuk Sisteminde Defansif Tıp Uygulamaları:

Ülkemizde tıbbi işlemler sırasında neden oldukları yaralanma ve ölüme sebebiyet durumlarında hekimler hakkında özel yaptırım gerektiren bir kanun henüz yoktur (36).

Malpraktis yasa tasarısı tartışılmakla birlikte henüz yürürlüğe girmemiştir. Genel olarak, bu konuda Türk Ceza Kanunu (TCK) 85 ve 89. maddeleri kullanılmaktadır. Bu maddelerde, taksirle bir insanın ölümüne veya yaralanmasına neden olan kişiler hakkındaki cezai yaptırımlar belirtilmektedir. Ancak uygulamada az da olsa olası kasıt, ihmal suretiyle kasten öldürme şeklinde dava açılan olgular da mevcuttur (36).

Yakın zamana kadar 1219 sayılı yasa uyarınca sağlık çalışanları Ceza Mahkemelerinde yargılanırsa mutlaka Yüksek Sağlık Şurası'nın görüşüne başvurulması zorunluydu (madde 75). Ancak Anayasa Mahkemesi, 03.06.2010 tarihinde yaptığı incelemede, tıbbi hata iddiasına bağlı olarak sağlık personeli aleyhine açılan ceza davalarında Yüksek Sağlık Şurası'ndan görüş alınma zorunluluğu getiren 1219 sayılı yasanın 75. maddesini anayasaya aykırı bularak iptal etmiştir. Bu değişiklik yargılama sürecini hızlandıracak niteliktedir (36).

Yeni TCK'da yer alan ve hekim hatası durumunda uygulanacak olan ceza oranları incelendiği zaman, bu oranların kabul edilemeyecek derecede yüksek olduğu görülmektedir (32). Riskler ile dolu bir alan olan hekimlik mesleğinde, hekimlerin risk almaktan çekinecekleri bir ortam yaratılmasından kaynaklı ve hekimleri tedirgin eden maddeler nedeniyle, hekimlerde defansif tıp eğilimi gelişebileceğinden korkulmaktadır (32).

2.10. Defansif Tıp Uygulamalarında Adli Tıp Uzmanının Rolü:

Adli tıp uzmanı tıp ile hukuk sistemi arasında bir mediatör gibi durmak durumundadır. İki disiplin arasındaki iletişimin düzenlenmesinde adli tıp uzmanları oldukça önemli bir yere sahiptir (18). Adli tıp uzmanlarının; hekimleri, hastaları ve adli makamları bilgilendirmek, bilirkişilik yapmak gibi görevleri de vardır. Adli tıp uzmanı hekimi ve hastayı anlayabilmeli, objektif değerlendirmeli, görüşlerini mahkemeye bu doğrultuda sunmalıdır. Hekimlerin ve hataların malpraktis ve defansif tıp uygulamaları ile ilgili konularda adli tıp uzmanlarına ve sağlık hukuk alanında çalışmış aktif savunma yapabilen deneyimli avukatlara ihtiyacı vardır.

3. MATERYAL VE METOD

Çalışmanın; malpraktis davaları yönünden riskli olan, bu nedenle defansif tıp uygulamalarına yönelmesi muhtemel olan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığı yapan hekimler ve bu alanda eğitim alan asistan hekimler üzerinde gerçekleştirilmesi planlandı. Bu hekimlerin defansif tıp uygulamaları gerçekleştirip gerçekleştirmediklerini, gerçekleştiriliyor ise bu uygulamaların ne sıklıkta gerçekleştirildiğini ve hangi muhtemel etkenlerle ilişkili olduğunu tespit için bu alanda en sık kullanılmış yöntem olan yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulayarak veri toplama tekniğinin kullanılması tercih edildi. Bu amaçla anket uygulama ve soru hazırlama teknikleri araştırılarak incelendi (33, 4). Çalışma kesitsel, tanımlayıcı bir anket çalışması şeklinde gerçekleştirildi.

Hekimlerin yaş, hasta hekim ilişkisi içerisinde geçirdiği süre, cinsiyet ve görev unvanlarını sorgulayan (uzman doktor veya asistan doktor) sosyodemografik profil soruları hazırlandı. Hastane ortamında çalışan ve doğrudan hasta hekim ilişkisi içerisinde olan uzman ve asistan hekimlerin defansif tıp uygulamalarını ölçmek ve değerlendirmek için literatürlerde belirtilen ve çalışmalarda kullanılan sorular ülkemiz şartlarına göre derlendi.

Hekimlerin defansif tıp uygulamalarının sorgulanması için 1. ve 13. Sorular arasındaki tüm sorular “hukuki sorunlardan korunmak amacı ile” ön cümlesi ile başlatıldı.

Pozitif defansif tıp uygulamalarını sorgulayan sorular; “gerekli gördükleri dışında tetkik isteme” (soru no:1), “endikasyonları dahilinde yazabileceği ilaçların çoğunu yazma”(soru no:2), “komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon isteme” (soru no:3), “endikasyon dışı nedenler ile hasta yatırma” (soru no:4), “görüntüleme tekniklerinin daha sık kullanılması” (soru no:5), “tıbbi uygulamaların daha detaylı açıklanması” (soru no:6), “hastalara daha fazla zaman ayırma” (soru no:7), “kayıtların daha detaylı tutulması” (soru

no:8), “aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verilmesi” (soru no:9) olarak belirlendi. Pozitif defansif tıp uygulamalarını değerlendirme amacı ile 9 adet soru oluşturuldu.

Negatif defansif tıp sorgulaması için sorular; “dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınma” (soru no:10), “kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınma” (soru no:11), “komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçınma” (soru no:12), “invaziv prosedürler yerine invazif olmayan prosedürleri tercih etmeye yönelme” (soru no:13) olarak belirlendi. Negatif defansif tıp uygulamalarını değerlendirme amacı ile 4 adet soru oluşturuldu.

Defansif tıp uygulamalarını değerlendirecek soruların yanında yine literatürlerde kullanılan ve bu uygulamalarla ilişki gösterip göstermediğini araştırmak için objektif ve subjektif etkenleri değerlendirecek sorular ülkemiz şartlarına göre derlendi. Bu amaçla “malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedip hissetmediği” (soru no:14), objektif etkenleri değerlendirmek için “malpraktis davası açılıp açılmadığı” (soru no:15), subjektif etkenleri sorgulamak için “malpraktis davasının hekimlik performansına etkisi” (soru no:16), “defansif tıbbı daha önce duyup duymadıklarını” (soru no:17) , “duyanların da içeriğini bilip bilmediklerini” (soru no:18) sorgulayan 5 adet soru soruldu.

Toplamda 18 soru ile defansif tıp uygulamaları konusu değerlendirilmeye çalışıldı. Negatif defansif tıp uygulamalarını değerlendirecek sorular arka arkaya gelmeyecek şekilde sıralandı.

Literatürde riskli hastaları sevk etme uygulamalarını sorgulayacak sorulara da rastlandı fakat çalışmamız kapsamındaki hastanenin 3. basamak sağlık kuruluşu olması nedeniyle bu soru ankete dâhil edilmedi.

Çeşitli çalışmalarda hekimin malpraktis davaları için sigorta yaptırap yaptırmadığını sorgulayan sorulara da rastlandı fakat Türkiye’de 21/07/2010 tarihli 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 8. maddesiyle, doktorlara mesleki sorumluluk sigortası yaptırma zorunluluğu getirildiği için (34) “mesleki sorumluluk sigortası” sorusu ve henüz defansif tıp uygulamaları konusu ülkemizde çok yeni olduğundan literatürde sıkça rastlanan “defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetine maliyeti” ile ilgili sorular ankete dâhil edilmedi.

Soruların şıklarının düzenlenmesinde Likert tipi durum ölçer şıklar kullanıldı (35). Tutum ölçen 14 soru için her biri %20’lik grupları ifade eden tamamen katılıyorum, çok katılıyorum, orta derecede katılıyorum, az katılıyorum, hiç katılmıyorum ifadeleri kullanıldı. Bu ifadelere tamamen katılıyorum (5 puan), çok katılıyorum (4 puan), orta derecede katılıyorum (3 puan), az katılıyorum (2 puan), hiç katılmıyorum (1 puan) şeklinde puan verilerek her bir hekim için toplam puanlar belirlendi. Toplam puanlar, çok iyi (70-56 puan), iyi (55-42 puan), orta (41-28 puan), kötü (14-27 puan) olarak sınıflanarak hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeyi belirlenmeye çalışıldı.

Bilgi düzeyini ölçen 15, 16, 17, 18 numaralı sorular için ise %50’lik grupları ifade eden evet-hayır şıkları kullanıldı.

İstatistiksel analizlerde öncelikler yüzde dağılımlar hesaplanarak tabloları oluşturuldu, sonrasında sayısal olmayan değerler için çapraz tablolarda ki-kare testi kullanılarak p ve d (Somer’s) değerleri hesaplandı, sayısal değerler için anova ve anova tablosunda anlamlı olanlarda somer’s d değerleri hesaplanarak analiz tablolarında gösterildi. Literatürlerde (24, 25) olduğu gibi ki-kare testi için $p < 0,05$ olması anlamlı olarak kabul edildi.

Hazırladığımız anket soruları ile hedef alanımızdaki 5 pratisyen, 5 uzman ve 5 öğretim üyesi olmak üzere toplam 15 hekimde pretest amaçlı anket uygulaması gerçekleştirildi. Bu pretest amaçlı anket uygulamalarında yanıtlama süreleri uygulayıcılardan habersiz ölçülerek ortalama yanıtlama süresi 5 dakika olarak hesaplandı. 15 hekimle gerçekleştirilen kognitif posttest görüşmeleri yapıldı. Uygulayıcıların görüşleri doğrultusunda sorular yeniden düzenlendi. Anket uygulamaları sırasında bu ekleden başka herhangi bir ekleme, çıkarma veya düzeltme ihtiyacı oluşmadı.

Anketimizin hedef alanı; defansif tıp uygulamalarına neden olacak etkilenmelerin erken değerlendirilebileceği ileri basamak sağlık hizmetleri sunan hekimler olarak belirlendi. Bu amaçla anketin İzmir il merkezinde bulunan T.C.S.B İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması hedeflendi. İlgili hastane, İzmir ilinin Yenisehir bölgesinde yer almakta ve çoğunlukla sosyoekonomik düzeyi düşük hasta profiline hizmet vermektedir. Hasta hekim ilişkisinin doğası nedeni ile çalışmadan elde edilen veriler tüm İzmir ilindeki hekimlerin davranışlarını yansıtmamaktadır.

Çalışmamızın kapsamı ve hazırladığımız anket soruları için T.C.S.B İzmir Ege Doğumevi Ve Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığına müracaat edilerek 16.02.2012 tarih 2012/2 sayılı karar ile “etik kurul uygun onayı” ve ‘Eğitim Planlama Ve Koordinasyon Kurulu kararı’ alındı. Bu karar sonrasında hastanelerde hasta hekim ilişkisi yaşayan hekimlerle gönüllülük esasına dayalı birebir görüşme tekniği ile anket yapılmasına başlandı.

Hedef kitle seçilen branş, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı olarak belirlendi. Yan dal branşları kendi ana dal branşı içinde değerlendirildi.

Doğrudan hasta hekim ilişkisi yaşamayan veya branşı hedef alanımıza girdiği halde hastanede yönetici olarak görev yapması nedeniyle direk hasta hekim ilişkisi yaşamayan hekimler çalışmaya dâhil edilmedi.

Bu kapsamda hastanenin personel şubesinden, hedef alanımızdaki tüm uzman ve asistan hekimlerin isim listeleri alındı. Hedef alanımızda olan 38 uzman hekim 31 asistan hekim ismi bildirildi. 38 uzman hekimin 4'ü hastane yöneticisi, 3'ü izinli olduğu için çalışmaya alınmadı, 31 uzman hekim ve 31 asistan hekimin tamamına ulaşıldı ve çalışmanın anketleri uygulandı.

Profesyonel anketörlük kuralları kapsamında etkili tanışma, anket hakkında kısa bilgi aktarımının yapıldığı ilk sunumun önemi, uygun ortamın yakalanması, ortalama süre bildirim, gönüllülük bildirim, pozitif kişisel iletişim tekniklerinin kullanılması, tarafsızlık, yönlendirmeme, yorum yapmama, toplu görüşmeler yapmama, problemleri soru veya şikâyet tespiti yapıldı. Problemlerin ve tüm tepkilerin proje yöneticisine günlük rapor ile geri bildirim, proje yöneticisi ile yürütücüsünün periyodik toplantılar düzenlemesi gibi uygulama disiplinlerine titizlikle uyuldu. Bu profesyonel anketörlük kurallarının tüm görüşmelerde aynı standartta uygulanması için çalışmada tek bir anketör kullanılmasına karar verilerek, tüm anket görüşmeleri tezin yürütücüsü tarafından gerçekleştirildi.

Anket görüşmelerimizin tamamı 1 Ekim 2012-15 Ekim 2012 tarihleri arasında yapıldı. Bu zaman dilimi içinde ve hemen öncesinde İzmir ilinde hekimlerin uygulamalarını anlık etkileyecek hekimler ile ilgili bir olay yaşanmadı. Ülke çapında hekimlerin defansif tıp uygulamalarını objektif olarak ölçmemizi zorlaştıracak sansasyonel yönetmelik veya kanun değişikliği gerçekleştirilmedi. 1 Haziran 2005 tarihinde hekimleri de ilgilendiren düzenlemelerle yürürlüğe giren yeni TCK sonrası defansif tıp uygulamalarının ölçümü için

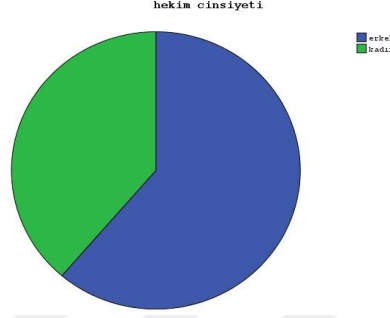
yeterli zamanın geçmiř olduėu dūřunūldū. Tūm bu nedenler ile anket uygulama zamanlaması çalıřma için uygun olarak deėerlendirildi.

Hesaplamalar ve tanımlayıcı istatistiksel analizler Microsoft Office Excel 2007, Statistical Program for Social Sciences (SPSS) 16.0 for Windows bilgisayar programları kullanılarak yapıldı. Sonuçlar, tablolar p ve d değerleri tablolarda gōsterildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 62 hekim dâhil edildi. Bu hekimlerin 38'i (%61,3) erkek, 24'ü (%38,7) kadındı. Çalışma kapsamında değerlendirilen hekimlerin yaş ortalaması $36,61 \pm 8,87$ (min:26, max:62) yaş idi. Hekimlerin hasta hekim ilişkisi içerisinde geçirdiği sürenin ortalaması da $9,94 \pm 9,34$ (min:1, max:41) yıl olarak tespit edildi.



Şekil 1: Hekimlerin cinsiyet dağılımı

Çalışmaya 31(%50) uzman doktor ve 31 (%50) asistan doktor katıldı; hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum anketi puanları ortalaması $48,22 \pm 10,24$ idi (min:29, max:66). Uzman doktorların tutum anketi puanları ortalaması $44,16 \pm 10,31$ (min:29, max:60) ve asistan hekimlerin tutum anketi puanları ortalaması $52,29 \pm 8,52$ (min:34, max:66) idi.

Çalışmamızda pozitif defansif tıp uygulamaları ile ilgili;

1 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın dışında tetkikler istiyorum” sorusuna hekimlerin 44’ü (%72,6) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

2 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dâhilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum” sorusuna hekimlerin 50’si (%80,6) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

3 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum” sorusuna hekimlerin 49’u (%79) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

4 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum” sorusuna hekimlerin 28’i (%45,2) orta ve üzeri derecede katılırken 34’ü (%54,8) az katıldığını ve hiç katılmadığını belirtti.

5 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum” sorusuna hekimlerin 56’sı (%90,3) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

6 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımaya daha detaylı açıklıyorum” sorusuna hekimlerin 50’si (%80,6) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

7 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımaya daha fazla zaman ayırıyorum” sorusuna hekimlerin 35’i (%56,5) orta ve üzeri derecede katılırken 27’si (%43,5) az katıldığını ve hiç katılmadığını belirtti.

8 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum” sorusuna hekimlerin 54’ü (%87,1) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

9 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarımaya daha fazla önem veriyorum” sorusuna hekimlerin 54’ü (%87,1) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

Çalışmamızda negatif defansif tıp uygulamaları ile ilgili;

10 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum” sorusuna hekimlerin 40’ı (%64,6,) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

11 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum” sorusuna hekimlerin 40’ı (%64,6) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

12 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyonları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum” sorusuna hekimlerin 48’i (%77,4) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

13 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum” sorusuna hekimlerin 42’si (%67,7) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

14 numaralı “Malpraktis ile ilgili konular medyada yer fazlaca buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum” sorusuna hekimlerin 52’si (%83,8) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

Çalışmamıza katılan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum anketine verdikleri cevapların dağılımı sorulara göre aşağıdaki tabloda verilmiştir.

	Tamamen katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Az katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Toplam
1. Soru	6 (%9.7)	13(%21)	25 (%41.9)	12(%19.4)	5(%8.1)	62
2. Soru	11 (%17.7)	28 (%45.2)	11(%17.7)	5(%8.1)	7 (%11.3)	62
3. Soru	19 (%30.6)	22(%35.5)	8(%12.9)	8(%12.9)	5(%8.1)	62
4. Soru	7 (%11.3)	12 (%19.4)	9(%14.5)	23(%37.1)	11(%17.7)	62
5. Soru	17 (%27.4)	23(%37.1)	16(%25.8)	6(%9.7)	0(%0.0)	62
6. Soru	25 (%40.3)	17(%27.4)	8(%12.9)	8(%12.9)	4(%6.5)	62
7. Soru	11 (%17.7)	12(%19.4)	12(%19.4)	18(%29.0)	9(%14.5)	62
8. Soru	23 (%37.1)	25(%40.3)	6(%9.7)	4(%6.5)	4(%6.5)	62
9. Soru	27 (%43.5)	23(%37.1)	4(%6.5)	4(%6.5)	4(%6.5)	62
10. Soru	9 (%14.5)	19(%30.6)	12(%19.4)	12(%19.4)	10(%16.1)	62
11. Soru	14 (%22.6)	14(%22.6)	12(%19.4)	12(%19.4)	10(%16.1)	62
12. Soru	13 (%21.0)	19(%30.6)	16(%25.8)	11(%17.7)	3(%4.8)	62
13. Soru	12 (%19.4)	11(%17.7)	19(%30.6)	12(%19.4)	8(%12.9)	62
14. Soru	27 (%43.5)	19(%30.6)	6(%9.7)	2(%3.2)	8(%12.9)	62

Tablo 1. Çalışmamıza katılan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum anketine verdikleri cevapların sorulara göre dağılımı.

Çalışmaya katılan hekimlerin 15’inin (%24,2) çok iyi, 31’inin (%50) iyi, 16’sının (%25,8) orta derecede defansif tıp uyguladığı; erkek hekimlerin (%48,4) kadın hekimlere (%25,8) göre ve asistan hekimlerin (%45,1) uzman hekimlere (%29,1) göre daha defansif davrandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin, defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeylerinin cinsiyete göre dağılımları da aşağıdaki tabloda verilmiştir (tablo 2).

Tutum düzeyi	Erkek (n:38)	Kadın (n:24)	Toplam (n:62)
Çok iyi (70-56)	15(%24.2)	-	15 (%24.2)
İyi (55-42)	15 (%24.2)	16 (25.8)	31 (%50)
Orta (41-28)	8 (%12.9)	8 (%12.9)	16 (%25.8)
Kötü (14-27)	-	-	-

Tablo 2. Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı

Çalışmamıza katılan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeylerinin unvanlara göre dağılımları da araştırılmış, aşağıdaki tabloda verilmiştir (tablo 3).

Tutum düzeyi	Uzman	Asistan	Toplam (n:62)
Çok iyi (70-56)	4(%6.5)	11(%17.7)	15 (%24.2)
İyi (55-42)	14 (%22.6)	17 (27.4)	31 (%50)
Orta (41-28)	13 (%21)	3 (%4.8)	16 (%25.8)
Kötü (14-27)	-	-	-

Tablo 3. Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeylerinin unvanlara göre dağılımı

Çalışmada 15 numaralı “Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı” sorusuna hekimlerin 57’si (%91,9) hayır cevabını verirken, 5’i (%8,1) evet cevabı verdi.

Çalışmada hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyini ölçmeye yönelik, 16 numaralı “Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz” sorusuna hekimlerin 58’i (%93,5) evet cevabını verirken 4’ü (%6,5) hayır cevabını verdi.

17 numaralı “Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu” sorusuna hekimlerin 51’i (%82,3) evet cevabını verirken, 11’i (%17,7) hayır cevabını verdi.

18 numaralı “Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz” sorusuna hekimlerin 44’si (%71) hayır cevabını verirken, 18’i (%29) evet cevabını verdi.

Tutum sorusu	Uzman		Asistan		Toplam	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
15. Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı ?	5 (%8.1)	26 (%41.9)	-	31 (%50)	5 (%8.1)	57 (%91.9)
16. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz ?	31 (%50)	-	27 (%43.5)	4 (%6.5)	58 (%93.5)	4 (%6.5)
17. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu ?	21 (%33.9)	10 (%16.1)	30 (%48.4)	1 (%1.6)	51 (%82.3)	11 (%17.7)
18. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz ?	13 (%21)	18 (%29)	5 (%8.1)	26 (%41.9)	18 (%29)	44 (%71)

Tablo 4. Defansif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyini ölçen sorulara verilen cevapların unvanlara göre dağılımı

Ankette güncel çalışmaların sorularından Türkçe'ye çevirip derlenen, defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeyini ölçmeye yönelik soruların büyük çoğunluğu birbiri ile istatistiksel olarak anlamlılık göstermekteydi ($p < 0,005$) (tablo 5).

Soru no.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2	p:0.001 d:0.260												
3	p:0.000 d:0.286	p:0.000 d:0.344											
4	p:0.000 d:0.359	p:0.000 d:0.028	p:0.003 d:0.504										
5	p:0.001 d:0.162	p:0.001 d:0.274	p:0.004 d:0.296										
6	p:0.000 d:0.100	p:0.000 d:-.153	p:0.000 d:0.095	p:0.000 d:0.177									
7	p:0.000 d:0.238	p:0.000 d:-.273	p:0.000 d:-.070	p:0.002 d:0.306	p:0.002 d:0.053	p:0.000 d:0.368							
8	p:0.000 d:-.090	p:0.001 d:-.090	p:0.000 d:-.119	p:0.003 d:-0.074	p:0.000 d:0.192	p:0.000 d:0.666	p:0.000 d:0.216						
9	p:0.001 d:0.014	p:0.001 d:-.154	p:0.000 d:0.108			p:0.000 d:0.705	p:0.000 d:0.149	p:0.000 d:0.611					
10	p:0.002 d:0.238	p:0.000 d:0.010	p:0.003 d:0.396	p:0.003 d:0.459	p:0.004 d:-0.036	p:0.000 d:0.428	p:0.000 d:0.160	p:0.001 d:0.153	p:0.000 d:0.416				
11		p:0.000 d:-.001	p:0.000 d:0.374	p:0.000 d:0.479		p:0.000 d:0.406	p:0.000 d:0.140	p:0.002 d:0.181	p:0.000 d:0.384	p:0.000 d:0.777			
12	p:0.000 d:0.156	p:0.000 d:0.021	p:0.000 d:0.325	p:0.000 d:0.392		p:0.001 d:0.221		p:0.000 d:0.103	p:0.000 d:0.280	p:0.000 d:0.719	p:0.000 d:0.813		
13	p:0.001 d:0.313	p:0.000 d:0.042	p:0.003 d:0.204	p:0.000 d:0.331	p:0.001 d:0.105	p:0.000 d:0.308		p:0.000 d:0.374	p:0.000 d:0.405	p:0.000 d:0.561	p:0.000 d:0.595	p:0.000 d:0.600	
14	p:0.003 d:0.184	p:0.001 d:0.022	p:0.000 d:0.249			p:0.000 d:0.143	p:0.001 d:-.070	p:0.000 d:0.116	p:0.000 d:0.312	p:0.000 d:0.568	p:0.000 d:0.508	p:0.000 d:0.558	p:0.000 d:0.384

Tablo 5. Tutum düzeyi sorularının kendi aralarındaki anlamlılık tablosu

Anket sonucu elde edilen defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeyi toplam puanı ile anket sorularının her biri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,005$). Ek olarak; anketimizde hasta hekim ilişkisi içerisinde geçen süre ile 6, 9, 11, 12, 13 no'lu sorular arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi ($p < 0,005$) (Tablo 6).

Soru no.	Toplam puan		Hasta hekim ilişkisi İçerisinde geçen süre	
	p değeri	d değeri	p değeri	d değeri
1. Soru	0.000	0.355		
2. Soru	0.000	0.117		
3. Soru	0.000	0.437		
4. Soru	0.000	0.518		
5. Soru	0.001	0.210		
6. Soru	0.000	0.482	0.001	-0.230
7. Soru	0.000	0.204		
8. Soru	0.000	0.344		
9. Soru	0.000	0.468	0.000	-0.344
10. Soru	0.000	0.710		
11. Soru	0.000	0.753	0.000	-0.384
12. Soru	0.000	0.642	0.001	-0.416
13. Soru	0.000	0.651	0.002	-0.431
14. Soru	0.000	0.481		

Tablo 6. Tutum düzeyi toplam puanı ve hasta hekim ilişkisi içerisinde geçen süre ile soruların her biri arasındaki anlamlılık ilişkisi.

Anket içerisinde; defansif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi soruları olarak isimlendirdiğimiz 15, 16, 17 ve 18 numaralı soruların diğer sorular ile istatistiksel anlamlılıkları ayrıca değerlendirildi.

Çalışmada 15 numaralı “Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı” sorusu ile 6 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum” sorusu arasında istatistiksel anlamlılık saptandı (p:0,000 , d:0,169). Benzer şekilde 8 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum” sorusu da istatistiksel anlamlılık göstermekteydi (p:0,000 , d:0,180). Bu soru ile 9 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum” sorusu da istatistiksel anlamlıydı (p:0,000 , d:0,198). Ankette yer alan 15 numaralı soru ile; 16 numaralı “Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz” sorusu ile 1 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum” soruları arasında da istatistiksel olarak anlamlılık mevcuttu (p:0,000 , d:0,204).

Ankette yer alan 17 numaralı “Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu” sorusu ile 7 numaralı “Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum” sorusu arasında da istatistiksel anlamlılık vardı (p:0,000 , d:0,198).

18 numaralı “Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz” sorusu ile 1, 3, 8, 9,13 ve 14 no’lu sorular istatistiksel anlamlılık göstermekteydi (p ve d değerleri tablo 7’de verilmiştir).

Soru no.	Unvan	Hekim yaşı	HHİGS*	Cinsiyet	15.Soru	16.Soru	17.Soru	18.Soru
1	p:0.001 d:0.036	p:0.000 d:-0.157	p:0.000 d:-0.187			p:0.000 d:0.204		p:0.000 d:0.352
2			p:0.000 d:-0.136					
3		p:0.000 d:-0.213	p:0.000 d:-0.217					p:0.000 d:-0.144
4								
5	p:0.002 d:0.374							
6		p:0.000 d:-0.353			p:0.000 d:0.169			
7	p:0.000 d:0.065	p:0.000 d:-0.032	p:0.000 d:-0.068				p:0.000 d:0.198	
8		p:0.000 d:-0.407		p:0.002 d:-0.191	p:0.000 d:0.180			p:0.000 d:0.272
9		p:0.000 d:-0.415	p:0.000 d:-0.335		p:0.000 d:0.198			p:0.002 d:0.217
10	p:0.000 d:0.246	p:0.003 d:-0.382	p:0.000 d:-0.427					
11	p:0.001 d:0.193		p:0.001 d:-0.432	p:0.003 d:-0.378				
12		p:0.001 d:-0.353	p:0.000 d:-0.451	p:0.000 d:-0.375				
13		p:0.002 d:-0.443	p:0.003 d:-0.517	p:0.000 d:-0.392				p:0.000 d:0.319
14		p:0.003 d:-0.293	p:0.003 d:-0.381					p:0.000 d:0.263
15		p:0.001 d:-0.175						
16								
17	p:0.003 d:-0.367	p:0.003 d:0.107						
18		p:0.000 d:-0.434	p:0.000 d:-0.516					

Tablo 7. Hekim unvanı, hekim yaşı, hasta hekim ilişkisi içerisinde geçen süre, cinsiyet ve tutum soruları ile 18 anket sorusu arasında istatistiksel anlamlılık

İstatistiksel anlamlılık çalışmaları sonrasında; çalışmada kullanılan ve araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan anketin, popülasyonumuzda kullanımının uygun olup olmadığı konusu da araştırıldı. Bu araştırma, popülasyonumuzdaki “ α -cronbach geçerlilik katsayısı” incelenerek yapıldı. α -cronbach değerlerine göre anketin güvenilirlik düzeyleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (tablo.8)

α-cronbach (alpha) sayısı	Geçerlilik düzeyi
0.0-0.4 arasında ise	Ölçek güvenilir değil
0.4-0.6 arasında ise	Ölçek düşük derecede güvenilir
0.6-0.8 arasında ise	Ölçek oldukça güvenilir
0.8-1 arasında ise	Ölçek yüksek derecede güvenilir

Tablo.8: Normal α -cronbach değerleri

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan ve hasta popülasyonumuzda uygulanan anketin sonuçlarının değerlendirilmesinde, ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa: 0,853) (tablo.9). Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değerleri de, pozitif defansif tıp uygulamaları için (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 numaralı sorular) 0,685 (tablo.10), negatif defansif tıp uygulamaları için (10, 11, 12, 13, 14 numaralı sorular) 0,918 olmak üzere yüksek bulunmuştur (tablo.11).

Bu sonuç; anketin, uyguladığımız hasta popülasyonundaki kullanımı için yüksek güvenilirlikli olduğunu göstermektedir. Bunun sonucunda; uygulanan anketin, defansif tıp uygulamaları konusunda hekimlerin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi için kullanılabilir olduğu saptandı.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,853	,841	18

Tablo.9: Uygulanan anketin genel α -cronbach değeri

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,685	,684	9

Tablo.10: Pozitif defansif tıp uygulamaları α -cronbach değeri

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,918	,920	5

Tablo.11: Negatif defansif tıp uygulamaları α -cronbach değeri

Geçerlilik yönünden yüksek derecede güvenilir tespit edilen defansif tıp uygulamaları anketinin toplumumuzdaki uygulanabilirliği de, olayı açıklayan verileri gruplayarak ortak faktörleri ortaya çıkarmak amacı ile faktör analizi ile araştırıldı. Anket oluşturulurken; güncel literatür bilgileri derlenerek, ilk 9 soru pozitif defansif tıp uygulamaları (faktör 1-tutum düzeyi), 10, 11, 12, 13 ve 14 numaralı sorular negatif defansif tıp uygulamaları (faktör 2-tutum düzeyi) ve 15, 16, 17 ve 18 numaralı sorular bilgi düzeyi soruları şeklinde planlandı (tablo.12).

Faktör 1 – tutum düzeyi (pozitif defansif tıp uygulamaları)	Faktör 2 – tutum düzeyi (negatif defansif tıp uygulamaları)	Bilgi düzeyi
1.soru	10.soru	15.soru
2.soru	11.soru	16.soru
3.soru	12.soru	17.soru
4.soru	13.soru	18.soru
5.soru	14.soru	
6.soru		
7.soru		
8.soru		
9.soru		

Tablo.12: Anket sorularının planlanan faktör yüklerine göre dağılımı

Oluşturulmuş olan defansif tıp uygulamaları anketi, kendi popülasyonumuzda uygulandığında; faktör yüklerinin en başta planlanmış olduğu şekilde 2 ana başlık altında toplandığı görüldü. Ancak anket oluşturulurken; faktör.1 (pozitif defansif tıp uygulamaları), faktör.2 (negatif defansif tıp uygulamaları) şeklinde planlanmış iken; faktörler soru dağılımı açısından farklılık gösterdi. Anketin faktör analizi tutum soruları (1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13 ve 14 numaralı sorular) ve bilgi soruları (6, 7, 8, 9, 15 ve 18 numaralı sorular) şeklinde iki faktör dağılımı gösterdi (tablo.13).

	Faktör yükleri ve güvenilirlikleri			
	F1	Cronbach alfa	F2	Cronbach alfa
Sorular				
Pozitif defansif tıp uygulamaları (tutum düzeyi)				
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum,	0,630	0,685		
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum,	0,491		-0,518	
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın geliştirebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum,	0,750		-0,439	
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum,	0,685			
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum,	0		0	
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum,	0,352		0,730	
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum,			0,454	
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum,			0,812	
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum,	0,305		0,809	
Negatif defansif tıp uygulamaları (tutum düzeyi)				
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum,	0,818		0,335	0,918
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum,	0,834			
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum,	0,812			
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum,	0,711		0,387	
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımın tedirginlik hissediyorum,	0,647		0,365	
Bilgi düzeyi				
15. Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?			0,628	
16. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	0		0	
17. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	0		0	
18. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	0,305		0,410	

Tablo.13: Anket sorularının bulunan faktör yüklerine göre dağılımı

Faktör analizi; güncel çalışmalarda yer alan pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları kavramlarının henüz hekimler tarafından net olarak algılanmadığını, kavramlar arasındaki ayrımların netleşmediğini, hekimlerin anketi bilgi ve tutum soruları olarak değerlendirdiklerini göstermektedir.



5. TARTIŞMA

Çalışmamıza yaş ortalaması 36,61 yıl olan, ortalama 9,94 yıldır hasta hekim ilişkisi içerisinde olan 62 hekim katıldı. Bu hekimlerin %61,3'ü (n:38) erkek, %38,7'si (n:24) kadındı. Çalışma anket sorularına verilen cevaplar değerlendirildiğinde; 31 (%50) uzman doktor ve 31 (%50) asistan doktorun defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum anketi puan ortalaması 48,22 olarak hesaplandı.

Bir çok uluslararası yayında, özellikle ABD ve çevresinde defansif tıp uygulamalarının oldukça yaygın olduğundan bahsedilmektedir; fakat sıklığı ve karakteristiği tartışmalıdır (2, 12). ABD'de yapılan bazı çalışmalarda defansif tıp uygulama sıklığı için %79-92 arasında yüksek oranlar saptanmıştır (2). Pensilvanya'da 2005 yılında yüksek riskli uzmanlar ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin %93 oranında defansif tıp uyguladıkları saptanmıştır (10, 12). 'Italian Court for the Rights of the Patient' kuruluşunun 1996-2000 yılları arasında yüksek riskli uzmanlıklardan kabul edilen ortopedik cerrahi uzmanlarında defansif tıp uygulamaları ile ilgili çalışma sonucunda, Avrupa'da hekimlerin en çok (%80) defansif tıp uyguladığı ülkenin İtalya olduğu ortaya konmuştur (4).

Defansif tıp uygulamaları sadece batı ülkelerine özgü değildir. Tüm dünyada üzerinde çalışılmış bir konudur ve çalışmalarda birbirine benzer sonuçlar gösterilmiştir. İsrail'de %60 oranında defansif tıp uygulamaları olduğu rapor edilmiştir (3). Hiyama ve arkadaşlarının Japonya'da yaptığı anket çalışmasında da gastroenterologların %98'inin defansif tıp uyguladıkları tespit edilmiştir (5).

Ülkemizde henüz defansif tıp uygulamaları ile ilgili kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır fakat tüm dünyada defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmeti maliyetine etkilerinin tartışıldığı günlerde konunun yoğun olarak ülkemizde de tartışılmaya başlayacağı öngörülmektedir. Çeşitli çalışmalarda ülkemizde defansif yaklaşımın izlerine rastlamak mümkündür. Örneğin; A.R. Tümer'in "1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakaların komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması" başlıklı tez çalışmasında özellikle cerrahi branşlarda hastaya defansif yaklaşım tespit edilmektedir (25). Y. Aynacı tarafından 2008 yılında Konya il merkezinde çalışan 762 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen yayınlanmamış uzmanlık tezinde ise %78,38 oranında defansif tıp uygulandığı tespit edilmiştir (6).

Defansif tıp uygulamaları bir davranış kalıbı olduğu için ölçülmesi zordur. Bir ülkedeki hekimlerin dava açılmasından korunmak için çeşitli davranışları olabilir (10). Mesela bir ülkedeki hekimler pozitif defans ile davalardan korunurken, başka bir ülkede negatif defans ile korunmayı tercih ediyor olabilir. Bu nedenle hekimlerin davranışlarını belirlemek için iki yönün de değerlendirilmesi gerekir. Aksi halde çalışılan popülasyonda defansif tıp uygulamalarına yönelme olmadığı şeklinde yanıltıcı bir sonuca varılabilir (10). Çalışmada, bu tür bir hataya düşmemek için uluslararası yayınlardan pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarını içeren sorular derlenmiştir. Ankette yer alan defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutum düzeyini ölçmeye yönelik soruların büyük çoğunluğu birbiri ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca dayanarak dünyada sağlık hizmeti maliyetlerinde defansif tıp uygulamalarının yerinin tartışıldığı bir dönemde anketimizin literatür ile uyumlu olarak değerlendirilebiliriz. Konuyu daha ileri düzeyde incelemeye çalıştığımızı, konu ile ilgili gelecekte yapılacak daha geniş popülasyonlarda da güvenle kullanılabilceğini öngörebiliriz.

Uluslararası ve ulusal yayınlarda defansif tıp uygulamaları ile ilgili sorulardan herhangi birine dahi katıldığını belirten hekimler defansif tıp uyguluyor kabul edildiği için çok yüksek oranlar saptanmıştır (12, 5, 16). Bu çalışma, ilk kez tutum düzeyi belirlediği için diğer çalışmalardan ayrılmaktadır. Çalışmada güncel çalışmalar ile uyumlu olarak, hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp uyguladığı ve hekimlerin %24,2'sinin (n:15) çok iyi, %50'sinin (n:31) iyi, %25,8'inin (n:16) orta derecede defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşıldı. Bulgular, tartışmaların devam ettiği bir ortamda defansif tıp uygulaması kavramının hekimler tarafından açık şekilde ifade edildiğini göstermektedir (26).

Çalışmada asistan hekimlerin (%45,1) uzman hekimlere (%29,1) göre daha defansif davrandıkları sonucuna ulaşıldı. Aynı zamanda hekim yaşı ile soruların büyük çoğunluğu arasında istatistiksel anlamlılık bulundu ($p<0,005$). Bu verilere ilave olarak “Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misimiz” sorusuna verilen %71 oranında hayır cevabının %41,9'u asistan hekimler tarafından verildi. 2010 yılında asistan hekimlerle yapılan başka bir çalışmada da benzer sonuçlara dikkat çekildi. Asistan doktorların %96 oranında en az bir güvence davranışı, %43 oranında en az bir kaçınan tavır sergilediği belirlendi (24). Çalışmamız, asistan hekimlerin ve genç hekimlerin defansif tıp davranışlara eğilimli olduklarını saptanmaktadır. Bu da asistan hekimlerin ve genç hekimlerin bilgi düzeylerinin artırılmasının önemini göstermektedir.

Dünya genelinde erkek hekimlerin kadın hekimlere göre daha defansif davrandıkları gösterilmiştir. İngiltere'deki MPS adlı kuruluşun yaptığı 2011 tarihli çalışmada, erkek doktorların kadın doktorlara göre daha fazla defansif tıp uyguladıkları saptandı (13). Çalışmamızda da güncel literatür ile uyumlu olarak erkek hekimlerin (%48,4) kadın hekimlere (%25,8) göre daha defansif davrandığı sonucuna ulaşıldı.

Hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamaları yönünden değerlendirilmesinin amacı pozitif defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmeti maliyetini arttıracacağı fikridir. Çalışmada, hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamaları yönünden tutum düzeylerini belirlemeye yönelik sorular değerlendirildiğinde; %72,6'sının (n:44) hastalarından gerekli gördüklerinin dışında tetkikler istediği, %80,6'sının (n:50) hastalarına endikasyonları dâhilinde yazabileceği ilaçların çoğunu yazdığı, %79'unun (n:49) hastalarında gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istediği sonucuna ulaşılmıştır.

Bir çok çalışma ile pozitif defansif tıp uygulamalarının sıklığı kanıtlanmıştır, çalışmamız da buna bir örnektir fakat defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetinin maliyetini arttırdığı ile ilgili çeşitli görüşler mevcuttur. Modern sağlık sisteminin içindeki tüm birimler maliyeti azaltma davranışı içindedir ve her birim maliyetini diğer birimlerin üzerine yıkma eğilimindedir (22, 30). Bazı yayınlara göre sağlık hizmetlerinin maliyeti içerisinde defansif tıp uygulamalarının payı giderek artmaktadır (1, 10). MPS'nin çalışmasında bazı ülkelerde defansif tıp uygulamalarının tüm sağlık hizmet maliyeti içinde %5-9 arasındaki oranlarda olduğu saptanmıştır (13). Pensilvanya'da Miller ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, defansif ortopedik görüntülemelerin toplam maliyeti 2009 yılı tıbbi ödemeleri toplamına oranlanmış ve bu oran %34,7 gibi yüksek bir değerde bulunmuştur (15).

Medikal malpraktis prosedürlerinin ekonomik ve ekonomik olmayan maliyetleri hesaba katıldığında, sigorta harcamalarının ciddi bir bölümünün defansif tıp ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (31). Hekimler ve sağlık politikası analizcileri ise defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetinin maliyetindeki artışa etkisi konusunda aynı fikirde değildir (10). Hesaplama yöntemlerinde ve tanımlamalardaki değişiklikler ile hizmetin maliyeti ile ilgili değişik sonuçlara ulaşılabilmektedir. Sağlık politikası analizcileri defansif tıp uygulamalarının fazla bir maliyet getirmediğini savunmaktadır. Birçok sağlık politikası analizcisi tarafından savunulan ortak görüşe göre, malpraktis maliyetlerinin toplam maliyete

katkısı oldukça azdır. Bu yüzden özellikle ABD'deki defansif tıp uygulamaları reformunun maliyetleri azaltma amacına hizmet etmediği düşünülmektedir. Kessler ve Mc Cellan yaptıkları çalışmalarda, ABD'de haksız muamele yasası reformlarının defansif tıp uygulamalarına getirdiği kısıtlamalar ile sağlık hizmeti maliyetlerinde %10 oranında azalma olduğunu göstermişlerdir (41). Fakat, Avraham, Dafny ve Schanzenbach isimli araştırmacılar yakın tarihli bir çalışmalarında sonuçları yeniden değerlendirdiklerinde, Kessler ve McCellan'ın 2002 tarihli bulgularını tüm sağlık hizmeti maliyeti içinde hesapladıklarında bu %10'luk düşüşün, aslında tüm maliyet içerisinde küçük bir yer tuttuğunu saptamışlardır (42). Politika analizcileri defansif tıp uygulamalarının maliyetinin hesaplanması konusunda kolay yol üzerine odaklanmışlardır (10). Özellikle malpraktis davalarının toplam maliyeti içine tüm sigorta pirimlerini ilave ettiğimizde tüm malpraktis davalarının toplam koruyucu sağlık hizmeti maliyeti içindeki yerinin %1,5 olduğu görülür (10).

Başka bir pozitif defansif tıp uygulaması olan "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyon dışı nedenler ile (sosyal endikasyon) hastaya yatış işlemi yapmak" konusuna ise hekimlerin %45,2'si (n:28) orta ve üzeri derecede katılırken, %54,8'i (n:34) katılmadığını belirtti. Bu sonuç; hekimlerin göreceli olarak daha az maliyetli olan işlemler için defansif tıp uygularken, hasta yatış işlemi gibi maliyeti yüksek hizmetlerde daha az defansif davrandığı şeklinde yorumlanabilir.

Görüntüleme tekniklerinin sık kullanımı, sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırması ve bunun yanında objektif değerlendirmeye imkan vermesi nedeni ile defansif tıp uygulamalarının önemli konularındandır. Miller ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, çalışma grubunda defansif görüntüleme istemleri %19,1 oranında bulunmuştur. Bu oran içerisinde MRI için defansif istem %48,7 saptanmış ve 5 yıldan daha uzun süredir hasta hekim ilişkisi içerisinde olan hekimlerin defansif görüntülemelere daha fazla yöneldikleri istatistiksel anlamlı olarak tespit edilmiştir (15). ABD'de yapılan bir çalışmada son dönem kanser vakalarında görüntüleme yöntemlerinin kullanımının sadece hastanın başka bir kanserden ölmemesi konusunda yardımcı olduğu, bu nedenle maliyeti arttırdığı ifade edilmiştir (13). Duke Üniversitesi Tıp Merkezi çalışanlarından Dr. Ben Paxton ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmanın sonuçlarına göre, kendilerine ait görüntüleme ekipmanı olan doktorların radyolojik incelemeleri %86 oranında defansif amaçlı istedikleri saptanmıştır (27). Bu çalışmalarla uyumlu olarak; ankette de "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile

görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum” konusuna hekimlerin %90,3’ü (n:56) orta ve üzeri derecede katıldığını belirtti.

Defansif amaçla görüntüleme tekniklerinin kullanımının maliyet artışı dışında başka olumsuz yönleri de vardır. Archives of Internal Medicine dergisinin editörü Dr. Rita Redberg fazla hizmetin gerekli ve iyi hizmet anlamına gelmediğine değinmiştir. Bu amaçla yapılan hizmetten dolayı hastanın zarar görebileceğini örneğin, düşük riskli bir hastaya koroner görüntüleme için BT çektirmenin vereceği radyasyonunun kanserojen etkileri olabileceğini belirtmiştir (17). Hatta başka bir çalışmada tüm kanserlerin %1,5-2’sine BT çekimlerinin neden olabileceği düşünülmektedir (13). Ülkemizde de görüntüleme tekniklerinin kullanımı yaygın olduğu için gelecekte konunun bu yönü ile ilgili çalışmaların da tasarlanmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmaya katılan hekimlerin %80,6’sı (n:50) tıbbi uygulamaları hastalarına daha detaylı açıkladığını, %56,5’i (n:35) hastalarına daha fazla zaman ayırdığını, %87,1’i (n:54) kayıtları daha detaylı tuttuğunu, %87,1’i (n:54) aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğini belirtti. Hekimlerin onam alma, belgeleri düzenli tutma, hasta ile daha ilgili iletişim kurma ve benzeri tutumlarındaki artış hukuki sorunlardan korunma amacıyla yapıldığı için defansif tıp uygulamaları içerisinde değerlendirilmektedir. Buna rağmen hasta hekim ilişkisine katkısından dolayı tıp etiği değerleri açısından olumlu olarak değerlendirilebilir (25).

Negatif defansif tıp uygulamaları maliyetten öte hastalara verdiği zararlar nedeni ile tartışılmakta ve defansif tıp uygulamalarının hastaları gereksiz risklere attığı düşünülmektedir (1, 2). Lawrence; Asya’da, özellikle Singapur’daki hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına yöneldiğini ve bu durumun hastaların anksiyetelerini arttırdığını belirtmiştir (13, 28). Çeşitli çalışmalara göre her yıl 44.000 Amerikan vatandaşının işe yaramaz prosedürler yüzünden hastanelerde öldüğü belirtilmekte ve bu durumdan hekimler sorumluymuş gibi gösterilmektedir (17). Fakat doğal bir savunma davranışı olarak dava açılma korkusu ile hekimler sağlık hizmetinde önemli kararlar verirken tereddüt etmektedirler (17). Çünkü tüm dünyada malpraktis davaları ciddi artış göstermekte (13), hekim klinik tanı üzerine dikkatini yoğunlaştırmakta güçlük çekmektedir (13, 28). Klasik tıp uygulamaları yerine, hazır şablonlara işaretleme ile gerçekleştirilen kutucuklu tıp uygulamaları (tipbox

medicine) ön plana çıkmakta; (13). hekimler “Hastalık yoktur, hasta vardır” bilincinden uzaklaşmaktadır.

Çalışmada negatif defansif tıp uygulamaları tutum düzeyi için; hekimlerin hukuki sorunlardan korunmak amacı ile %64,6’sının (n:40) “Dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum”, %77,4’ünün (n:48) “Kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum”, yine %77,4’ünün (n:48) “Komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum” , %67,7’sinin (n:42) “Girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum” konularına orta ve üzeri derecede katıldıkları belirtildi.

Özellikle ABD’de medyanın sağlık üzerindeki baskın rolü giderek artmaktadır (18). Malpraktis davalarındaki artış ile birlikte, ülkemizde de ulusal medyada malpraktis davaları ile ilgili haberlere sıkça rastlanmaktadır. Ülkemizde medya hekimlere karşı farklı bir tutum sergilemektedir. Küçük bir vaka “sağlık skandalı” olarak günlerce medyada yer bulabilmektedir (19). Günümüzde temel algı hatası olan “Bireylerin sağlıklarından tümüyle hekimlerin sorumlu olduğu” düşüncesi medya tarafından malzeme olarak kullanılmaktadır. Hâlbuki hekimler sağlık sisteminin uygulayıcısıdır. Bu türden haberler medyada sürekli yer aldığına toplumun belleğinde hızla yer etmekte ve bu algı zaman içerisinde toplumsal kabul gören bir doğru şeklinde görülmeye başlanmaktadır. Bu düşüncenin yansıması olarak hasta hekim ilişkisi kişiselleşmekte, hasta ve hasta yakınları hekimlere yönelik anksiyete ve agresyon geliştirmekte, buna karşılık hekimler de defansif davranışlara yönelmektedir. Casebook dergisinde de; MPS üyesi hekimlerin %70 oranında medya eleştirilerinin defansif tıp uygulamalarında önemli bir faktör olduğunu belirttikleri yer almıştır (13). Singapur ve Hong Kong gibi ülkelerde medyanın tıp uygulamaları için eleştirileri çok daha agresif boyutlardadır (13). Henüz dava dahi açılmamış yada dava süreci sonuçlanmamış vakalarda hekim medya önünde infaz edilmekte, bu durum hekimleri tedirgin etmektedir. Çalışmamızda “Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum” konusuna hekimlerin 52’si (%83,8) orta ve üzeri derecede katıldıklarını belirtmişlerdir; bu yüksek oran güncel çalışmalardaki oranlar ile paralellik göstermektedir.

Son yıllarda ABD’deki çalışmalarda, “Hastanelerde her yıl 44.000 Amerikan vatandaşı işe yaramaz tetkikler ve tanılar yüzünden ölüyor” şeklinde trajik cümlelere

rastlanılmaktadır (17). Sağlık hizmetinde dava açılma riski ve artan maliyet baskısı altında ezilen hekimler, önemli kararlar vermekte tereddüt etmektedirler (17). Geleneksel medikal malpraktis reformları, hekimler üzerinde baskı oluşturmakta, bu baskı da hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirmektedir. Ayrıca hastalık tanı koyma ve tedavi protokollerini belirleme aşamasında hekimleri zora sokmaktadır (10, 14). Ayrıca dava açılmasının zaman kaybı, duygusal enerjinin azalması, hekimin mesleki itibarının zedelenmesi gibi manevi zararları da vardır (13). MPS'den Dr. Stephanie Brown ile yapılan röportajda uluslararası çalışmalarda hekimlerin %70'inin şikâyet edilerek soruşturma geçireceği için korku duyduğu, fakat bunları sadece %7'sinin soruşturma geçirdiği konusuna değinilmiştir (13). Bizim çalışmamızda da benzer tedirginliğin olduğu ve sadece %8,1 oranında malpraktis nedeniyle dava açılmış olduğu gösterildi. Hatta her davada hekim ceza almayacağı için, dava açılan yerine dava sonucunda ceza alan hekimler üzerinden hesaplama yapıldığında oran daha da düşme eğilimindedir. Bu durum hekimlerin malpraktis nedeniyle dava açılmasından tedirgin olduklarını ve defansif tıp uygulamalarına yöneldiklerini fakat aslında az bir oranın davaya maruz kaldığını göstermektedir. Çalışmamızda “Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz” sorusuna hekimlerin 58'i (%93,5) evet cevabını verirken 4'ü (%6,5) hayır cevabını verdi. Bu durum hekimlerin tedirginlik içerisinde olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Aynı zamanda defansif tıp uygulamalarının hekimleri malpraktis davalarından ne derecede koruduğu sorusu ise halen cevaplanmayı beklemektedir.

Çalışmada “Malpraktis davası açıldı mı” sorusu ile “Tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum” (p:0,000 , d:0,169), “Kayıtları daha detaylı tutuyorum” (p:0,000 , d:0,180), “Aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum” (p:0,000 , d:0,198) soruları arasında istatistiksel anlamlılık saptandı. Bu sonuç tıbbi uygulamaları hastalarına daha detaylı açıklayan, kayıtları daha detaylı tutan, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veren hekimlere daha az dava açıldığı yönünde değerlendirilebilir. Fakat asıl sağlıklı sonuca dava açılan yeterli sayıda hekimin defansif tıp uygulamaları tutum düzeyleri ile dava açılmayan hekimlerin tutum düzeylerinin karşılaştırılması ile ulaşılabacaktır.

Hekimlerin “Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu” sorusuna 51'inin (%82,3) evet cevabı vermesi ve “Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz” sorusuna hekimlerin 44'ünün (%71) hayır cevabını

vermesi, defansif tıp uygulamaları kavramının henüz yeterince bilinmediğini ve hekimlerin mesleki geleceği için eğitim programları düzenlenmesinin gerekliliğini göstermektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Defansif tıp uygulamaları günümüzde tüm dünyada kabul edilen bir tıbbi uygulama çeşididir. Çeşitli araştırma yöntemleri ile varlığı, sıklığı ve maliyeti araştırılmaktadır.

Ülkemizde henüz defansif tıp uygulamaları ile ilgili kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır. Tüm dünyada defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmeti maliyetine etkilerinin tartışıldığı günlerde konunun ülkemizde de tartışılmaya başlayacağı öngörülmektedir.

Dünyada sağlık hizmeti maliyetlerinde defansif tıp uygulamalarının yerinin tartışıldığı bir dönemde çalışmamız güncel literatür bilgileri ile uyumludur. Hatta daha ileri düzeyde konuyu incelemeye imkân sağlamaktadır. Anketimizin geniş popülasyonlarda güvenle kullanılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamız konusunda ilk kez tutum düzeyi belirlediği için diğer çalışmalardan ayrılmaktadır. Güncel çalışmalar ile uyumlu olarak, hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp uyguladığı ve hekimlerin %24,2'sinin çok iyi, %50'sinin iyi, %25,8'inin orta derecede defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşılmaktadır. Bulgular defansif tıp uygulaması kavramının hekimler tarafından açık şekilde ifade edildiğini göstermektedir.

Çalışmamız asistan ve genç hekimlerin defansif tıp davranışlara eğilimli olduklarını saptanmakta ve öncelikle asistan ve genç hekimlerin bilgi düzeylerinin artırılmasının önemini göstermektedir.

Hekimlerin defansif tıp uygulamaları yönünden değerlendirilmesinin temel amacı defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmeti maliyetini arttıracak fikridir. Defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetinin maliyetine etkisi ile ilgili çeşitli görüşler mevcuttur. Bu nedenle ülkemizde de defansif tıp uygulamalarında maliyet analizleri ile ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Defansif tıp uygulamalarının olumsuz etkileri ön plana çıkarken, hekimlerin aydınlatılmış onam alma, belgeleri düzenli tutma, hasta ile daha ilgili iletişim kurma ve benzeri tutumlarındaki artış tıp etiği açısından olumlu olarak değerlendirilmelidir.

Dünyada medyanın sağlık üzerindeki etkisi artmaktadır. Malpraktis davalarındaki artış ile birlikte ülkemizde de malpraktis davaları ile ilgili haberlere sıkça rastlanmaktadır. Çalışmada benzer tedirginliğin olduğu (%83) fakat sadece %8,1 oranında malpraktis nedeniyle dava açılmış olduğu gösterilmiştir. İlave olarak açılan her davada hekim ceza

almayacağı için açılan dava sayıları yerine sonuçlanan davalar üzerinden hesaplama yapıldığında oran daha da düşme eğilimindedir. Bu durum hekimlerin dava açılmasından tedirgin olduklarını ve bu nedenle defansif tıp uygulamalarına yöneldiklerini fakat aslında az bir oranın davaya maruz kaldığını göstermektedir. Adli boyut kazanmış olayların henüz sonuçlanmadan medya tarafından yargılanıp infaz edilmesinin hekimlik mesleğine zarar vereceği kanaatindeyiz. Aynı zamanda defansif tıp uygulamalarının hekimleri malpraktis davalarından ne derecede koruduğu sorusu ise halen cevaplanmayı beklemektedir.

Hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyinin büyük oranda yetersiz olması bu kavramın henüz yeterince bilinmediğini ve hekimlerin mesleki geleceği için düzenli eğitim programları planlanması gerektiğini göstermektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Definition of Defensive Medicine.
[<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=33262>] adresinden 6/12/2012 tarihinde erişilmiştir.
2. Definition of Defensive Medicine From Wikipedia.
[http://en.wikipedia.org/wiki/Defensive_medicine] adresinden 6/12/2012 tarihinde erişilmiştir.
3. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuveni H. Defensive Medicine in Israel - A Nationwide Survey. PLoS ONE 2012;7(8):e42613.
4. Traina F. Medical Malpractice: The Experience in Italy. Clin Orthop Relat Res 2009; 467:434-442.
5. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T et al. Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Japan. World Journal of Gastroenterology 2006;12(47):7671-7677.
6. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Uzmanlık tezi. Konya Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 2008.
7. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları. 1.Baskı, Seçkin Yayıncılık. Ankara, 2005; 267-275.
8. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009;84(1):1-10.
9. Tıbbi Uygulama Hataları Bildirgesi.
[<http://www.ttb.org.tr/TD/TD59/597.html>] adresinden 16.04.2013 tarihinde erişilmiştir.
10. Hermer L, Brody H. Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform. Journal of General Internal Medicine 2010;25(5):470-473.
11. Kumar P. The Myth of Inexpensive Defensive Medicine. Health Affairs 2010;29(11):2126.
12. Studdert MD, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K et al. Defensive Medicine among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. JAMA 2005;293:2609-2617.
13. Williams S. On The Defensive, United Kingdom Casebook 2011;19(1):8-11.
14. Panting G. Doctors On The Defensive.

[<http://www.guardian.co.uk/society/2005/apr/01/health.comment>] adresinden 9/02/2013 tarihinde erişilmiştir.

15. Miller RA, Sampson NR, Flynn JM. The Prevalence of Defensive Orthopaedic Imaging: A Prospective Practice Audit in Pennsylvania, *J Bone Joint Surg Am.* 2012;94(3):e181-186.
16. Nahed BV, Babu MA, Smith TR, Heary RF. Malpractice Liability and Defensive Medicine: A National Survey of Neurosurgeons. *PLoS ONE* 2012;7(6):e39237.
17. Theiler M. Defensive Medicine Starts at the Top in the United States. *CMJA* 2010;182(8):109-323.
18. Dirnhofer R, Wyler D. Treatment Failure From the Viewpoint of Forensic Medicine, *Ther Umsch.* 1997;54(5):272-279.
19. Ovalı F. Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2010;1:33-43.
20. Uludağ A. Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği. *Türkiye Klinikleri J. Med* 2011;31(3):653-663.
21. Özçakır A. Should Communication And Clinical Skills Training Be Given in Medical Education?: Opinions of the Intern Students. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2002;22(2):185-189.
22. The American Association for Justice. The Truth About "Defensive Medicine. Washington, DC, 2012.
23. Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Etik Çalışma Grubu. Sağlık Sisteminde Performans Uygulamasının Mesleki Değerlere Etkileri ve Etik Sorunlar Çalışmayı Sonuç Bildirgesi. 9 Nisan 2011.
24. O'leary KJ, Choi J, Watson K, Williams MV. Medical students clinical and educational experiences with defensive medicine. *Acad Med* 2011;20:PMID22189882.
25. Tümer AR. 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakalarının Komplikasyon ve Malpraktis Yönünden Araştırılması. Ankara ÜTF. Adli Tıp AD. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2002.
26. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan AG. Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2009;31:356-366.
27. Paxton BE. A Case Study in Lumbar Spine MRI and Physician Self-Referral of Imaging. *RSNA* 2011;AbstractSSK08-07.

28. Sadock B. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 19. Baskı, lippincott Williams & Wilkins Wolters Kluwer yayınları. Philadelphia USA, 2009; 3969.
29. Sağlık Alanında "Hizmet Kaynaklı Zarar": Hekimler Ne Diyor? Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 1. baskı, Ankara. 2011;33.
30. Avraham R. Clinical Practice Guidelines: The Warped Incentives in the U.S. Healthcare system. Am J Law Med. 2011;37(1):7-40.
31. Thompson MS, King CP. Physician Perceptions of Medical Malpractice and Defensive Medicine Eval Program Plann. 1984;7(1):95-104.
32. Balseven A. Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike. STED 2006;15(4):55-59.
33. Başar H. Araştırmalarda Likert Yanılgıları.
[<http://yunus.hacettepe.edu.tr/~alerbas/Likert.doc>] adresinden 14.06.2012 tarihinde erişilmiştir.
34. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul Ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1). Resmi Gazete. Sayı:27648.
35. Baş T. Anket nasıl hazırlanır, uygulanır, değerlendirilir? Seçkin Yayıncılık, 4.Baskı, Ankara, 2006.
36. Prof.Dr. Erdem Özkara Malpraktis nedir? Ne değildir?
[<http://www.erdemozkara.net/index.php/yazilarm/93>] adresinden 16.04.2012 tarihinde erişilmiştir.
37. Özbek Ö, Öktem İ. Hepatit B Aşılı Kişilerden Gereksiz Test İstekleri. Mikrobiyoloji Bülteni 2010;44:285-290.
38. Hancocks S. Defensive Dentistry. British Dental Journal 2005;199(9):12.
39. Tellefsen C. Commentary: Lawyer Phobia. Journal of American Academy of Psychiatry and Law 2009;37:162-164.
40. Kravitz RL, Rolph JE, Petersen L. Omission-related malpractice claims and the limits of defensive medicine. Med Care Res Rev 1997;54(4):456-471.
41. Kesler D, McClellan M. Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Quarterly Journal of Economics 1996;111(2):353-390.
42. Avraham R, Dafny LS, Schanzenbach MM. The Impact of Tort Reform on Employer-Sponsored Health Insurance Premiums (December 30, 2010). Journal of Law, Economics, and Organization, December 2010; CELS 2009 4th Annual Conference on Empirical Legal Studies Paper; U of Texas Law, Law and Econ Research Paper No.196.

43. Budetti PP. Tort Reform and The Patient Safety Movement. Journal of American Medikal Association 2005; 1;293(21):2660-2.
44. Türkiye Nüfus ve Sağlı Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Ankara Türkiye ve Macro International Inc, Calverton, Maryland, USA [<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA1998-AnaRapor.pdf>] adresinden 14.08.2012 tarihinde erişilmiştir.
45. Türkiye Nüfus ve Sağlı Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Ankara Türkiye ve Macro International Inc, Calverton, Maryland, USA [<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/>] adresinden 14.08.2012 tarihinde erişilmiştir.
46. T.C.S.B. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü 2005, 2011 ve 2012 yılı verileri



7. EKLER

1.Anket Formu Örneği



İZMİR BOZYAKA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTENESİ
3. DAHİLİYE KLİNİK ŞEFLİĞİ / AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI
ASİSTAN DR. GİRAY KOLCU
BİLİMSEL ÇALIŞMA ANKET FORMU

T.C.S.B İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
UZMANI HEKİMLER İLE ASİSTAN HEKİMLERİN DEFANSİF TIP UYGULAMALARI
İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

NOT: Bu anketteki veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve araştırma sorumlusu tarafından gizliliği korunacaktır.

Tahmini süre 5 dk

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaş;

HASTA HEKİM İLİŞKİSİ İÇİNDE GEÇİRDİĞİNİZ HEKİMLİK SÜRESİ;.....yıl

CİNSİYET; E - K

ÜNVAN;

Uzman doktor

Asistan doktor

	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Az katılıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum,					
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum,					
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum,					
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum,					
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum,					
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum,					
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum,					
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum,					
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum,					
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum,					
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum,					
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum,					

13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum,					
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum,					

	Evet	Hayır
15. Hekimlik mesleğiniz sürecinde malpraktis nedeni ile dava açıldı mı?		
16. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?		
17. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?		
18. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?		