



**T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

HEKİMLERDE DEFANSİF (ÇEKİNİK) TIP UYGULAMALARININ ARAŞTIRILMASI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Yusuf AYNACI

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. İ.Gürsel GÜNAYDIN**

KONYA - 2008

**T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**HEKİMLERDE DEFANSİF (ÇEKİNİK) TIP
UYGULAMALARININ ARAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Yusuf AYNACI

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. İ.Gürsel GÜNAYDIN**

KONYA - 2008

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	ii
TEŞEKKÜR	iv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. TANIMLAR	2
2.1.1. Tıbbi Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası)	2
2.1.2. Defensive Medicine	2
2.1.3. Defansif Tıp Çeşitleri	3
2.1.4. Pozitif Defansif Tıp	3
2.1.5. Negatif Defansif Tıp	3
2.2. DEFANSİF TIP	3
2.3. POZİTİF DEFANSİF TIP	9
2.3.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulama Tipleri	12
2.4. NEGATİF DEFANSİF TIP	12
2.4.1. Negatif Defansif Tıp Uygulama Tipleri	15
2.5. DEFANSİF TIP VE TIBBİ STANDARTLAR	16
2.6. DEFANSİF TIP VE TEKNOLOJİ	18
2.7. DEFANSİF TIBBIN HASTA HEKİM İLİŞKİSİ ÜZERİNE ETKİSİ	19
2.8. ABD'DE DEFANSİF TIP İLE İLGİLİ GENEL SORUMLULUK TEORİLERİ	20
2.8.1. İhmal	20
2.8.2. Yapılan Anlaşmayı İhlal Etmek	21
2.8.3. Kötü Niyet	22
2.8.4. Müessir Fiil	22
2.8.5. Karşılıklı Anlaşmaya Dayalı Görevi İhmal Etme	23
2.9. TÜRKİYE'DE DEFANSİF TIBBIN HUKUKİ BOYUTU	23
2.10. DEFANSİF TIP ALANINDA YAPILAN ÇALIŞMALAR	23
2.11. DEFANSİF TIP VE TÜRKİYE	27
3. MATERYAL VE METOD	31
4. BULGULAR	34
4.1. DEMOGRAFİK SORULARIN SONUÇLARI	34
4.2. DEFANSİF TIP İLE İLİŞKİLİ SORULARIN SONUÇLARI	37
4.3. NEGATİF DEFANSİF TIP SORULARININ SONUÇLARI	43
4.4. POZİTİF DEFANSİF TIP SORULARININ SONUÇLARI	47

4.5. YARDIMCI SORULARININ SONUÇLARI	55
4.6. VERİ VE ANALİZ TABLOLARI	57
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	90
ÖZET	112
SUMMARY	113
EK (Anket Soruları)	114
KAYNAKLAR	119

TEŞEKKÜR

Asistanlığa başladığım ilk günden itibaren ilgi ve desteğini esirgemeyen, adli tıbbın temel dinamiklerini öğrenmemde yoğun emeği bulunan, anabilim dalımızın başkanı kıymetli hocamız ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. İ. Gürsel GÜNAYDIN'a,

Adli tıbbı ve otopsiyi benimsememde, sevmemde ve öğrenmemde önemli katkısı bulunan, adli tıp eğitimime gece gündüz demeden büyük emekler veren kıymetli hocamız Yrd. Doç. Dr. Şerafettin DEMİRCİ'ye,

Eğitimim süresince asistanlığını, uzmanlığını ve akademisyenliğini görme fırsatını yakaladığım, her dönemde de çalışkanlığı ile örnek olan kıdemlim, uzmanım ve kıymetli hocamız Yrd. Doç. Dr. K. Hakan DOĞAN'a,

Adalet Bakanlığı İstanbul Adli Tıp Kurumu rotasyonum süresince ve sonrasında da eğitimime katkıda bulunan, Adli Tıp Kurumu ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde görev yapan tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Tez çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN ve Yrd. Doç. Dr. İsmail Keskin'e

Bugüne kadar yetişmemde katkısı bulunan Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nde görev yapan tüm değerli hocalarıma,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Arş. Gör. Dr. İdris DENİZ'e,

Ve çok sevdiğim eşim FİGEN ile biricik kızım ÖNCÜL'e minnet ve şükranlarımı sunarım.

Saygı ve teşekkürlerimle.

Dr. Yusuf AYNACI

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde tıbbi malpraktis davalarının giderek arttığı yapılan retrospektif çalışmalardan anlaşılmaktadır. Ceza ve tazminat hukukumuzda hekimin tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanan yasal sorumluluklarını belirleyen özel kanun maddeleri bulunmamaktadır. Yasalarında malpraktis kanunları bulunan ve malpraktis kanunları - sigorta - tazminat dinamiklerini sağlık sistemlerinde uygulayan Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve bazı Avrupa Ülkeleri'nde yaşanan en büyük problemin **defensive medicine** (defansif tıp) olduğu bilimsel makalelerle bildirilmektedir. Ülkemiz hekimlerinde de yeni Türk Ceza Kanunu (TCK) sonrası defansif tıbbın gelişebileceği öngörüsü uyarıları yapılmıştır.

Defansif tıp kısaca; “hekimin ceza veya hukuk davalarıyla karşılaşmamak, tazminat ödememek, sigorta poliçe primlerini artırmamak amacıyla aşırı korumacı veya çekingen davranarak tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması” şeklinde tanımlanabilir.

Ülkemizde tıbbi malpraktis kanunlarının ve sağlık çalışanı zorunlu mesleki mali sorumluluk sigorta sisteminin gelecekte uygulamaya girebileceğini, tıp meslek örgütlerinin açıklamaları ve Sağlık Bakanlığı'nın çalışmalarından anlamaktayız.

Defansif tıbbın sosyal, ekonomik, hukuki, tıbbi ve özellikle de adli-tıbbi boyutu olmasına rağmen, ülkemizde defansif tıp alanında yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlayamadık.

Çalışmamızda, ABD ve Avrupa Ülkeleri'nde çok iyi tanınan bu kavramı yabancı literatürlerin ışığında tanımlamak, defansif tıbbın Türkiye'de oluşup oluşmadığını, oluşmuş ise hangi boyutta uygulandığını, klinikler arasında farklılıklar olup olmadığını, hangi objektif ve subjektif etkenlerle ilişkili olduğunu tespit ederek, ülkemiz hekimlerini bekleyen hukuki, adli-tıbbi problemleri önceden gösterebilmek, 1 Haziran 2005 tarihinde hekimleri de ilgilendiren düzenlemelerle yürürlüğe giren yeni TCK sonrası defansif tıp verilerini ve malpraktis kanunları ile zorunlu mesleki mali sorumluluk sigorta sistemi uygulamasına geçilmeden önceki defansif tıp verilerini toplayarak geleceğe aktarmayı hedefledik.

Bu amaçla, yabancı literatürler ışığında hazırladığımız negatif ve pozitif defansif tıp uygulamalarını sorgulayan sorular ile konunun daha iyi irdelenmesini sağlayacak yardımcı sorulardan oluşan anket çalışması planladık. Anketimizi Konya İl Merkezindeki tüm kamu ve özel hastanelerde direk hasta-hekim ilişkisi içerisinde olan tüm hekimlerle birebir görüşme tekniği kullanarak uygulamayı, elektronik ortamda oluşturacağımız istatistik verilerini literatürler ışığında tartışmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TANIMLAR

2.1.1. Tıbbi Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası)

Malpraktis, latince “male” ve “prakxis” kelimelerinden türemiş olup, “kötü, hatalı uygulama” anlamındadır. Uygulamada; bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri olarak kullanılır. “Tıbbi malpraktis” ise; tıp mesleği mensuplarının aynı şekildeki hareketleri sonucu ortaya çıkmaktadır (1).

Dünya Tabipler Birliği’nin 1992 yılındaki 44. genel kurulunda “hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya gerekli tedaviyi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlanmıştır (2,3,4).

Birçok tanım içerisinde, “hastalık sürecine bağlı olmayan tıbbi yönetimden kaynaklanan yaralanma” tanımı oldukça yalındır. Tıbbi uygulama hataları, “hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki şartların” tamamını içermektedir (2,3,4,5). Bir işin belirlenen şekilde yapılması “standart” olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi uygulama hatası, “hastanın yaralanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açısından, başarısızlık veya yanlış uygulama” olarak da tanımlanmaktadır (2,4,6). Bu durumda; tıbbi uygulama hatası, standartlardan sapma anlamına gelmektedir (4).

2.1.2. Defensive Medicine

1970’li yılların başlarında ABD’de tıp, hukuk, ekonomi ve sosyoloji alanlarında kullanılmaya başlayan ve günümüzde de aynı alanlarda kullanılan “**defensive medicine**” teriminin (7,8,9) bilinen ilk tanımlarından birisi, “**hekimin kendisini dava tehdidine karşı korumak amacıyla tanı ve tedaviye yönelik işlemleri gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan faaliyetlerin sorumluluğunu reddetme uygulamalarını içerir**” (8,9) şeklinde yapılmıştır. 1970’li yılların başlarında yapılan başka bir tanımda “**malpraktis dava olasılığını azaltmak amacıyla hekim tarafından gerçekleştirilen medikal olarak onaylanmamış uygulamaları içermektedir**” (9,10) denilmiştir. “**Malpraktis sorumluluk tehdidi tarafından indüklenen normal medikal uygulamalardan sapmadır**” (11,12,13) şeklinde tanımlandığı gibi, “**malpraktis sorumluluğundan kurtulmak amacıyla esasta korunma tedbiri olarak yapılan çeşitli tanı ve tedavi tedbirlerinin uygulanmasıdır**” (14,15) şeklinde de tanımlanmıştır. Defensive

medicine için 1970’li yılların başlarından günümüze kadar yapılan tanımlamaların kapsamlarının değişmediği ve içeriklerinin birbirine çok benzediği görülmektedir (7-27).

Tanımlamalarda dava edilme korkusundan bahsedilerek (7-11,14,16,17,19-23,28-38), hastaya faydalı olmaktan ziyade yasal sorumluluktan kurtulmak için uygulanan tepkiler (16) olarak nitelendirilmiştir.

“Defensive medicine” terimi son yıllarda ve özellikle 1 Haziran 2005 tarihinde yeni Türk Ceza Kanunu’nun yürürlüğe girmesinden sonra Türkçe kaynaklarda **defansif tıp** (2,39-44), **çekinik tıp** (39,43), **savunmacı tıp** (2,43) ve **temkinli tıp** (2) olarak kullanılmaya başlanmıştır.

2.1.3. Defansif Tıp Çeşitleri

Defansif tıp kavramı “**assurance behavior**” (güvence davranışı) ve “**avoidance behavior**” (kaçınma davranışı) olmak üzere iki alt bölümde incelenmiştir. Güvence davranışları için en sık “**positive defensive medicine**” (pozitif defansif tıp), kaçınma davranışları için ise “**negative defensive medicine**” (negatif defansif tıp) terimleri kullanılmıştır. Ayrıca bu iki kavram “**iyi-kötü**”, “**doğru-yanlış**”, “**risk azaltılması-riskten kaçınma**” şeklinde de isimlendirilmiştir (7-9,11,14,17,19,21,30,37,45).

2.1.4. Pozitif Defansif Tıp

Pozitif defansif tıp “**hastaları malpraktis şikayetinde bulunmaktan vazgeçirmek veya yasal süreci yapılması gerekenin yapıldığı konusunda ikna etmek ve hoşnutsuzluktan kaynaklanabilecek olumsuz sonuçları azaltmak amacıyla marjinal yada tıbbi değeri olmayan ilave tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasıdır**” (7-9,11,14-19,21-23, 25, 26, 32) şeklinde tanımlanmıştır.

2.1.5. Negatif Defansif Tıp

Negatif defansif tıp ise “**hekimlerin kendilerini yasal risk kaynaklarından uzaklaştırmak amacıyla malpraktis davasıyla sonuçlanma riski yüksek tanı ve tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınmaları**” (7-9,11,14,16,17,19,21,22,30,32,45-47) olarak tanımlanmıştır.

2.2. DEFANSİF TIP

Bir hastalığın medikal tedavi altında iken bile sadece iyileşmesi değil aynı zamanda kötüleşebilmesi de hastalıkların doğasında vardır. Bu nedenle medikal tedaviler her zaman yüksek risk içerirler. Son yıllarda medikal tanı, tedavi ve tıbbi teknolojilerdeki hızlı gelişmeler risk faktörünü daha da arttırmıştır. Tıp mesleği sadece toplumdan, basından ve

hukuki düzenlemelerden gelen artan baskılardan dolayı değil hekimlerin tıbbi hatalarından dolayı artan iddialar nedeniyle de giderek huzursuz ve endişeli bir hale gelmektedir. Bu durum 1970’li yılların başlarında ABD’de ve daha sonra diğer ülkelerde de tespit edilmeye başlandığı gibi yanlış bir şekilde defansif tıbbın gelişmesine yol açmıştır (48).

İkinci Dünya Savaşından beri ABD’de sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç, devletin zenginliğine ve ödeme yetisine bakılmaksızın herkese sağlık hizmeti sağlama girişimleri yanında çoğunlukla sağlık sigortasının olması ve kullanılması nedeniyle hiç beklenmedik oranlarda artmıştır. Ama bununla birlikte medikal bakımı sağlayacak imkanlar yeni talepleri karşılayacak seviyeye getirilmemiştir. Sonuçta sağlık sistemiyle ilgili hoşnutsuzluklar ve sağlık maliyetleri artarak, sağlık kaynaklarının ciddi bir şekilde sınırlı olduğu ve var olan kaynakların etkili bir şekilde kullanılmadığı ve bazı değişikliklerin kaçınılmaz olduğu yönünde krizler ve düşünceler ortaya çıkmıştır (35).

Sağlık sistemiyle ilgili hoşnutsuzluklar beraberinde malpraktis dava sayılarını ve dolayısıyla bu davaların tazminat miktarlarının artmasını da doğal olarak ortaya çıkartmıştır (35). Malpraktis dava sayılarının artması, yüksek tazminatlar ve küçülen sigorta pazarı hekimleri malpraktis davalarına karşı korunma amaçlı olarak gereksiz tanı testleri istemelerine ve riskli hastalardan çekinmelerine neden olan tedirgin bir ortam oluşturmuştur (9). Giderek daha çok yükselen tazminat ödeme oranları, haklarını daha çok arayan hastalar, sağlık hukuku alanında uzmanlaşan avukatlar, daha büyük idari yükler sigorta şirketlerince sigorta edilmeme riskini arttırmış ve hekimlerin ağırbaşlılığına karşı diğer zorlayıcı etmenler hekimleri malpraktis sorumluluk risklerini tek başlarına kaldıramayacakları defansif duruşa yönlendirmiştir (11).

ABD’de malpraktis krizleri esnasında hastaları seslerini yükseltmeye teşvik eden güvenlik kampanyaları (11) ve basının sorumsuz yayınları neticesinde hastalar önyargılı hale getirilmiş (49), bunlara ilaveten basında yer alan milyon dolarlarla ifade edilen yüksek ödül niteliğindeki davalar birçok kişi için yeni malpraktis davaları açılmasında motivasyon kaynağı oluşturmuştur (19). Malpraktis krizleri esnasında hekimler, **“kendilerini sanık sandalyesinde ağzı iyi laf yapan zeki, kurnaz, kiralık bir avukat tarafından sorguya çekildiklerini”** hayal ederek (30), malpraktis iddialarına karşılık **“kendilerini korumak amacıyla çıkarlarını düşünmekle”** (7) ve **“her iki gözlerinin hasta üzerinde olması yerine bir gözlerinin mahkeme üzerinde olması”** (35) ile suçlanmışlardır. Hekimlerin, fazladan gerçekleştirdikleri tanı ve tedavi uygulamalarının hastanın bakımında çok az ya da hiç etkisi olmayacağını hissetmesine rağmen sözü edilen uygulamaların hastaya zarar

vermeyeceğini ve hatta uzakta olsa bazı tedavi etkilerinin olacağını ileri sürerek davranışlarını rasyonelleştirmeye ve günü kurtarmaya çalıştıkları iddia edilmiştir (30).

Hekimler aleyhindeki bu suçlama ve iddiaların doğru olup olmadığı yani defansif tıbbın var olup olmadığı alanında çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Duke University Law Journal (Dük Üniversitesi Hukuk Dergisi) tarafından 1970 yılında yapılan ve 1971 yılında yayınlanan “**The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine**” isimli çalışma bu konudaki ilk çalışmalardandır (7,19,30). Yine aynı yıl içinde “**The 1970 Professional Liability Survey**” (1970 Profesyonel Yasal Sorumluluk Araştırması) araştırmasında malpraktis tehdidinin tıbbi uygulamalara karar verme aşamasında etkili olup olmadığı araştırılmıştır (7,28). 1972 yılında Pennsylvania Üniversitesi tarafından da defansif tıp uygulamalarının genişliğini test etmek amacıyla araştırma yapılmıştır (30,31). Birbirinden bağımsız olarak gerçekleştirilen her üç araştırmada da defansif tıbbın var olduğu ve dava edilme korkusunun hekimleri tıbbi uygulamalara karar verme aşamasında etkilediği sonucuna varıldığı görülmüştür (7,9,28,30,31).

Tıbbi tedaviler, yaralanmaları ve peşinden ceza veya hukuk davalarına sebep olabilecek hekimin önleyemeyeceği riskleri içermektedir. Bu nedenle hukuki düzenlemeler doktorun tanı ve tedavi uygulamalarını etkileyebilmektedir (30). Tıbbi uygulamaları düzenleyen yasal sistemler ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilen farklı caydırıcılara dayanabilir (17). İyi düzenlenmemiş sistemler hekimleri tıbbi tedavinin yüksek maliyetlerinden sorumlu olan defansif tıp uygulamalarına zorlamaktadır (29). Malpraktis dava tehdidinin genel sağlık giderleri üzerindeki önemli doğrudan maddi etkisine ilaveten bu dava korkusunun yönlendirdiği defansif tıp uygulamalarının kendisinden kaynaklanan daha önemli direk ve indirek tıbbi etkilerinin olduğu bildirilmektedir (19).

Defansif tıp uygulamalarının gerçekleştirilmesindeki en güçlü etken dava edilme korkusudur (35). Tanımlamalarda defansif tıp, dava edilme korkusu ile ilişkilendirilmiş ve defansif tıp uygulamalarının yasal riskler konusundaki endişelerle direk bağlantısı olduğu bildirilmiştir (7-11,14,16,17,19-23,28-38). Var olan görüşlerden birisi malpraktis davalarının hekimleri standart tedavinin gereklerini yerine getirmeye ve böylece tıbbi kazaları önlemeye ittiği yönündedir. Malpraktis davalarının kalite uygulamalarına sahip olmasının diğer bir yönü de defansif tıp uygulamalarına neden olmasıdır. Malpraktis dava endişesi hem pozitif defansif tıp denen ekstra uygulamalar gerçekleştirilmesine hem de negatif defansif tıp dediğimiz yüksek risk içeren uygulamalardan kaçınmayı teşvik etmektedir (9).

2005 yılında JAMA’da yayınlanan bir çalışmada Pennsylvania’da yüksek riskli uzmanlık alanlarında (acil tıp, genel cerrahi, ortopedik cerrahi, nöroşirurji, jinekoloji ve radyoloji)

uygulama yapan ve rasgele örnekleme yöntemi ile seçilen 1333 hekim ile yapılan araştırmada; hekimlerin %88'i daha önce en az bir defa dava edildiklerini, %48'i son üç yıl içinde en az bir defa dava edildiklerini, %51'i sigorta şirketleri tarafından son 5 yıldır sigortalanmadıklarını belirtmişlerdir (11). Unitet States General Accounting Office (Amerikan Genel Muhasebe Servisi) yayınladığı araştırma raporunda malpraktis iddialarının %43'ünün hekim aleyhine ödemeye sonuçlandığını belirtmiştir (30). Hekimler arasındaki bu malpraktis sorumluluğu ve sigortadan kaynaklanan genel endişe düşünüldüğünde; yasal risklerin birçok hekimin klinik endişeleri arasında yer aldığını ve bu endişenin birçok vakada birincil öncelikli hareket kaynağı olduğunu kabul etmenin gerçekçi bir yaklaşım olacağı belirtilmiştir (7).

Artan davaların ve tedirgin çalışma şartlarının hekimlerin uzmanlık alanı seçimlerini etkilediği ve yüksek riskli uzmanlıkları seçmedikleri belirtilmiştir (20). Artan malpraktis sigorta maliyetleri genç hekimleri, yüksek sigorta primlerini ödeyemedikleri için, mesleği bırakmalarına veya malpraktis riskinin ve sigorta oranlarının düşük olduğu yerlere yerleşmeye zorlamıştır (9). ABD'de malpraktisi önlemek için düzenlenen kurslara verilen paralar, diğer klinik veya klinik olmayan kurslara harcanan paralardan çok fazla hale gelmiş (30) ve defansif tıbbi savunan hekimler tarafından **Medical Defence Union** (Tıp Defans Derneği) ve **Medical Protection Society** (Tıp Koruma Birliği) gibi meslek örgütleri kurulmuştur (17,21). ABD'de malpraktis dava tehdidi ve sigorta primlerinin ağır yükü nedeniyle acil servis hekimlerinin bu alanda çalışmayı bırakmaları ve çalışan hekimlerin de uyguladıkları defansif tıp nedeniyle acil servislerin etkinliği azalmaya başlayınca ilk olarak California eyaletinde “**acil çalışanı sorumluluk muafiyeti kanunu**” (sovereign immunity, emergency medical care immunity, Good Samaritan immunity) çıkartılmıştır. Haziran 1999 tarihi itibarıyla birçok eyalette değişik niteliklerde olmak üzere benzer yasaların bulunduğu bildirilmiştir. Bu yasa ile acil olgularda iyi niyetli girişimlerin cezalandırılmaması amaçlanmıştır (34,50-53).

Medikal uygulamaların sosyal beklentileri yüksek derecede kesinlik istemektedir. Bu gibi faktörler hekimler üzerindeki, düşük tanı verileriyle sonuçlanabilecek çeşitli test ve tıbbi yöntemleri uygulamaları noktasında oluşan baskıya katkıda bulunmaktadır (19). Bu konuda varılan ortak nokta; hastaların optimum tedavi istemeleri ve hekimlerin yasal endişelerinin birleşimi, teşhis konusunda emin olmadıkları zaman daha fazla tetkik istemelerine sebep olduğu yönündedir (7). Bu algılamalar abartılmış olsa bile tüm sağlık hizmeti verenlerin malpraktis davası olasılığının farkında oluşları ve aşırı duyarlılıkları göz ardı edilemez. Bir çok hekim defansif tıbbın tıbbi uygulamalarda bir işletim faktörü olduğuna inanmaktadır (19). Malpraktis davalarının hekimleri bireysel olarak tehdit etmesi sağlık sisteminin total performansına da olumsuz etki etmektedir (9). Malpraktis davalarının tehdit korkusu devam

ettiği sürece, hekimlerin defansif tıp uygulamalarını gerçekleştirmeye devam etmelerinin kaçınılmaz olduğu belirtilmektedir (30).

Malpraktis sorumluluk sigorta piyasasında daha değişken dönemlerde hekimin sigorta primlerini ödeyip ödeyemeyeceği endişesi ve sigorta kapsamına dahil miktarın tazminat ödemelerini karşılayıp karşılayamayacağı konusundaki tedirginliği sadece tıbbi tedavi masraflarını değil aynı zamanda sağlık hizmetine ulaşılabilirliği ve kaliteyi etkileyerek daha geniş yelpazede defansif tıbbın kullanılmasını indüklediği belirtilmiştir (11). Hekimin, kendisi üzerinde etkili olan maliyet sınırlamalarının zayıflığından dolayı kaynakları faydalı olmayan kullanımlara tahsis etme serbestliğine sahip olduğu ve bu nedenle defansif tıbbın, artan malpraktis tehdidinden kaynaklanmış olsa bile aynı zamanda sağlık hizmetleri sisteminde bir takım sınırlamaların olmayışının belirtisi olabileceği (9) bildirilmiştir.

Tancredi ve Barondess defansif tıbbın açıkça görünen ve artan öneminden dolayı her ülkede defansif tıp uygulamalarının genişliği ve özellikleri ile ilgili ampirik çalışmalar yapılması gerektiğini belirtmiştir. Son yıllardaki defansif tıp endişelerinin çoğu, son 40 yılda ABD’de gerçekleştirilen seri araştırmaların sonucunda ortaya çıkmıştır (17). ABD’de malpraktis uygulamaları zaman zaman gerçekten ciddi krizler oluşturmuş ve hem profesyonel sorumluluk sisteminde hem de hekim davranışlarında köklü değişiklikler yapılmasını gerektirmiştir (24). 30 yıldan fazla bir süredir malpraktis sistem reformunun savunucuları ve uygulayıcıları ABD malpraktis sisteminin en zararlı ve maliyetli sonucunun hekimlerin malpraktis davası korkusuyla gerçekleştirdikleri defansif tıp uygulamaları olduğunu iddia etmişlerdir (23). Defansif tıp, ABD’de malpraktis krizlerinin olduğu ve yasal değişiklik için diğer baskıların ortadan kalktığı yıllarda sık sık öne sürülen bir konu olmuştur. Bu konuda araştırma ve analiz yapanlar ABD’de sağlık hizmet servislerinin artan bir şekilde aşırı kullanılmasına ve nadir olan ekonomik kaynakların boşa harcanmasına katkıda bulunan “**sorumluluk**” veya başka bir söyleyişle “**malpraktis endişeleri**” üzerine odaklanmışlardır (11). Birçok ülkede olduğu gibi İngiltere’de de Amerikan tarzı malpraktis krizlerinin oluşma olasılıkları hakkındaki endişeler hem tıp hem de hukuk meslek grupları tarafından 1980’li yıllarda dile getirilmeye başlanmış ve ilgili çevreler tarafından “**Amerikan Deneyimleri**” (The American Experience) titizlikle incelenmiştir (20).

Defansif tıp kavramı her yönüyle incelenmesi gereken bir kavramdır ve yalnızca davaya tepki olarak yapılan klinik uygulamalardaki değişiklikler, tamamen boşa harcanmış emek ve para olarak değerlendirilmemelidir. Amerikan Tıp Derneği bu kapsamda fark edilebilecek derecede artan geri bildirim ve tıbbi kayıt tutma konusundaki gelişmeden bahsetmektedir. Medikal kazaları önlemek için problemleri tanımlama, değerlendirme ve çözüme ulaştırma

faaliyetlerini yürütecek “**risk yönetim programları**”nın hastaneler ve sigorta şirketleri tarafından kullanılmaya başlanmasıyla Amerika’da ortaya çıkan medikal denetimler konusundaki gelişmeler bu gerçeği doğrulamaktadır (20). Hekim davranışlarıyla ilgili olarak gelişen değişiklikler arasında hekim-hasta iletişim ve ilişkilerinin geliştirilmesi ile profesyonel organize değerlendirmeler de söylenebilir (24).

Defansif tıbbın ABD’de ve ABD dışında birçok ülkede de kullanıldığı rapor edilmiştir (17,27,54-69). Defansif tıp uygulanmaktadır ve bunu uygulayan hekimler tarafından da kabul edilmektedir (30). Birçok hekimin, istenmeyen bir sonuç karşısında ihmal iddialarından kurtulmak için rutin olarak defansif tıp uygulaması yaptığı tespit edilmiştir (29). Bazı çalışmalarda hekimlerin %98’i hasta şikayet ihtimaline karşı uygulamalarda değişiklik yaptıklarını bildirirken (17), birçok uzman hekim de malpraktis riskinden, sağlık sigortası maliyetlerinden dolayı hastalara defansif tıp uygulamaları yaptıklarını belirtmişlerdir (11). Defansif tıp uygulamaları sadece hekimler tarafından değil aynı zamanda diş hekimleri, ebeler, hemşireler ve diğer yardımcı sağlık personeli tarafından da kullanılmaktadır (70-74). Bununla birlikte, yaygınlığı ve özellikleri üzerinde çok tartışılmıştır. Defansif tıpla ilgili yayınlanmış çok sayıda anekdot örnekler olmasına rağmen, doğası ve yaygınlığı konusunda net tanımlar ve güvenilir tahminlerde bulmak zor olmuştur. Defansif tıp tedaviyi destekleyebilir (örneğin, ilave tetkik ve tedavi), tedavinin yerini alabilir (başka bir uzman hekime veya sağlık merkezine sevk etme), veya tedaviyi azaltma (riskli hastaların tedavilerinden kaçınma) şeklinde olabilir. Defansif tıp şartlara bağlı olarak kaliteyi azaltabilir veya arttırabilir (11). **“Defansif tıp iyi tıptır, bazı uygulamalar hastalar için son derece faydalıdır”** (7,17) diyenler olduğu gibi **“defansif tıp kötü tıptır (35), zarar verici fenomendir (24) hekimlerin potansiyel eleştirilere maruziyetini azaltır fakat aynı zamanda hastayı gereksiz işlemlerin riski altında bırakır”** (7,16,35) tespitini yapanlar da vardır. Yapılan çalışmalarda defansif tıbbın klinikten kliniğe, uzmanlık dalları arasında ve birinci basamak sağlık hizmeti ile hastanede verilen sağlık hizmeti arasında çeşitlilik gösterdiği belirtilmiştir (11,17,21,23).

Defansif tıp fenomeninin en sık kullanılan örnekleme artan sayıdaki sezeryan ile yapılan doğumlar gösterilmiştir. Jinekologların vaginal doğum travmasını azaltmak amacıyla sezeryan ile doğumu tercih ettikleri belirtilmiştir (62,75-77). 1977 yılı Amerikan Jinekologlar Koleji toplantısında son 10 yılda sezeryan oranının obstetrikteki dava tehdidi nedeniyle iki katına çıktığı açıklanmıştır (19). İngiltere’de de 2005 yılında sezeryan oranlarının %22’den %22,7’ye yükselme nedeni obstetrik ihmal iddiaları ve sonucunda defansif tıptaki artma ile ilişkilendirilmiştir (35).

Defansif tıbbi inceleyen makalelerde olduğu gibi ABD’de defansif tıbbi inceleyen yasal organ olan Secretary’s Commission Medical Malpractice’da defansif tıbbi, pozitif ve negatif defansif tıp alt başlıklarında incelemiştir (9,19,37).

2.3. POZİTİF DEFANSİF TIP

Pozitif defansif tıp veya güvence davranışı (Assurance Behavior) olarak adlandırılan bu uygulama, hastaları malpraktis şikayetinde bulunmaktan vazgeçirmek veya yasal süreci yapılması gerekenin yapıldığı konusunda ikna etmek için olumsuz sonuçları azaltmak amacıyla marjinal yada tıbbi değeri olmayan ilave tanı ve tedavi tetkiklerinin uygulanmasını içermektedir (11). Hekimler malpraktis sorumluluğuna maruz kalma riskini azaltmak amacıyla sadece normal hasta grubunda değil, yüksek risk içeren hastalardan veya uygulamalardan korunabilmek için de ekstra tanı ve tedavi uygulamalarını talep etmektedirler. Hastaya faydalı olmaktan ziyade yasal sorumluluktan kurtulmak için gerçekleştirilen tepkiler olarak nitelendirilmişlerdir (16). Başka bir söyleyişle pozitif defansif tıp, hekimi veya sağlık hizmeti veren kişiyi sorumluluktan kurtarmak için tanı veya tedavi önlemlerinin kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Bu önlemlerin birçoğu hastanın normal tedavisi için gereksiz olarak görülen uygulamalardır (19). Bu konuda bildirilenlerin çoğu, hekim davranış raporlarının da tespit ettiği gibi; kabul edilir tıp ve yasal standartlardan ziyade popüler etkenlere dayanan ve neticede yasal korunma için klinik faydası hiç olmayan ya da çok az olan uygulamaların gerçekleştirilmesidir. Pozitif defansif tıp fenomeni en sık, tanı tetkiklerinin aşırı kullanılması durumuyla örneklendirilmiştir (24).

Pozitif defansif tıp uygulamalarının hekim tepkisine göre üçe ayrılarak incelenebileceği bildirilmiştir (9,11,14). Bunlar; 1) kötü neticelerin ortaya çıkmasını azaltmak için yapılan uygulamalar, 2) hastaları malpraktis iddialarından caydırmak için yapılan uygulamalar, 3) eğer devreye yasal süreç girecekse standart tedavinin verildiğine dair kanıt hazırlamak için ilave ama gereksiz testlerin yapıldığı uygulamaları içermektedir (9,14). Bu uygulamalar ile daha sonra malpraktise temel oluşturabilecek herhangi bir gizli problemin göz ardı edilmediğini garantilemek için hekim ne yasal ne de tıbbi olarak gerekli olmayan tıbbi uygulamaları gerçekleştirmek suretiyle mahkemelerin belirlediği sınırın çok ötesine geçebilmektedir. Sonuçta, hastanın hastalığı için tıbbi veya hukuki olarak gerekli olmayan ve olası herhangi bir davada kullanılmak için hekimin gayretinin kalıcı bir kanıt belgesi olarak tanı ve tedavi yöntemleri uygulanmış olmaktadır (9).

Pozitif defansif tıp uygulamaları malpraktis tehdidine aşırı reaksiyon göstermek olarak nitelendirilmiş ve duruma göre hastanın aldığı sağlık hizmeti kalitesi üzerinde olumlu veya olumsuz etki edebileceği bildirilmiştir (9). Pozitif defansif tıp uygulamaları şartlara bağlı

olarak kaliteyi arttırabilir veya azaltabilir. İlave tanı testleri gibi tanımlanan çoğu garantiye alma davranışı marjinal yararlar önerse bile hastalara olan etkileri hastanın ve hastalığın durumuna, istendiği şartlara ve zamana göre değişebilmektedir (11). Pozitif defansif tıp sadece tanı ve tedavi yöntemlerinin aşırı kullanılarak sağlık bakım masraflarını artırmasıyla değil aynı zamanda tıbbi uygulamaların kendilerinden kaynaklanan bazı çok değişik boyutlardaki komplikasyon veya beklenmeyen risklerinin ortaya çıkmasıyla sonuçlanabilmektedir (19). Malpraktis iddialarından kurtulma isteği, hekimi normalde yapmayacağı hastaneye yatırma, konsültasyon isteme, daha fazla tanı ve tedavi yöntemlerini uygulama gibi garantiye alma davranışlarına itebilmektedir. Bunlar aşırıya kaçılmadan yapıldığında şartlara göre hastaya herhangi bir zarar vermeyebileceği ve bazen potansiyel problemleri bile bertaraf edebileceği bildirilmiştir (7). Hastaya daha detaylı açıklama yapılmasının artırılması, tanı ve tedavi yöntemlerinin tüm aşamalarda denetlenmesi, müşteri memnuniyeti faaliyetlerinin geliştirilmesi ve daha detaylı hasta tanımlamalarını içerir kayıt tutulması gibi pozitif defansif tıp uygulamalarından bazıları kalite artırıcı gelişimler olarak tanımlanmıştır (17).

Bir hasta kesin bazı semptomlara ve belirtilere sahip olduğunda, belirli spesifik testler klinik teşhisi onaylayacak yüksek oranlı sonuç bilgisi verirler. Diğer bazı testlerin faydası daha az olabilir, hatta bunlardan bazılarının faydalı olma olasılığı da oldukça az olmaktadır. Muayeneyi yapan hekimin hastası için hangi testlerin uygun olacağı kararını verme zorunluluğu vardır. Eğer hekimin birincil endişesi maliyetleri minimumda tutmak ise, mümkün olduğunca az tetkik isteyecektir. Eğer hekimin birincil endişesi en kaliteli medikal bakımı sağlamak ise, muhtemelen teşhis koymada faydalı olabilecek her tetkiki isteme olasılığı vardır (7).

Pozitif defansif tıp uygulamalarının, hekimler için gerçek yada hayali dava tehdidini ortadan kaldırmanın yaygın olarak etkili olduğuna inanılan bir mekanizma olarak kullanıldığı bildirilmiştir (30). Malpraktis nedeniyle dava edilme korkusunun hekimlerin ek laboratuvar tetkikleri istemelerinde önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Tetkikler hastanın sağlığı için yararlı ise, ekonomik olarak onaylanmaktadır. Herhangi bir malpraktis davasında uzman bir bilirkişi, tıp standartlarına göre yapılması gereken bir tetkikin ekonomik veya başka bir sebeplerden dolayı atlanmasını tespit ettiği ve bu ihmalin hastanın tedavisi sonucunda zarar görmesine neden olduğunun ispatlandığı durumlarda, istenilmeyen tetkikler hekimi hukuki yönden sıkıntıya sokmaktadır. Benzer bir şekilde, kendini koruma isteği hekimleri zaten belli olan sonuçların onaylanması için tetkik yaptırmaya itmektedir. Bu hasta bakım maliyetini arttırabilir ama çok nadir bile olsa sonuçların teşhiste bir değişikliğe neden olduğu ve hastanın hayatını ve sağlığını kurtardığı durumlarda maliyetler ve tetkikin geçerliliği onaylanmaktadır.

Muayene yapan hekim tetkikten beklenen yararların, maliyeti onaylamaya ve bundan dolayı doğacak rahatsızlık veya zararı karşılayıp karşılamayacağını tespit etmesi gerekmektedir. Maliyet bir faktördür fakat, yararlı olabilecek bir tetkikten sadece ekonomik sebepler nedeniyle vazgeçilmesinin açıklaması özellikle hastanın bu eksiklikten zarar gördüğü durumlarda çok zor olmaktadır (7).

Birçok hekim ve karar verme yetkisinde olanlar pozitif defansif tıbbın sadece artan sağlık maliyetlerinden değil aynı zamanda hastaları gereksiz prosedürler yüzünden zarar verebilecek önemli risklere maruz bırakmaktan sorumlu olduğunu iddia etmişlerdir (19). Birçok tanı tetkiklerinin uygulanması risk problemini içermektedir. Örneğin, tanı için ileri radyolojik tetkikler gerekli olabilir ama bunlar hastayı radyasyona maruz bırakmaktadır. Medikal teknolojilerin hızlı ilerlemesi ve uygulamaya girmesiyle invazif tetkikler hasta için daha fazla risk içerir hale gelmiştir. Hekim endikasyonun yüksek yani tıbbi dayanağının çok iyi olduğu durumlarda bu tetkikleri istemelidir (7). Gereksiz invazif uygulamalar hasta için çok önemli riskler ortaya çıkarmaktadır. Çalışmalarda birçok uzman hekim biyopsi yapmalarını veya hastaları biyopsiye göndermelerini defansif sebepler olarak tanımlamışlardır. Biyopsinin en fazla istendiği klinik durumlardan birisi meme kanserleri olduğundan, defansif tıbbın artan riskinden en büyük oranda etkilenmiş görünen kadın hastalardır. Düşük verimli tanı testleriyle ilişkili yanlış pozitif sonuçlar, özellikle de şüpheli bulgular kalite konusunda duygusal huzursuzluk oluşturduğu durumlarda, ilave invazif veya komplikasyon riski yüksek tıbbi yöntemlerin uygulanmasına yönlendirmektedir (11).

Eğer bir hastaya tıbbi gerekliliği olduğu halde herhangi bir nedenle bir tetkik yapılmamışsa, hekim sorumluluk altına girecektir. Öte yandan, eğer hasta tıbbi garantisi olmayan bir tetkik sürecinde zarar görmüşse, hekim yine sorumluluk riski alacaktır. Bu karşıt baskılar bu testlerden sadece kabul edilen tıbbi uygulama ile uygun oldukları durumda faydalanılmasına olanak sağlamaktadır. Endikasyon olduğu halde yapılmayan ve endikasyon olmadığı halde yapılan uygulamalar sonucunda hastanın zararına olan her şey, hekime yasal anlamda bir sorumluluk getirecektir (7).

Özel bir uygulama tekniği için hastanın hastaneye yatırılıp yatırılmaması sorusu zor bir soru olabilir. Hastaneye yatırmak doğal olarak potansiyel risklerle karşılaştırmakta ve maliyetleri artırmaktadır. Diğer yandan, nispeten küçük uygulama tekniklerinden çok ciddi komplikasyonlar meydana gelebilir. Hastaneler bu tür durumların üstesinden gelmek için iyi donanımlıdırlar. Konsültasyon maliyetlere ek yük getirmektedir, fakat uygun durumlarda yapıldığında önemli olmaktadır (7).

Pozitif defansif tıp uygulamaları bazen “**gereksiz tıbbi uygulama**” olarak tanımlanan sorumluluğun bağımsız bileşeni olarak düşünülmektedir. Tıp ve hukuk çevrelerinde, yaygınlaşan pozitif defansif tıp uygulamalarının hukuki boyutu tartışmalı bir konu olamaya devam etmektedir (30).

2.3.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulama Tipleri

Bu uygulamalar ülkenin sağlık hukukunu düzenleyen yaptırımların niteliğine, çalışılan sağlık kuruluşunun konumuna, hekimin birinci veya son basamak hekimi olmasına, hekimin uzmanlık alanı ve içinde bulunduğu çalışma şartları ile hastanın özelliklerine göre kısmen değişiklik gösterse de çalışmalarda ve literatürlerde birbirine çok yakın uygulamalar kaydedilmiştir. Bunlar; **1) tıbbi olarak belirtilenden daha fazla tetkik istemek, 2) tıbbi olarak belirtilenden daha fazla ilaç yazmak, 3) endikasyonsuz hasta yatırmak, 4) tanı ve tedavi için fazladan konsültasyon istemek, 5) daha fazla görüntüleme tetkiki istemek, 6) daha detaylı kayıt tutmak, 7) tıbbi prosedürleri daha detaylı açıklamak, 8) invazif presedürler önermek, 9) tedavi sonrası takipte artma, 10) daha detaylı hasta değerlendirilmesi, 11) uygulamalarda geriye dönük denetlemelerin artırılması, 12) müşteri memnuniyeti faaliyetlerinin geliştirilmesi, 13) hasta ile daha fazla zaman geçirme, 14) daha fazla ziyaret yapma, 15) bilgilendirmenin daha fazla yapılması, 16) hastalara ekstra ziyaretler düzenlenmesi (7,9,11,17,30) uygulamalarıdır.**

2.4. NEGATİF DEFANSİF TIP

Negatif defansif tıp veya kaçınma davranışı (Avoidance Behavior) olarak adlandırılan uygulamalar hekimlerin kendilerini yasal risk kaynaklarından uzaklaştırma çabaları olarak tanımlanmaktadır. Negatif defansif tıp uygulamalarında hekim yüksek riski olan durumlara müdahale etmekten çekinmekte (14) ve bu tür bir düşüncenin sonucu olarak bazı tıbbi ve cerrahi uygulamaları yerine getirmemektedir (7). Malpraktis dava tehdidi hem pozitif defansif tıp olarak tanımlanan ekstra uygulamaların gerçekleştirilmesine, hem de negatif defansif tıp olarak belirtilen yüksek risk içeren uygulamalardan kaçınmayı teşvik etmektedir (9). Dava edilme ihtimali, yüksek risk içeren tedavileri uygulamakta istekli olabilecek hekimler için caydırıcı bir faktör olabilmektedir (7). Malpraktis davasıyla sonuçlanma riski yüksek tedavileri gerçekleştirmekten kaçınan hekimlerin gerçekleştirdikleri negatif defansif tıp uygulamaları sayı bakımından olduğu kadar tıbbi tedavilerin kalitesi bakımından da ciddi problemler sergilemektedir (9). Malpraktis iddialarından korunma endişesinin hekimleri hastanın tıbbi sağlığı için gerekli görülen tehlike riski yüksek tıbbi uygulamalardan kaçınmalarına neden olduğunu, fakat bu konuda hekimlerin sadece bu sebepten dolayı riskli

tanı ve tedavi uygulamalarını gerçekleştirmediklerini söylemenin oldukça yanlış olacağı bildirilmiştir (7). Negatif defansif tıp sadece riskli hastalardan kaçınmak amacıyla değil aynı zamanda herhangi bir yaralanmayı önleyebileceği ve ihmali azaltabileceği inancıyla da gerçekleştirilmektedir. Bu tür bir uygulama hekimi malpraktisten dolayı dava edilmekten ne engelleyecek ne de koruyacaktır. Böyle bir durumda hekim, kaçınmasının sebebinin hasta yararına olduğunu ispatlamak zorunda kalacaktır (30).

Pozitif defansif tıbbın aksine negatif defansif tıp, hekimin hastanın fiziksel koşullarını göz önünde bulundurarak gerekli olan bazı tanı veya tedavi yöntemlerini kullanmamasını ve bunun neticesinde normal riskten daha farklı ters bir durumla karşılaşılmasını, bu duruma bağlı olarak da hukuki malpraktis davalarıyla karşı karşıya gelinmesini ifade etmektedir (19). Bu nedenle, negatif defansif tıp uygulamaları tıbbi malpraktis iddialarına ivme kazandırabilir. Defansif tıp uygulamaları tıp literatüründe sürekli olarak bahsedilmekte ve mahkemelerin malpraktis kararlarında da yer alabilmektedir (30).

Yapılan araştırmalar hekimlerin gerçekleştirdiği negatif defansif tıp uygulamalarının pozitif defansif tıp uygulamalarına oranla daha az olduklarını göstermiştir. Ancak bunun zamanla arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Çoğu durumda hekimin dava korkusundan dolayı faydalı bir yöntemi gerçekleştirmede veya hastayı tedavi etmede isteksiz olduğu bu nedenle hastayı uzman birine yönlendirdiği veya hastayı kabul etmediğine inanılmaktadır. Bu tür tepkilerin başarılı sorumluluk hareketine dönüşeceğine inanmak oldukça zordur. Hasta olmayan birini tedavi etme veya hasta için uygun olmayan düzenlemeler yapıldıktan sonra tedaviye devam etmenin tıbben ve hukuken bir anlamı yoktur. Eğer bir hekim bunu yaparsa ve hastanın yararına en iyi olacak bir metodu gerçekleştirmezse ve de hastayı uygun bir şekilde başka bir hekime yönlendirmezse ihmale dayalı bir malpraktis davasıyla karşı karşıya kalır ve bu durumda davayı kaybetme ihtimali çok yüksektir (30).

Hastası için uygun teşhis yöntemlerini belirlemek hekimin öncelikli görevleri arasındadır. Bu yöntemler ister kan tahlili gibi sıradan tetkikler olsun, ister arteriyogram gibi tehlike riski bulunan işlemler olsun, tıbbi ve yasal olarak hekim sadece tehlikeli tetkikler uygulandığı için hastalarının sigortacısı veya yapılan uygulamayı garantileyen kişisi değildir. Hekim, hasta yararına olacak riskli tedavileri uygulamayı reddedince veya bu tür tedavileri gerçekleştirmeyi ihmal edince suçlu konumuna girebilir (30).

Hekim, hastası açısından çatışan menfaat ve risklerle karşılaştığında öncelikleri (öncelikle korunması gereken menfaatleri ya da öncelikle kaçınılması gereken riskleri) doğru belirlemek zorundadır.

Birçok tıbbi tanı ve tedavi yöntemi hastanın sağlığı için tehlikeli olabilecek ciddi komplikasyon riskleri içermektedir. Bu tür tıbbi uygulamalar için beklenen yararlar ile risk karşılaştırılmalı, hasta lehine olacak yöntemler uygun bilgilendirme ve onam alma kuralları takip edilerek tercih edilmelidir. Hekim hastası için gerekli bir tedavi yöntemini tehlikeli olduğu için yapmaktan kaçınırsa ortaya çıkan zarardan sorumlu tutulur. Buna karşın hekim, hastanın nispeten az bir kazanımını gözeterek çok büyük bir riski göze alırsa, yaptığı tıbbi müdahale hiçbir kusur içermese dahi göze alınmaması gereken riski göze aldığı (yanlış öncelik tespiti) için ortaya çıkan zarardan sorumlu olacaktır. Bu nedenle, yasal risklerden dolayı ortaya çıkan bu durum çift yönlüdür ve hastanın faydasına olacak dengeli bir yol seçilmesi gerekmektedir. Endikasyon olduğu halde yapılmayan ve endikasyon olmadığı halde yapılan uygulamalar sonucunda hastanın zararına olan her şey, hekime yasal anlamda bir sorumluluk getirecektir (7).

Defansif tıp, özellikle kaçınma davranışı, hem hastaların tedavilerini etkileyen klinik kararları hem de daha sistemli tıbbi değişiklikleri ve uygulama tarzını kapsamaktadır (11). Negatif defansif tıp uygulamaları, hasta olsun veya olmasın bireylerin sağlığı ve toplum sağlığı için olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (21). Negatif defansif tıbbın sağlık hizmeti maliyetlerine etkisi çok azdır, fakat potansiyel faydalı tanı veya tedavi yöntemlerinin uygulanmamasından dolayı hasta sağlığı için normalin altında ve kötü sonuçlar vermektedir (19). Negatif defansif tıbbın hastaların tedaviye ulaşımı üzerindeki etkilerini, ulaşımı etkileyen çoklu faktörlerden ve ölçüm zorluğundan dolayı göstermek zordur. Bununla birlikte, yapılan araştırmalarda çok fazla sayıda hekim kaçınma davranışında bulunduğunu, birçoğu ise daha basit malpraktis uygulamalarını nitelendirmek için uygulama kapsamlarında geniş değişikliğe gittiklerini belirtmiştir. Örneğin, birçok jinekolog doğum yaptırmayı, birçok radyolog da mamogram değerlendirmeyi bıraktıklarını belirtmişlerdir. Bu durumların her ikisi de kadınlar için gerekli sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyebilir. Bazı cerrahlar uygulamalarını kolay ve basit ameliyatlara sınırlandırdıklarını ve artık zor tıbbi uygulamaları gerçekleştirmediklerini belirtmişlerdir. Birçok hekim keyifsiz hastalardan, daha önce aynı konudan şikayeti olan hastalardan, tatmin olmamış gibi görünen hastalardan, geçmişte dava açmış olanlardan kaçındıklarını belirtmektedir. Şehir merkezlerindeki uzman hekimler kaçınma davranışları uyguladıklarında, şehir merkezinde yaşayanlar için alternatif tedavi hizmetleri sınırlı olduğundan sağlık hizmetine ulaşma üzerindeki kalıcı ve olumsuz etki ihtimalinin çok daha fazla olacağı belirtilmiştir (11).

Negatif defansif tıp, hekimi tehlikeli tıbbi yöntemlerin uygulanması için hastasını daha uzman birilerine yönlendirmeye itebilmektedir. Bu durum hastaların sevk edilen hekime

gitmeme ve sevk anında oluşabilecek komplikasyon risklerini artırsa da hiç kuşkusuz hastaya daha iyi bir bakım sağlayabileceği bildirilmiştir (7). Black bu konuda “**eğer riskten kaçınma davranışı, hizmetlerin birkaç uzmanın elinde yoğunlaşmasına yol açıyorsa bu tedavinin kalitesini düşürmekten ziyade geliştirmektedir**” (17) demiştir. Studdert de bu konuda “**zor vakaların daha uzman bir hekime veya daha donanımlı hastanelere sevk edilmesi kalite artırıcı olabilir**” tespitini yapmıştır (11). Negatif defansif tıbbın tedavi kalitesini artırabileceği tek durum olarak gösterilen bu uygulamalar her hasta, hastalık, hastane ve hekimin içinde bulunduğu kendine özel durumlar ile birlikte değerlendirildiğinde tıbbi dayanak bulabilirse hukuken geçerlilik kazanır. Gerçek tıbbi geçerliliği olmadan riskli hasta, hastalık veya tedavi yönteminden kaçınma sonucunda hastanın zarar görmesi durumunda açılacak malpraktis davasının hekimin zarar görmeyeceği bir kararla sonuçlanması oldukça zordur.

Negatif defansif tıp uygulamaları malpraktisin bir türü olarak kabul edilmektedir. Bu alanda hasta lehine başarılı bir dava gerçekleştirmenin zorlukları da vardır. Tanı ve tedavinin standartların dışında olduğunu veya hekimin malpraktisten kurtulma güdüsüyle hareket ettiğinin ispatlanması gerekliliği kaçınılmaz bir zorluk olarak ortaya çıkmaktadır. Buna ilaveten, hekimlere karşı tanıklık yapmak isteyecek uzman bilirkişiler bulmak ve negatif defansif tıp uygulamasının sahtekarlık olduğunu ispat etmek de zordur (30).

Bununla birlikte, negatif defansif tıp uygulamasının varlığı belki de en iyi şekilde mevcut durumda o ülkede var olan sağlık hukukunu düzenleyen sistemlerinden kaynaklanan “**temel problemlerin semptomları**” olarak değerlendirilebilir. ABD’de bir dönem Wilson komitesinin teklif ettiği reformların malpraktis davalarını teşvik edeceği ve negatif defansif tıp uygulamalarında hasta için olumsuz sonuçlar doğuracak uygulamaların artacağı öngörülmüştür (17) ve sonuçta da öyle olmuştur (21). Objektif olmayan ve hekim aleyhine düzenlemeler içeren Wilson raporunun bulgularının uygulanmasında olduğu gibi risk alacak hekim aleyhine yapılacak iyi olmayan düzenlemeler negatif defansif tıp uygulamalarını arttırabilir (17).

2.4.1. Negatif Defansif Tıp Uygulama Tipleri

Bu uygulamalar da pozitif defansif tıpta olduğu gibi ülkenin sağlık hukukunu düzenleyen yaptırımların niteliğine, çalışılan sağlık kuruluşunun konumuna, hekimin birinci veya son basamak hekimi olmasına, hekimin uzmanlık alanı ve içinde bulunduğu çalışma şartları ile hastanın özelliklerine göre kısmen değişiklik gösterse de çalışmalarda ve literatürlerde birbirine çok yakın uygulamalar kaydedilmiştir. Bunlar; **1) komplilasyon riski yüksek tedavi yöntemlerinin uygulanmasından kaçınma, 2) dava etme olasılığı yüksek hastalardan**

kaçınma, 3) kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınma, 4) hastayı başka bir hekime sevk etme, 5) komplike problemleri olan hastaları acil servis odasına kabul etmeme, 6) riskli hastaları kabul etmeyerek listeden çıkarmak (9,11,17) uygulamalarıdır.

2.5. DEFANSİF TIP VE TIBBİ STANDARTLAR

Medikal bakım standartları ve hekim hasta ilişkisinde kabul edilebilir risk derecesi defansif tıpta önemli bir konudur. Bir çok sözde defansif tıp yöntemi ürettikleri fayda bakımından istatistiksel bakış açısına göre standart dışı görülebilir ki bu bir tartışma konusudur. Çünkü hekimler bu tür defansif tıp uygulamaları gerçekleştirirken hastanın tedavisinin nasıl değişeceğini bilmemektedirler (19).

Standart sağlık hizmeti doktrininin teşhis ve tedaviye uygulanmasındaki önemli zorluk, standart tedavinin gerçekte ne olduğunu tanımlamaktır. Birçok hastalığın teşhis ve tedavisi için belirli kesin minimum standartlar var olsa da, teşhis ve tedavi için şu ana kadar optimum ve net standartlar belirlenmiş değildir. Dahası, bir hekimin defansif tıp olarak düşündüğü şey bir diğer hekim tarafından yüksek kaliteli tıbbi uygulama olarak değerlendirilebilir (30). Teşhis tetkikleri ile ilgili bir hekimin defansif tıp uygulaması diğer bir hekim için iyi uygulama olabilir. Tanı tetkikleri farklı hekimlerde farklı seviyelerde defansif seviyeye ulaşabilir (17). Tıbbın bir çok uzmanlık alanındaki standartları net olarak tanımlanmamıştır, bu yüzden bir hekime defansif tıp olarak görünen şeyin bir başkası için kaliteli tıbbi tedavi anlamına gelebileceği bildirilmiştir (19).

Tüm bu nedenlerden dolayı defansif tıbbın tanımlanmasında ve ölçülmesinde zorluklarla karşılaşmaktadır, çünkü bazı klinik durumlarda uygun olan ve olmayan tedavi arasındaki ayrımlar henüz çok net olarak belirlenmiş değildir. Dahası, hekimin klinik karar verme sürecini etkileyecek sorumluluk bağlantılı faktörleri, hastanın beklentilerini karşılama, güveni muhafaza ve çatışmadan kaçınma gibi diğer faktörlerden ayırt etmek zor olmaktadır (11). Hekimin karar verme sürecine dahil olan faktörlerin fazla olması ve bunların bir çoğunun tıp disiplini açısından kabullenilmiş olması nedeniyle, defansif tıbbın hekim üzerindeki genel etkisini doğrudan değerlendirmek oldukça zorlaşmaktadır. Tıp eğitiminin doğası kaçınılmaz bir şekilde sadece günün bilimsel bilgilerinden etkilenmemiş, aynı zamanda sunulan hizmete toplumun vermiş olduğu tepkilerde yöntemlerin belirlenmesinde etkili olmuştur. Bu nedenle, hekimler hangi dereceye kadar malpraktis dava korkusunun davranışlarını etkilediği sorularına tam olarak doğru yanıt veremeyebilecekleri de bildirilmiştir (19).

Standart ve kabul edilen tıbbi yöntemleri uygun aydınlatma ve onam ile birlikte uygulayan bir hekim sonuç ne olursa olsun ihmalle suçlanamaz. Tabii ki bazı vakalarda standart tedaviyi tanımlamak zordur. Sıra dışı olmasına rağmen, bir hastanın sahip olduğu tıbbi ya da cerrahi

problemlerle ilgilenmek için standart uygulama mevcut olmayabilir. Daha olağanı, bir hastalığın uygun tedavisi ile ilgili tıbbi görüş farklılıkları olabilir. Belirlenmiş sistem içinde aynı hastalığı tedavi etmenin iki, üç hatta daha fazla yöntemi olabilir. Eğer bir hekim kullandığı tanı ve tedavi metodlarının kabul edilir tıbbi azınlık görüşü tarafından onaylandığını gösterebilirse, o zaman davacının bu uygulanan metodun yanlış olduğunu, uygulamada tıbbi ihmal yapıldığını kanıtlaması gerekmektedir. Uzman bilirkişiler tarafından başka bir metod kullanılsaydı durum daha iyi olabilirdi görüşü belirtilse dahi ispatlanmalıdır. Bu durum, uygulanan tedavinin defansif olup olmadığı problemini doğurmaktadır ve negatif defansif tıbbin tespitinde karşılaşılan çıkmazlardan birisi olarak karşımıza çıkmaktadır (30).

Bir hekime tıbbi malpraktisten dolayı dava açabilmek için hekim üzerine yüklenen tedavi standardının gösterilmesi gerekmektedir. Yargılama hakkına bağlı olarak eğer şikayet edenin talep ettiği tedavi standardı o bölgede veya benzer toplumda veya ülke çapında kabul edilebilir standartlarda olmadığı gösterilebilirse hekim sorumluluğunu sürdürebilir. Bunlar hekimin mesleğini uygulama sürecinde sıradan uyguladığı tedavi kalitesinin tespitinde; dikkati, gayreti veya tedbirli oluş performansını ölçmek için kullanılan kriterlerdir (30).

Kesin bir farklılık olmadığı sürece, herhangi bir tetkik veya tıbbi uygulamanın normal uygulamadan çok uzak olması bu alanda başarılı bir sonuç alınmışsa hekime sorumluluk yüklenme olasılığını azaltacaktır. Ayrıca, tıbbi uygulamaları yapan hekimin asıl amacı fazladan tetkik istemek suretiyle hastasından ziyade kendini korumak olsa dahi, ayrıntılı tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması beklenmedik bir hastalığı tespit ederek daha iyi bir medikal tedavi üretebilmektedir. Bu durumda eğer tetkik tesadüfen hiç şüphelenilmeyen bir problemi açığa çıkardıysa hekime defansif tıp uyguladığı için sorumluluk yüklemek, kendisi açıkça defansif tıp uyguladığını belirtmediği sürece imkansız olacaktır (30).

David Mechanic'in belirttiği gibi defansif tıp uygulamaları etrafındaki tartışmaların çoğunluğu tıbbi tedavinin standartlarıyla ilgili geniş çaptaki fikir ayrılığı ile yakından ilişkilidir. Ne genişlikte olursa olsun, tıbbi tedavinin standartları tıbbi müdahalenin sonuçlarından ziyade öncelikle uygulama süreçlerine odaklanmıştır. Dolayısıyla, malpraktis anlamında hekimlerin değerlendirildiği standartlar kendi bölgelerinde ve uzmanlık alanlarında olan diğer hekimlerle karşılaştırıldığında, hekimlerin tanı ve teşhis ölçümlerinin nasıl olduğuna dayanmaktadır. Bireyin değerlendirilmesi uygulamanın sonuçlarından ziyade hekimin hastayı değerlendirmesi ve onun hakkında karar vermesi üzerine odaklanma eğilimindedir. Daha geniş spektrumdan bakılacak olursa, medikal uygulamaları değerlendirmeye yönelik geleneksel yaklaşımlarımız bazen hastanın elde ettiği sonuç açısından sorgulanabilir duruma dönüşen kurumsallaşmış tedavi şekli ile sonuçlanmaktadır.

Bir başka deyişle, klinik süreçlerin geçerliliğinin standartlaşması yavaş ilerlemekte ve özellikle sağlık sisteminin içine yayılmış tıbbi uygulama yöntemlerinden sonra kanıtlanması zor olmaktadır (19).

Sonradan herhangi bir olumsuzluğu önlemek amacıyla fazla tektik istenmesi bazen hekimin ahlaki yaklaşımına ters olabilir. Eğer bu tür tetkik ve tıbbi uygulamaların hastaya yarardan çok fiziksel, psikolojik ya da ekonomik maliyetleri varsa, bu tetkikleri yapmak demek klinik karar verme sürecinin ve standart tedavinin ihlali olarak düşünülebilir (30).

Hekimler tıp literatürlerini takip etmedikleri için ihmal ile suçlanabilirler ve bu durum hatalarının sebebi olarak gösterilebilir. Hekimler için, bir hastanın durumunda gerekli olup olmadığını düşünmeksizin, standart tedaviyi bilmesi, standartlara bağlı olması gibi son gelişmelerden haberdar olması da son derece önemli görülmektedir (30). Hekimlerin profesyonel gelişme ve standartları takip ettiklerinde, yapılan uygulamaların hem hasta sağlığı hem de yasal riskler konusunda daha etkileyici faydalar getireceğini görecekları vurgulanmaktadır (24).

Problemli olan bir konu da defansif tıp uygulamalarının hastaların faydasına olup olmadığı veya hem maliyetli hem de potansiyel zararı olan ve herhangi bir verinin elde edilmediği tıbbi faaliyetlerle sonuçlanıp sonuçlanmayacağı sorusudur. Her bir uzmanlık alanı için spesifik medikal tanı ve tedavi standartları belirlenmedikçe bu iki sorunun net yanıtlarına ulaşmak mümkün olmayacaktır (19).

Kabul edilebilir tanı ve tedavi standartlarının zamanla profesyonel standart değerlendirme uzmanları tarafından belirlenebileceği, bu durumun tanı ve tedavi uygulamalarında defansif tıp kullanımını değerlendirmede daha anlamlı temeller sağlayacağı ve bu şekilde tıbbi uygulamalarda malpraktis davalarının etkisini ölçmek için bazı metodlar geliştirilebileceği belirtilmektedir (19).

2.6. DEFANSİF TIP VE TEKNOLOJİ

Teknoloji, defansif tıpta ve genellikle malpraktis sorumluluğunda çok önemli rol oynamaktadır. Çalışmalarda uzman hekimlerin teknolojiyi, hastaları yatıştırmak, kendi güvencelerini güçlendirmek veya belirli hastalıkların varlığını onaylamak ya da olmadığını ispatlamak amacıyla delil oluşturmak için kullandıkları belirtilmiştir. Birçok çalışmada görüşleri istenen jinekolog ve ortopedistin güvence davranışı, genç hastalarda kanser tanısını içermektedir. Tanı ve tedavi teknolojilerindeki gelişmeler kanserin erken tanısını hem kolaylaştırmakta hem de faydalı kılmaktadır ve gözden kaçırılan bir tanının ihmal ve önemli bir zarar olarak değerlendirileceği olasılığını arttırmaktadır (11).

Teknolojinin defansif olarak kullanılması kendi kendini güçlendirmektedir. Hekimler ne kadar çok tetkik ister veya düşük riskli durumlar için agresif tedavi sağlarsa veya düşük tahminli değerleri ile tanı prosedürlerini gerçekleştirirse, bu tür uygulamaların standart haline gelme olasılığı da o denli yüksek olmaktadır. Bu tür bir “yoğunluk sürecine” yönelik yapılacak reformların uygulamaları arasında; hekimin düşük verimli testleri elinde tutmasını sağlamak, anlaşmazlıkların çözümünü kolaylaştırmak ve malpraktis sonrası ortaya çıkan önyargıyı azaltmak için telafi sistemleri kadar hastayı bazı finansal yükleri omuzlaması konusunda zorlamak da yer almalıdır. Profesyonel sağlık organizasyonları bu tür kuralların geliştirilmesi ve yayılması için çalışmalar yapmalıdırlar (11).

Tanı ve tedavi standartlarının ve hangi uygulamanın defansif tıp uygulaması olduğunun belirlenmesini biraz daha zorlaştıran faktör yeni medikal teknolojilerin hiç olmadığı kadar hızlı bir şekilde sürecin içine girmesi ve bununla birlikte bu yeni teknolojilerin faydaları konusunda halkta artan bir beklentinin olması gerçeğidir. Büyük bir oranda bu yeni teknolojiler müşteri değerlerini ve beklentilerini şekillendirmekte ve buda medikal uygulamanın doğasını kaçınılmaz bir şekilde etkilemektedir. Bu gücün oldukça önemli olduğu ve tıbbi tedavinin sunuluş biçimi üzerinde defansif tıp uygulamaları aracılığı ile daha da önem kazandığı bildirilmektedir (19).

2.7. DEFANSİF TIBBIN HASTA HEKİM İLİŞKİSİ ÜZERİNE ETKİSİ

Defansif tıbbın hastaya sağlanan tedavi hizmeti kalitesi ve hasta-hekim ilişkisi üzerinde olumsuz etkileri vardır. Bazı hekimler dava edilme veya malpraktis riski olasılığına karşılık tedavi riskleri ve alternatifleri konusunda hastasını daha fazla bilgilendirmekte ve hastasına daha çok vakit ayırmaktadır, fakat diğer bazı hekimler de olaya zıtlaşmayla ve hastayı bırakma şeklinde yaklaşmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda belirli tipteki bazı hastaların, özellikle talepkar, duygusal veya ne yapacağı belli olmayan hastaların, hekimleri defansif tıp uygulamaya yönlendirdikleri tespit edilmiştir. Medyanın ve hastaları seslerini yükseltmeye teşvik eden kampanyalarının, bu etkileri dikkate alması gerektiği vurgulanmaktadır (11).

Çalışmalarda, bu iki zıt davranış tepkisinin belirgin olarak tespit edildiği görülmüştür. Hastalarla tartışmalı ilişkiler sezinleyen ve bekleyen hekimlerin uygulamalarını pahalı ama gereksiz tanı ve tedavi yöntemlerine yönlendirdikleri, bazı uzmanların aynı konuda daha önceden şikayeti olan hastaları, özellikle de daha önceki hekimden memnun kalmadıklarını belirten itaatsiz hastaları ve tedavisi zor hastaları kabul etmeyi reddettiklerini bildirmişlerdir. Her iki tepki davranışında da hastaların özellikle yeni hastaların, dava açma olasılığını şüphe yoluyla tahmin ederek azaltmaya çalışmak oldukça zaman ve enerji gerektirdiği belirtilmektedir (11).

Malpraktis davasının farkında olma sıklıkla hem hekimde hem de hastada endişeye sebep olmaktadır, buda hekim hasta arasındaki nazik ilişkiye zarar vermektedir. Hekim genellikle karar verme sürecinde hastasındaki olumlu ve yardımsever yaklaşımı tehlikeye atmamak için hastasında güven ve inanç oluşturmaya çalışmaktadır. Bu tür bir ilginin başarılı tedavi için faydalı hatta gerekli olduğu düşünülmektedir. Ama hekim hasta arasındaki bu ilişkinin bozulmasının artan malpraktis davalarına sebep teşkil ettiği kesin değildir. Bu konuda iki tartışmalı görüş belirtilmiştir. Birincisinde, sağlık hizmetlerinde artan uzmanlık ve teknolojileşme hekim hasta arasındaki ilişkilerin azalmasına yol açarak, hekimlere karşı dava sayısının artmasına sebep olan birçok sosyolojik kısıtlamaların ortadan kalkmasına yol açacağı belirtilmiştir. Bunun aksine, artan dava sayısının hekim hasta ilişkilerini kötüleştirdiği yönünde görüşler mevcuttur. Hangi faktörün buna sebep ve sonuç olduğuna bakılmaksızın uzmanlaşma ve teknolojileşme trendi devam ettikçe malpraktis davalarının hekim hasta ilişkilerinin azalması üzerindeki olumsuz etkisinin önemli olmaya devam edeceği vurgulanmıştır (9).

Objektif ve iyi düzenlenmemiş malpraktis kanunları neticesinde oluşmuş bir davanın savunma durumundaki hekim üzerinde etkileri çok büyüktür ve malpraktis kanunlarını tarafsız olarak düzenlemek için en ikna edici gerekçeleri ortaya koymaktadır. Malpraktis terimi, hekim için biraz incitici, beraberinde genellikle hak etmediği ve suça yakın ihmal çağrışımlarını da taşımaktadır (9).

2.8. ABD'DE DEFANSİF TIP İLE İLGİLİ GENEL SORUMLULUK TEORİLERİ

ABD hukuk sisteminde, defansif tıp uygulamalarının gerçekleştirilmesi durumunda hekimlerin dava edilebilecekleri çeşitli yasal hareket tarzları bildirilmiştir (30).

2.8.1. İhmal

Malpraktis davalarında uygulanan en baskın teori ihmaldir. Bu teoriye göre, hasta yaralanmasını veya kendisinde hasar oluştuğunu ispatlaması gerekir. Davacı, hekimin kendisine karşı bir görevi olduğunu, bu görevi kabul gören standart tıbbi tedavi çerçevesinde kendisine sağlaması gerektiğini, bu standartlardan sapıldığını ve standartlardan sapılan tedavi ile hastanın tedavi sonrası şikayete konu olan zararı arasında bir nedensel ilişki oluştuğunu ispat etmesi gerekir (30).

Davacı, hekim-hasta ilişkisi sonucunda tıbbi zararı ispat ettiğinde hukuki gereklilikleri yerine getirilmiş olacaktır. En zor kanıt da tedavinin gereksiz ve kabul edilen standartların dışında olduğunu ispatlamak olacaktır (30).

Yaralanma ile hekimin uygulamaları arasındaki nedensel ilişkiyi ispatlamak biraz zor olabilir. Gereksiz tanı testinin oluşturduğu bir problem de, bu uygulama yöntemlerinin genellikle bağımsız bir laboratuvar ya da hekimin dışında başka birileri tarafından gerçekleştirilmesidir. Hekim genellikle bağımsız laboratuvarların hareketlerinden sorumlu değildir, ama hekim hastayı iyi, kaliteli bir danışmana veya laboratuvara yönlendirmekten sorumludur. Eğer teknisyen hekim için çalışan birisiyse o zaman hekim anlaşma hükümleri gereği sorumlu tutulabilir. Eğer hekim gereksiz tedaviyi denetleyici konumunda veya gerçekleştiren kişi ise bu bağlantı kolayca tespit edilebilir (30).

2.8.2. Yapılan Anlaşmayı İhlal Etmek (Zımni Mukavele = Implied Contract)

Anlaşmanın bozulması defansif tıp uygulamasında zarar gören davacı için diğer bir hareket gerekçesi olabilir. Hekim hasta ilişkilerinin karşılıklı anlaşmaları arttırması yaklaşık 1853'te *Leighton v. Sargent* te kabul edilmiştir. Profesyonel ilişkinin bir parçası olarak, hekim bu alanda çalışan diğerlerinin sahip olduğu makul derecede beceri, bilgiye ve tecrübeye sahip olduğunu, bilgisini ve uzmanlığının uygulanmasında özenli bir gayret içinde olacağını sözleşme ile kabul etmiş olur. Profesyonel tıpcı bu özen ve bakımda en iyi karar verme yetisini kullanacağına dair teminat verir (30).

Anlaşmayı ihlal etmeye yönelik atılacak çoğu adım mantıklı ve sıradan bakım ve özenin gösterilmediğini öne sürmek yönünde olacaktır. Defansif tıbbı dayalı bir davada ise hekimin hastasının adına en iyi şekilde karar verme yetisini kullanma görevini kasıtlı veya bilerek ihlal etmekten sorumlu tutulabilir (30).

Defansif uygulamanın sonuçları faydalı çıksa bile, hala karşılıklı anlaşma teorisi çerçevesinde sorumluluk tespit edilebilir. Bu, hekimin isteklerinin malpraktis dava korkusundan kaynaklandığının gösterilmesiyle yapılabilir. Buda bir uzman bilirkişinin şahitliğiyle veya hekimin kendi itirafıyla gösterilebilir. İkili anlaşmanın ihlali; hekimin hastası için standartların dışında ve mevcut hasta kliniği için gerekli olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması ile fazladan acı, risk stresi ve maliyet ile beden dokunulmazlığının ihlal edilmesinin gösterilmesiyle ispatlanır (30).

Karşılıklı anlaşma uygulamaları birçok ülkenin yargı sisteminde kolaylaştırılmasına rağmen, önemli hasarlar sonucu oluşan malpraktis davaları karşılıklı anlaşma teorisiyle çözümlenememiştir. Her hangi bir anlaşmadaki hasar tazminatı davacının bireysel şartlarına bağlı olarak çok önemli derecelerde değişiklik gösterebilir. Genelde, hasarın gerçek boyutu hastayı zarar görmeden önceki durumu ile kıyaslanarak hesaplanabilir. Açıkçası, eğer hasta önemli bir yaralanmayı halen vücudunda barındırıyorsa, yaralanma ölçümleri karşılaştırması

yapılabilir. ABD’de bazı eyaletler anlaşma kontratının ihmalini malpraktisten dolayı dava konusu etmeye izin vermemektedirler (30).

2.8.3. Kötü Niyet

ABD’de ilk defa 1960 yılında *Rothe v. Shell Oil Co.* için karar verildiğinden beri kötü niyet konusundaki davaların sayısının arttığı görülmüştür. Bu davaların çoğunluğunun sigorta şirketlerine karşı olmasına rağmen, hekimin hastalarıyla yaptığı anlaşma, güven ve dürüst uygulamayı içermektedir (30).

Eğer bir hekim kendi çıkarı doğrultusunda herhangi bir tıbbi uygulamayı istemede yanlışlık yaparsa, dolandırıcılığa veya kandırmaya yönelik suçlama sürdürülebilir. Hekimin, tanı ve tedavi uygulamalarında hastanın yararından çok dava edilmekten korunmaya yönelik düşünceler ile hareket ettiğini hastaya açıklaması olasılığı yoktur. Böyle bir hata yapıp hastaya bunu söylemesi ve hastanın da bunu ispatlaması ile dolandırıcılık ve sahtekarlık kapsamında işlem görmesine neden olacaktır (30).

Dolandırıcılığın yasal tanımlarının birisinde “bir başkasını kandırmak için gerçeklerin isteyerek çarpıtılması” olarak tanımlanmaktadır. Dolandırıcılık ister sözle ister fiili olsun bir başkasını kandırmak amacıyla ortaya çıkarılması gereken gerçeklerin gizlenmesiyle ve yasal olarak yanlış olduğu göz önünde bulundurularak yanlış veya yanıltıcı iddialarla yapılan eylemler olarak tanımlanmıştır (30).

2.8.4. Müessir Fiil

Standartların dışında tanı testleri uygulamak ve tıbbi tedavi yöntemlerini gerçekleştirmek kasıtlı hareketler yani bilerek ve isteyerek yapılan eylemler olduğundan hekim aynı zamanda müessir fiil nedeni ile suçlanabilir. Tanı testlerinin sadece ön tedbir olarak yapıldığına dair bir kabul yazısı olmasına rağmen hekimin sorumluluğu önlemek için tedavi istemesindeki amaç ve etkeni açıklamakta başarısız olması ve düşüncelerini davacı olan hastaya açıklaması gerektiği halde açıklamaması hukuki bir malzeme olarak kullanılabilir. Bilinen maddesel bir gerçeği açıklamama hatası yazılı izin belgesini geçersiz kılmaktadır (30).

Defansif tıp amacıyla tanı veya tedavi uygulaması gerçekleştirmek veya tedavi reçetesi yazmak, ister yazılı ister sözlü olarak verilen hasta onayının dışında olarak değerlendirilecektir. Çünkü hasta bir tedaviyi kabul ettiğinde, hastanın düşüncesinin hekimin değil de kendi yararına böyle bir şeyi kabul ettiği yönündedir. Eğer hekim bu yazılı hasta onayının sınırlarını aşarsa, tıbbi uygulama hastanın çıkarına uysun veya uymasın, müessir fiil suçundan sorumlu tutulacaktır (30).

2.8.5. Karşılıklı Anlaşmaya Dayalı Görevi İhmal Etme

Hekim açısından sıkıntı oluşturacak diğer bir hareket noktası da hasta-hekim ilişkisinden doğan karşılıklı anlaşmaya dayalı güven ve görevin suiistimalidir. Bazen bu ilişki karşılıklı olarak nitelenmemiş bile olsa, karşılıklı anlaşmanın klasik tanımından ayırt edilemez bir etkisi vardır. Black karşılıklı anlaşmayı inanç, kendine güvenme, karşılıklı ilişki bağı içinde eşit ve saygıya dayalı güven ve bir kişiye yüklenmiş eşitlik ve özel itimat olarak tanımlamaktadır. Tipik bir durumda tecrübesine ve hastayla ilişkisine bakılarak hastasının medikal kararlarını verme yetkisine sahip olan hekime hasta güven duymaktadır. Bu karşılıklı güven meselesi olduğu için görevi ihmalden dolayı hekim ortaya çıkabilecek her türlü zarardan sorumlu tutulacaktır (30).

Hekim ile hasta arasındaki bu ilişkinin fiziki varlığının hekimin finanslarının değil hastanın kendisi olması gerektiği ileri sürülmektedir. Olayın maddi yönü olmasına rağmen, profesyonel hizmet hastanın alacağı tedavinin kalitesi üzerinde durmaktadır (30).

Güven ve itimat ilişkisi parayla sınırlı değildir. Karşılıklı görev anlayışının belirlenmesiyle eğer hekimin defansif tıp uyguladığı gösterilecek olursa sorumluluk tayin edilmiş olacaktır. Tanı amacıyla testlerin ve diğer uygulamaların istenmesi hastanın çıkarı konusunda karşılıklı anlaşmanın ihmali olarak yorumlanacaktır (30).

2.9. TÜRKİYE’DE DEFANSİF TIBBIN HUKUKİ BOYUTU

Defansif tıp uygulamalarını gerçekleştirecek bir hekim veya sağlık çalışanının Türk hukuk sisteminde herhangi bir yaptırımla karşılaşp karşılaşmayacağını, karşılaşacaksa da bunların neler olduğunu “defansif tıp” başlığı altında inceleyen bir kaynak bulunamadı.

2.10. DEFANSİF TIP ALANINDA YAPILAN ÇALIŞMALAR

Malpraktis sorumluluğunun veya dava endişesinin tıbbi uygulamalar üzerindeki etkisinin sayısal analizi birçok alana bilgi sağladığı için oldukça önemlidir. Bu alanda yapılan çalışmaların genelde üç analitik yaklaşım çevresinde örneklendirilerek toplandığı görülmektedir. Bunlar, detaylı klinik senaryolara doktorların tepkilerini belirleyen araştırmalar, hekimlerin senaryo yanıtlarının objektif sorumluluk tecrübesine ilişkisinin çoklu değişken analizi ve teknolojik yayılma vaka çalışmalarıdır (33).

1970’li yılların başlarında hekimler aleyhine söylentilerin ve iddiaların artmasıyla bu iddiaların gerçekliğini test etmek amacıyla Dük Üniversitesi Hukuk Dergisi tarafından geliştirilen bir proje ile 1970 yılında yapılan ve 1971 yılında yayınlanan “**The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine**” isimli çalışma bu konudaki ilk alan çalışmalarıdır (7,9,19,30). Çalışma için malpraktis tehdidinin sebep olduğu

düşünülebilen prosedürleri kullanan on uzmanlık alanı seçilmiş, bu uzmanlık alanları etrafında hayali durumlar oluşturulmuş ve spesifik prosedür kullanımına ilişkin sorular sorulmuştur. Bu on uzmanlık alanıyla ilgili anketler malpraktis sigorta oranlarının ve malpraktis iddialarının yüksek olduğu Californiya ve bu oranların nispeten düşük olduğu North Carolina eyaletlerindeki uzmanlara gönderilmiş ve gönderilen 1500 anketten yaklaşık %54'ü yanıtlanmıştır. Sonuçlar malpraktis tehdidinin hekimleri karar verme sürecinde etkilediğini göstermiştir. Fakat bu etkinin çoğunlukla tedavinin kalitesini geliştirebilecek olan pozitif defansif tıp uygulaması şeklinde kendini gösterdiği anlaşılmıştır. Bu çalışma ile hekimlerin dava tehdidinden etkilenecek defansif tıp uyguladıklarını ama çalışma öncesinde tahmin edilenden daha az olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada tespit edilen paradoksal bir veri de; malpraktis dava oranlarının Californiya'dan önemli derecede daha az olduğu North Carolina'daki hekimlerin ankette bulunan uygulamaları California'daki hekimlerden daha fazla oranda gerçekleştirdiklerini belirtmeleri olmuştur (9,19). Çok konuşulan ve eleştirilen bu çalışma ile eş zamanlı ve bağımsız iki çalışma daha gerçekleştirilmiştir (1). Bunlardan birincisi **“The 1970 Professional Liability Survey”** (1970 Profesyonel Yasal Sorumluluk Araştırması) araştırmasıdır. Bu çalışmada malpraktis tehdidinin tıbbi uygulamalara karar verme aşamasında etkili olup olmadığı araştırılmış ve görüşme yapılan her beş hekimden üçünün malpraktis tehdidinin daha fazla tetkik ve tıbbi uygulama için karar verme aşamasında etkili bir faktör olduğuna inandıklarını göstermiştir (7,28). İkinci çalışma ise 1972 yılında Pennsylvania Üniversitesi tarafından defansif tıp uygulamalarının genişliğini test etmek amacıyla yapılmıştır (30,31). Birbirinden bağımsız olarak gerçekleştirilen her üç araştırmada da defansif tıbbin var olduğu ve dava edilme korkusunun hekimleri tıbbi uygulamalara karar verme aşamasında etkilediği sonucuna varıldığı bildirilmiştir (7,9,28,30,31).

1995 yılında İngiltere’de yapılan bir araştırmada; hekimler arasında defansif tıp uygulamalarını araştırmak ve dava veya şikayet edilme riskleri konusundaki endişelerini bu tür uygulamalarla karşılaştırmak amacıyla rasgele örnekleme yöntemiyle sistematik olarak seçilen 500 birinci basamak hekimi ile postayla anket araştırması yapılmıştır. Bu araştırmada hekimlerin defansif tıp uygulamaları olasılığını değerlendirmek için katılımcıların hasta şikayeti olasılığına karşılık olası değişiklikler yapıp yapmadıkları konusunda 12 soruya yanıt vermeleri istenmiştir. Katılımcılardan %98'i hekim hasta şikayeti olasılığına karşılık uygulamalarda bazı değişiklikler yaptıklarını belirtmiştir, sadece %2'si hiç bir değişiklik yapmadıklarını belirtmiştir. Hekimlerin dava edilme endişeleriyle defansif tıp uygulamaları arasında yüksek bir korelasyon bulunmuştur. Araştırmanın sonuçları hasta şikayet olasılığının

sonucu olarak hekimlerin önemli uygulama değişiklikleri yaptıklarını göstermiştir. Hekimlerin yarısından fazlasının gerçekleştirdiğini belirttiği defansif tıp uygulamalarından en yaygın olanları; teşhis tetkiklerindeki artış, sevklerde, tedavi sonrası takipte, daha detaylı hasta bilgilendirmede ve detaylı kayıt tutmada artış olarak tespit edilmiştir. Hekimlerin %30'dan fazlası dava edilme veya şikayet edilme endişesi yaşadıklarını belirttiği görülmüştür. Bütün defansif tıp uygulamaları hekimin riskle ilgili endişeleriyle önemli bir şekilde bağlantılı görünmüş, fakat bu bağlantı negatif defansif tıp uygulamalarında daha güçlü bulunduğu bildirilmiştir (17).

2005 yılında yayınlanan bir çalışmada; yüksek sorumluluk riski altında olan uzmanlıklarda, zor koşullarda uygulama yapan hekimler arasında defansif tıbbın yaygınlığı ve özelliklerinin araştırılması yapılmıştır. Pennsylvania'da 2003 yılında dava edilme riski en yüksek olan 6 uzmanlık alanında (acil tıp, genel cerrahi, ortopedi, nöroşirurji, jinekoloji, ve radyoloji) çalışan hekimlere posta yoluyla anket gönderilmiştir. Bu 6 uzmanlık alanının çeşitli katmanlarından Amerikan Tıp Derneği Uzman Hekim dosyalarından rasgele örnekleme yoluyla 1333 hekim seçilmiş ve kurumsal etik kurul onayları alındıktan sonra, araştırma ve hizmet karşılığı olarak 2003 Mayıs'ta 1333 doktora 75'er dolar postalanmıştır. Pennsylvania'daki hekimlerde var olan sorumluluk riski Pennsylvania'nın malpraktis riskinden en fazla etkilenmiş olmasından kaynaklanan bölgesel bir risk olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın yapıldığı sıralarda, birkaç malpraktis sorumluluk sigortası yapan şirket Pennsylvania sigorta piyasasını terk etmiş ve sonraki 3 yılda geride kalan sigorta şirketleri sigorta primlerini aniden yükseltmişlerdir. Örneğin, Philadelphia'da ki genel cerrahlar için standart birinci katman politikası en geniş sigorta şirketinde 2000 yılında 33 684 dolar iken 2003 yılında bu rakam eyaletin ikinci derece sigorta fonuna zorunlu bağışın içinde olmadığı halde 72 518 dolara çıkmıştır. Araştırmaya katılan hekimler yüksek prim artışından en çok etkilenen ve yüksek dava oranlarından şiddetli olarak etkilenen 6 farklı uzmanlık alanından seçilmiştir. 6 sayfalık anket geliştirilerek katılımcılardan malpraktis ile ilgili endişelerinin onları güvence davranışının 4 formunu ve kaçınma davranışının 2 formunu uygulayıp uygulamadıkları sorulmuştur. Buna ilaveten sorumluluk çevresinin hekim davranışları üzerindeki etkisinin 2 subjektif ölçümünü tespit edecek iki soru (Sigorta sorumluluk primleri size ne kadar bir finansal yük getiriyor?, Mevcut sorumluluk sigortanızın ödeme yapılması gerektiğinde sizin masraflarınızı ödeyebileceğinden ne kadar eminsiniz?) oluşturularak sorulmuştur. Çalışmada açık uçlu sorular da sorulmuştur. Toplam 824 (%65) doktor araştırmayı tamamlamış ve uzmanlık alanlarına göre yanıtlama oranları: ortopedistler % 72; jinekologlar % 67; acil doktorları % 67; genel cerrahlar % 66; radyologlar % 59 ve beyin

cerrahları % 56 bulunmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%93) bazen veya sıklıkla araştırmada özetlenen defansif tıp uygulamalarının 6 şeklinin en azından birisiyle meşgul olduklarını belirtmişlerdir ve defansif tıp uyguladıklarını belirtenlerin % 82'si en son defansif uygulamalarını detaylı bir şekilde açıklamışlardır. Araştırmaya katılanların çoğu (%42) sorumluluk endişelerinden dolayı klinik uygulamalarının kapsamını daralttıklarını ve /veya gelecek 2 yıl içinde böyle yapmaya devam edeceklerini belirtmişlerdir (%49). Katılımcılardan %59'u tıbbi olarak belirtilenden yani istenmesi gerekenden daha fazla tanı testi istediklerini belirtmiştir, bu oran diğer bütün uzmanlık alanlarıyla karşılaştırılınca acil hekimleri için önemli derecede yüksek (%70) bulunmuştur. Araştırılan bütün uzmanlık alanlarında kanser teşhisi en büyük endişe olarak ortaya çıkmıştır. Uzman hekimlerin %39'u yüksek riskli hastaların tedavisinden “kesinlikle kaçınacaklarını ya da çoktan kaçınma kararı verdiklerini” belirtmişlerdir. Diğer uzmanlık alanlarıyla karşılaştırıldığında ortopedistler arasında (%57) bu yanıtın önemli olma ihtimali daha çoktur ve acil hekimleri arasında ihtimali önemli oranda daha azdır (%13). Uzman hekimlerden üçte biri belirli bazı uygulama yöntemlerinden ve müdahalelerden sıklıkla kaçındıklarını belirtirken ortopedistler de bunu çok sık yaptıklarını belirtmişlerdir (%42). Uygulamalarını detaylı olarak açıklayan 425 katılımcı arasında en yaygın uygulama tamamen tedaviyi bırakma veya spesifik yüksek risk faktörlerini elemek olmuştur; örneğin ortopedistler ve beyin cerrahlarının acil ve travma ameliyatları; jinekologların kompleks obstetrikleri; ve radyologların mamogramları değerlendirmeyi bırakmaları bu uygulamalar arasındadır. Bir çok cerrah aynı zamanda riskli olarak gözlemledikleri, kompleks klinik özelliği olan yada dava etme eğiliminde olan, çocuklar ve işçi tazminatları ve tıbbi bakım kapsamında olan hastaları tedaviden kaçındıklarını belirtmişlerdir. Malpraktis sorumluluk tecrübesinin sübjektif ölçümü olarak belirlenen iki etken defansif tıp uygulamalarının bütün türleri arasında en güçlü belirteç olarak bulunmuştur. Sigortasının zararları karşılayacağına güveni olmayan uzman hekimlerin diğer uzman hekimlere oranla gereksiz tetkik istemeleri, diğer hekimlere gereksiz yere hasta sevk etmeleri, klinik karar verme sürecinde gerekli olmayan invazif yöntemleri önermeleri, riskli uygulamalardan kaçınmaları ve yüksek risk taşıyan hastalardan kaçınma oranının iki kata çıktığı tespit edilmiştir. Sigorta poliçe primlerini aşırı mali yük olarak gören uzman hekimlerin; aşırı ilaç yazma, gereksiz yere hastaları başka hekime sevk etme ve gereksiz tetkik istemeleri oranı diğer uzmanlara göre yüksek bulunduğu bildirilmiştir (11).

1974'te yapılan bir çalışmada; defansif tıbbın genişliğini değerlendirmeye çalışmak amacıyla rasgele seçilmiş 4000 den fazla hekime malpraktis dava riskini azaltmak için yapılabilecek 15 defansif hareketle ilgili olarak fikirleri sorulmuştur. Ankete yanıt verenlerin

yaklaşık 1400 tanesi, %80'i yasal dava olasılığına karşı hassasiyetleri nedeniyle belirtilen bu 15 defansif önlemin en az birini (daha fazla hasta sevk etme, konsültasyon isteme, yeni hasta kabulünde çok seçici olma, tanı tetkikleri isteme) kullandığını belirtmiş. Bunun yanında birçok hekim malpraktis davasını engellemek için uyguladıkları birçok yöntemin daha sonra hasta için bir hayli faydalı hale dönüştüğünü belirtmiştir (19).

1976 yılında Amerikan Medikal Association Center for Health (Amerikan Tıp Derneği Sağlık Merkezi) ARGE bölümünün yaptığı bir çalışmada; defansif tıp uygulamalarıyla ilgili olarak 500 hekimin katıldığı bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Yanıt verenlerin %76'sı şu anda defansif tıp uyguladıklarını, % 92'si dava olasılığının geçmişe oranla daha fazla farkında olduklarını, % 76'sı bazı durumlarda defansif tıbbın medikal tedavi masraflarının artmasından sorumlu olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir (19).

1985 yılında yayınlanan bir başka çalışmada; defansif tıp için sigorta masraflarında malpraktisten dolayı ortaya çıkan her 1 dolar için hekimin ilaveten 3.50 dolar harcadığının tespit edildiği bildirilmiştir (30).

1975 yılında ABD Sağlık Eğitim ve Refah Sekreterliği'nin yaptığı geniş tabanlı bir araştırmada; malpraktis uygulamasının yıllık 7 milyar dolara mal olabileceği tahmin edilmiştir. Bir başka çalışmada bütün laboratuvar maliyetlerinin %9'unu ve bütün radyolojik tetkiklerinin %14'ünü oluşturduğu sonucuna varıldığı bildirilmiştir (30).

Profesyonel Sorumluluk Komitesi (AMA)'nin 1984 yılında problemi incelemek için yaptığı çalışmada; defansif tıp ve onun uygulama maliyetleri listenin başında yer almış ve bu rakamın yıllık 15,1 milyar dolar olduğu tahmin edilmiştir. Hesaplamalar daha önceki AMA sosyoekonomik gözetleme sistemi tarafından yapılan bir çalışma neticesinde, artan malpraktis iddiaları riskine karşı doktorların %40'ı ilave tanı tetkikleri istediklerini ve %27'den fazlası ilave tedavi yöntemi istediklerini belirten çalışmanın gözden geçirilmesinden sonra hesaplamalar yapıldığı bildirilmiştir (30).

2.11. DEFANSİF TIP VE TÜRKİYE

Türkiye de defansif tıp ile ilgili alanımızdaki ilk basılı bilginin Prof. Dr. Oğuz POLAT' ın 2000 yılında yayınlanan “Adli Tıp” isimli kitabında defansif tıp, çekinik tıp veya defensive medicine terimleri kullanılmadan “Kamuoyunun biraz da basının yönlendirmesiyle ve bilgisizliğin getirdiği şartlanmayla her talihsiz olayda hekimlerin sorumlu tutulması artık toplumumuzda yerleşmiş bir davranış halini almıştır. Özellikle bu tip davaların ele alınmasında herhangi bir kriterin olmaması ve bilirkişiliğini herkesin üstlendiği bu tip olaylarda objektif kararların çıkmaması sonucunu getirmektedir. **Hastayı tedavi etmekle**

yükümlü hekimin bu standartlar sağlanmadığı takdirde risk içeren olaylarda görevini yapmaktan kaçınacağı veya en azından başkasına yollayacağı ihtimalinin varlığı zaten yetersiz koşullarda çalışan tıp camiasının yakın gelecekte kaçınmadığı bir durum olacaktır” şeklinde tariflenerek yer aldığı görülmektedir (53).

Tümer’in, “1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakaların komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması” konulu uzmanlık tezinin sonuç ve özet kısımlarında yer alan **“davalar cerrahlarda mesleğine karşı yılgınlık oluşturmakta ve hastaya yaklaşımında çekince meydana getirmektedir”** tespiti de hekimlerde defansif tıbbın oluşmaya başladığının bir işaretidir (78).

Yorulmaz’ın “İstanbul Tabip Odası’na Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi” isimli doktora tez çalışmasında “defansif tıp” terimi kullanılarak sebep ve zararlarından bahsedilmiştir (2).

2006 yılında İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi: 48 içerisinde yayınlanan “Sağlık Çalışanı Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası” isimli bir yazıda **“defansif tıp gelişmesi ile gereksiz tahliller çok yüksek maliyetler getirdiği gibi riskli hastalar tedavi alamama durumu ile karşılaşabilmektedir”** denilmiştir (40).

2007 yılında yayınlanan “Tıp Hukuku” isimli bir kitapta **“ABD’de hekimlere yönelik davaların artmasının defensive medicine yol açtığı”** belirtilmiştir (44).

Dünya Tıp Birliği (World Medical Association)’nin 1992 yılında yapılan 44. Dünya Tabipler Birliğinin Genel Kurulunda “Marbella Bildirgesi”(malpractice bildirgesi) ile ülkelerin tıp birliklerini uyarak **“Artan davalar karşısında defansif tıp uygulamalarının dolaylı olmayan sonuçlarının dava konusu olduğunu ve defansif tıp uygulamalarının çeşitli yönleri konusunda tarafların uyarılması”** gerektiğini bildirmiştir (79-81).

Türkiye’de şartların oluşmadığı uzun bir sessizlik döneminden sonra hukuki düzenleme çalışmalarının başlaması ile ve özellikle hekimleri ilgilendiren hukuki düzenlemelerle Yeni TCK’nın 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra tıp meslek örgütleri, tıp çevreleri ve çok az da olsa sağlık hukuku çevrelerinde defansif tıp uygulamalarının başlayacağı ve artacağı belirtilmeye başlanmıştır.

İstanbul Sağlık Odaları Koordinasyonu tarafından 03.07.2002 tarihinde yapılan basın açıklamasında **“Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısı ile benzer yasaların uygulandığı ülkelerde görüldüğü gibi defansif tıp eğiliminin artmasına neden olacağı”** belirtilmiştir (82). İstanbul Tabip Odası’nın 12 Aralık 2006 tarihli Etik Kurul Toplantısında **“Defansif tıp gelişmesinin tüm sağlık ortamımız için olumsuzluklara neden olacağı”** vurgulanmıştır (83). İzmir Tabip Odası’nın milletvekillerine

yazdığı 24.01.2007 tarihli mektupta ise **“Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası yasa tasarısı metninin kabul edilmesi ile hekim hasta ilişkilerinin bozulacağı, hekimlerimizi defansif tıp uygulamasına yönelteceği”** uyarılarında bulunulmuştur (84).

Bu alanda ilk dikkat çekici çalışma 2006 yılında Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi tarafından yayınlanan **“Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike”** isimli makale olmuştur. Bu makalede **“Yeni TCK' da yer alan ve hekimleri tedirgin eden maddeler nedeniyle hekimlerde defansif (çekinik) tıp eğilimi gelişeceğinden korkulmaktadır. Kısa zaman önce yürürlüğe giren yeni TCK'da hekimlik mesleğinin yerine getirilmesinde kavram kargaşasına yol açacak, hatalı yorumlara açık, hekimlik uygulamalarını olumsuz yönde etkileyecek maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler nedeniyle, hekimler kendilerini zor durumda hissetmekte, mesleklerini özgürce yapmalarına engel olunmaktadır. Bu nedenle, hekimlerin tıbbi girişimlerdeki temel yaklaşımları, kuralları ve istenmeyen bir sonuçla karşılaşıldığında, bu durumun kusur mu, yoksa kaçınılmayan sonuç mu olduğunun saptanmasında kullanılacak temel ölçütleri belirleyen bir düzenlemeye gereksinim duyulmaktadır. Bu düzenlemenin bizim en temel yaşamız olan, tıp ve hekimlik alanına ilişkin temel kuralları düzenleyen 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı Yasasına Dair Kanun'da hekimler ile ilgili bölümde yapılması ile hekimler Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddelerinin baskısı olmadan mesleklerinin gereğini yerine getirebileceklerdir”** saptaması yapılmıştır (39).

İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Komisyonu'nun Yeditepe Üniversitesinde 22 Eylül 2006 tarihinde düzenlediği 2.Ulusal Sağlık Hukuku Sempozyumu'nda birçok konuşmacı defansif tıba değinmiştir. Bu sempozyumdaki konuşmacılardan Prof. Dr. Fatih Yavuz **“hekim grubunun ağırlıklı şekilde savunmaya geçtiğini, şu anda defansif tıp dediğimiz ciddi bir uygulamayla karşı karşıya olunduğunu, ki bunun esas zararının yine dönüp dolaşıp hastalara olacağını, bu konuya 1992 yılında Dünya Tabipler Birliği'nin malpraktisle ilgili bir bildirgesiyle dikkat çekildiğini, o dönem ‘bu bizi ilgilendirmiyor’ diyerek çok da ciddiye alınmadığını, fakat karşı karşıya kaldığımız çok ciddi bir sorun olduğunu, hekimlerin bir şekilde hastalardan ürker konuma getirildiğini, hekimlerin defansif tıp uygulamasına girdiğini ki şu anda kendilerinden danışmanlık alan hekimlerin ‘biz bu konuda ne yapacağız?’ noktasına geldiklerini ve ciddi bir şekilde çekingen davrandıklarını”** belirtmiştir. Yine aynı sempozyumda konuşan Prof. Dr. Ahmet Nezih Kök' de **“son dönemlerde görebildikleri kadarıyla hekimlerin tavır ve davranışlarında bir defansif tıp yani savunucu tıp anlayışının geliştiğini, bunun yasal olup olmadığının**

tartışılabilirliğini, defansif tıp uygulamakla hekimlerimiz sorumluluklarından kurtulamayacaklarını, bu durumda hekimlerin karşısına Türk Ceza Kanunu 83. maddesinin çıktığını ve ihmal suretiyle kasten adam öldürmeyi düzenlemiş olduğunu” belirtmiştir (43).

Tıp mediasındaki bazı haberlerde de; “Yeni TCK’dan sonra defansif tıbbın daha çok gündeme gelmeye başladığı” (85), “Yeni TCK’dan sonra girişimsel tanı yöntemlerindeki uygulamalarda isteksizlik ve tedavinin daha konservatif olma eğiliminin olduğu” (85), “Yargıtay’ın, ‘tıbbın gerek ve kurallarına uygun davranılmakla birlikte hastanın zarar görmesi durumunda hekimlerin sorumlu tutulacağına’ karar verdiği, bu yöndeki kararların hekimleri defansif tıba doğru itebileceği” (86), “kusursuz sorumluluğun kabulünün kesinlikle doğru olmayacağını ve bu durumun hekimleri kesinlikle defansif tıba yönelteceği” (86), “kusursuz sorumluluğun hekimleri savunmacı tıba yönelteceği” (87), “sağlık sistemindeki bazı uygulamaların ABD’de olduğu gibi çok büyük sigorta primleri ödemelerine, dahası bu olumsuzluğun yaratacağı ‘çekinik tıp’ uygulamalarının da yine hizmet alan insanların mağduriyetine yol açacağı” (79), “haklarında dava açılmış hekimlerin hastasından korkar olduğunu, hastayı sevk ettiğini, giderek mesleğine küstüğü ve demoralize vaziyette görevini sürdürdüğü” (88) şeklinde yer almıştır.

3. MATERİYAL VE METOD

Hekimlerin defansif tıp uygulamalarını gerçekleştirip gerçekleştirmediklerini, gerçekleştiriliyor ise hangi tıp uygulamaların hangi uzmanlık dallarında ne sıklıkta gerçekleştirildiğini ve hangi muhtemel etkenlerle ilişkili olduğunun tespiti için bu alanda en sık kullanılmış yöntem olan **anketle bilgi toplama tekniğinin** kullanılması tercih edildi. Bu amaçla anket uygulama ve soru hazırlama teknikleri araştırılarak incelendi.

Hekimlerin yaş, cinsiyet, kaç yıllık hekim oldukları, çalıştıkları sağlık kuruluşları, görev unvanları ve branşlarını sorgulayan sosyodemografik profil soruları hazırlandı. Hastane ortamında çalışan ve direkt hasta hekim ilişkisi içerisinde olan uzman ve pratisyen hekimlerin defansif tıp uygulamalarını ölçmek ve değerlendirmek için literatürlerde belirtilen ve çalışmalarda kullanılan sorular ülkemiz şartlarına göre kısmen revize edildi. Pozitif defansif tıp sorgulaması için; **fazladan tetkik isteme, fazladan ilaç yazma, fazladan konsültasyon isteme, endikasyonsuz hasta yatırma, görüntüleme tekniklerinin daha sık kullanılması, tıbbi uygulamaların daha detaylı açıklanması, kayıtların daha detaylı tutulması, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verilmesi** uygulamalarını değerlendirecek sorular oluşturuldu. Negatif defansif tıp sorgulaması için; **dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınma, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınma, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçınma, tedavi olanağı olduğu halde riskli hastaları sevk etme** uygulamalarını değerlendirecek sorular hazırlandı. Negatif defansif tıp uygulamalarını değerlendirecek sorular arka arkaya gelmeyecek şekilde sıralandı.

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 revize edilerek hazırlandı. Bu amaçla; objektif etkenleri değerlendirmek için **malpraktis davası açılıp açılmadığı ve malpraktis sigortası yaptırıp yaptırmadığını** sorgulayan iki soru ile, subjektif etkenleri sorgulamak için **malpraktis davasının hekimlik performansına etkisi, her an bir malpraktis davası ile karşılaşma risk derecesi, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedip hissetmediği ve tıbbi hata yapmaktan çekinme derecesini** değerlendirecek dört adet soru oluşturuldu. Bu sorulara ilave olarak konunun daha iyi irdelenmesini sağlayacak yardımcı sorular eklendi. Toplam 29 adet basılı soruya ilave olarak defansif tıbbi daha önce duyup duymadıklarını, duyanların da içeriğini bilip bilmediklerini sorgulayan iki adet sözel soru soruldu.

Soruların şıklarının düzenlenmesinde, iki uç yanıt ile bu iki uç yanıt arasındaki uygulama sıklıklarını da ölçebilecek ve sonradan birbirine çok yakın şıkların dikotomize (ayırıştırma)

uygulanması gerektiğinde revizyona olanak sağlayacak şekilde olmasına dikkat edildi. Bu amaçla Likert tipi durum ölçer şıklar kullanıldı (89). Kesinlik ve süreklilik ifade eden *her zaman* ve *çoğu zaman* şıkları ile kesinlik ve süreklilik ifade etmeyen *bazen* ve *nadiren* şıkları literatürde olduğu gibi birleştirilerek incelendi (11). Bu kapsamda olumlu ve olumsuz yanıt ayrımını sağlayacak birbirine çok yakın olan *kesinlikle evet* ve *evet* şıkları ile *kesinlikle hayır* ve *hayır* şıkları da birleştirilerek incelendi. Böylece kesinlik ifade eden şıklarla kesinlik ifade etmeyen şıkların ayrıştırılması ile sorguladığımız uygulamaları gerçek anlamda ve sürekli gerçekleştirenlerin tespiti ile bu uygulamaları ara sıra gerçekleştirenlerin tespitine olanak sağlandı. İstatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanılarak ki-kare ve p değerleri analiz tablolarında gösterildi. Literatürlerde (11,17) 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 habersiz ölçülerek ortalama yanıtlama süresi 5 dakika hesaplandı. 15 hekimle gerçekleştirilen kognitif posttest görüşmeleri sonucunda 23. sorumuzun yanıt şıklarına bir ekleme yapıldı. Anket uygulamaları sırasında bu eklemeyen başka herhangi bir ekleme, çıkarma veya düzeltme ihtiyacı oluşmadı.

Anketimizin hedef alanı; defansif tıp uygulamalarına neden olacak her türlü etkenden en küçük etkilenmelerin en erken değerlendirilebileceği ileri basamak sağlık hizmetleri sunan hastane hekimleri olarak belirlendi. Bu amaçla Konya İl Merkezinde bulunan **Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya Numune Hastanesi, Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr Faruk Sükan Doğumevi ve Çocuk Hastanesi, Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Özel Akademi Hastanesi, Özel Anıt Hastanesi, Özel Büyükşehir Hastanesi, Özel Konya Hospital, Özel Nakiboğlu Bilgi Hastanesi, Özel Selçuklu Hastanesi, Özel Türkiye Kızılay Derneği Ticaret Borsası Hastanesi, Özel Türkiye Sağlık ve Tedavi Vakfı Konya Hastanesi** olmak üzere tüm hastanelerde anket yapılması hedeflendi.

Çalışmamızın kapsamı ve hazırladığımız anket soruları için Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığına müracaat edilerek “etik kurul uygun onayı” alındı. İlgili makamlarla yapılan resmi yazışmalar sonucunda, hastanelerde hasta hekim ilişkisi yaşayan hekimlerle gönüllülük esasına dayalı birebir görüşme tekniği ile anket yapılabilmesi için izin onay yazılarımız alındı. Çalışmamız için Konya İl Merkezinde olup da anket yapılmasına izin verilmeyen hastane olmadı.

Hedef kitle seçilen branşlar; **göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, kardiyo­lo­ji, psikiyatri, çocuk hastalıkları, dermatoloji, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, aile hekimliği, acil tıp, genel cerrahi, kalp damar cerrahisi, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, beyin cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum, göz hastalıkları, üroloji, KBB, plastik cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlıkları ile acil servislerde çalışan pratisyen hekimler** olarak belirlendi. Tüm yan dal branşları kendi ana dal branşı içinde değerlendirildi. Direkt hasta hekim ilişkisi yaşamayan veya branşı hedef alanımıza girdiği halde hastanede yönetici olarak görev yapması nedeniyle direkt hasta hekim ilişkisi yaşamayan hekimler ve anketimizdeki soruların kapsamı alanına girmeyen uzmanlık branşları ile hukuki sorumlulukları tam olmadığı için uzmanlık öğrencisi hekimler çalışmamıza dahil edilmedi.

Bu kapsamda kamu hastanelerinin personel şubelerinden, özel hastanelerin ise insan kaynakları müdürlüklerinden hedef alanımızdaki tüm uzman ve pratisyen hekimlerin isim listeleri alındı. Tüm hastanelerden hedef alanımızda olan 845 hekim ismi bildirildi.

Profesyonel anketörlük kuralları uygulandı. Bu kapsamda etkili tanışma, anket hakkında kısa bilgi aktarımının yapıldığı ilk sunumun önemi, uygun ortamın yakalanması, ortalama süre bildirimi, gönüllülük bildirimi, pozitif kişisel iletişim tekniklerinin kullanılması, tarafsızlık, yönlendirmeme, yorum yapmama, toplu görüşmeler yapmama, problemli soru veya şık tespiti, problemlerin ve tüm tepkilerin proje yöneticisine günlük rapor ile geri bildirimi, 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 2 Ocak-22 Şubat 2008 tarihleri arasında yapıldı. Bu zaman dilimi içinde ve hemen öncesinde Konya İlinde hekimlerin uygulamalarını anlık etkileyecek hekimler ile ilgili bir olay ile ülke çapında hekimlerin defansif tıp uygulamalarını objektif olarak ölçmemizi zorlaştıracak sansasyonel yönetmelik veya kanun değişikliği gerçekleştirilmiş olmaması ve 1 Haziran 2005 tarihinde hekimleri de ilgilendiren düzenlemelerle yürürlüğe giren yeni TCK sonrası defansif tıp uygulamalarının ölçümü için yeterli zamanın geçmiş olması anket uygulama zamanlamasının uygun olduğunu gösteren veriler olarak değerlendirildi.

Hesaplamalar ve tanımlayıcı istatistiksel analizler Microsoft Office Excel 2003, SPSS 16,0 for Windows bilgisayar programları kullanılarak yapıldı. Sonuçlar, p ve ki-kare değerleri tablolarda gösterildi.

4. BULGULAR

4.1. DEMOGRAFİK SORULARIN SONUÇLARI

Hedef alanımızda olduğu belirtilen 845 hekimden 798'i ile yüz yüze görüşme yapılırken kalan 47 hekime de askerlik, geçici görev, yurtdışı görevi, rotasyon, rapor, yıllık izin, doğum izni, ücretsiz izin ve çok yoğun çalışma şartları gibi nedenlerle ulaşamadı. Ulaşılabilen 798 hekimden 17'si hedef alanımıza girdiği halde hastanede yönetici-idareci olarak görev yapmaları ve tedavi edici hekimlik yapmamaları nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. Görüşme yapılan 798 hekimden 19'u da çalışmaya katılmak istemediklerini belirttiler. Çalışmaya katılmak istemeyenlerin 12'si öğretim üyesi, 4'ü kamu hastanesi uzman hekimi ve 3'ü de özel hastane uzman hekimi idi. Pratisyen hekimlerden çalışmaya katılmayı kabul etmeyen olmadı. Öğretim üyelerinin anketimize katılmaması ile öğretim üyesi olmayan uzman hekimlerin katılmaması arasında farklılık gözlemlendi. Öğretim üyelerinin tamamı anketimizin başında çalışmamızla ilgili sunumu yaptıktan hemen sonra çalışmaya katılmak istemediklerini belirtirken, öğretim üyesi olmayan uzman hekimlerden bir tanesi hariç diğerleri ise anket formunu inceledikten sonra ankete katılmak istemediklerini belirttiler. Toplam 762 hekim anketimize katılarak sonuna kadar tamamladı. Ankete katılmayı kabul ettikten sonra yarıda bırakan veya herhangi bir nedenle tamamlayamayan hekim olmadı.

Çalışmaya katılan hekimlerin tamamı cinsiyetlerini bildirdi ve 589'u (%77,30) erkek, 173'ü (%22,70) kadın idi (Tablo 1). Her iki cinste de yaşlarını bildirmek istemeyen birer hekim oldu. Erkek hekimlerin en küçüğü 26, en büyüğü 71 yaşında iken yaş ortalamaları 43 yıl idi. Kadın hekimlerin en küçüğü 26, en büyüğü 62 yaşında iken yaş ortalamaları 38 yıl idi. Erkek ve kadın hekimlerin birleşik yaş ortalamaları ise 42 yıl idi. Kadın hekimlerden bir tanesi meslekte çalışma sürelerini bildirmek istemezken erkek hekimlerin tamamı bildirdi. Erkek hekimlerin meslekte çalışma süresi en az 1 yıl, en çok 46 yıl iken ortalaması 18 yıl idi. Kadın hekimlerin meslekte çalışma süresi en az 3 yıl, en çok 39 yıl iken ortalaması 15 yıl idi. Erkek ve kadın hekimlerin meslekte çalışma süresi ortalaması 18 yıl idi.

	N	%
Erkek	589	77,30
Kadın	173	22,70
Toplam	762	100,00

Tablo 1: *Cinsiyetiniz nedir?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Çalışmaya katılan hekimlerin 201'i (%26,38) özel hastanede, 347'si (%45,54) Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde, 214'ü (28,08) üniversite hastanesinde çalışmakta idi. Özel sektör dışındaki hekimlerin tamamı kamu çalışanı olarak düşünüldüğünde 561 (%73,62) hekim ile en büyük grubu oluşturmakta idi (Tablo 2).

	N	%
Özel Hastane	201	26,38
Devlet Hastanesi	347	45,54
Üniversite Hastanesi	214	28,08
Toplam	762	100,00

Tablo 2: *Hangi sağlık kuruluşunda çalışıyorsunuz?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Anketimize katılan hekimlerin 103'ü (%13,52) pratisyen hekim, 457'si (%59,97) uzman hekim, 202'si (%26,51) öğretim üyesi idi. Öğretim üyesi hekimler de uzman olarak değerlendirildiğinde, uzman hekimler 659 (% 86,48) kişi ile en büyük grubu oluşturmakta idi (Tablo 3).

	N	%
Pratisyen Hekim	103	13,52
Uzman Hekim	457	59,97
Öğretim Üyesi	202	26,51
Toplam	762	100,00

Tablo 3: *Görev unvanınız nedir?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Çalışmaya katılan hekimlerin 297'si (%38,97) dahili tıp bilimlerine ait uzmanlıklarda, 362'si (%47,51) cerrahi tıp bilimlerine ait uzmanlıklarda, 103'ü (13,52) de acil servis pratisyen hekimi olarak çalışmakta idi (Tablo 4). Çalışmaya katılan hekimlerin branş dağılımları ve oranları Tablo 5 de gösterilmiştir.

	N	%
Cerrahi Tıp Bilimleri	362	47,51
Dahili Tıp Bilimleri	297	38,97
Pratisyen Acil Servis Hekimi	103	13,52
Toplam	762	100,00

Tablo 4 : Hekimlerin ana branş dağılımları.

	N	%
Pratisyen Acil Servis Hekimi	103	13,52
İç Hastalıkları	74	9,71
Çocuk Hastalıkları	65	8,53
Genel Cerrahi	50	6,56
Kadın Hastalıkları ve Doğum	41	5,38
Göz Hastalıkları	41	5,38
Ortopedi ve Travmatoloji	38	4,99
Üroloji	37	4,86
Anestezi ve Reanimasyon	37	4,86
K B B	34	4,46
Nöroloji	29	3,81
Kardiyoloji	28	3,67
Göğüs Hastalıkları	25	3,28
Beyin Cerrahisi	24	3,15
Dermatoloji	21	2,76
F T R	20	2,63
Kalp Damar Cerrahisi	19	2,49
Enfeksiyon Hastalıkları	18	2,36
Psikiyatri	13	1,71
Göğüs Cerrahisi	11	1,44
Acil Tıp Uzmanlığı	10	1,31
Çocuk Cerrahisi	10	1,31
Plastik Cerrahisi	10	1,31
Aile Hekimliği Uzmanlığı	4	0,52
Toplam	762	100,00

Tablo 5: *Branşınız nedir?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

4.2. DEFANSİF TIP İLE İLİŞKİLİ SORULARIN SONUÇLARI

Hakkınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı? sorusuna hekimlerin 297'si (%38,98) *kesinlikle evet*, 345'i (% 45,28) *evet*, 63'ü (%8,27) *hayır*, 9'u (%1,18) *kesinlikle hayır* yanıtını verirken 48'i (%6,30) *kararsızım* yanıtını verdi. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 642'si (% 84,26) *kesinlikle evet* ve *evet*, 72'si (% 9,45) *kesinlikle hayır* ve *hayır* yanıtlarını verdiler (Tablo 6).

Hakkınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı? sorusuna verilen *kesinlikle evet* ve *evet* yanıtları; haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu. **(Ki-kare test sonuçlarını gösterir χ^2 ve p değerleri tablolarda verilmiştir.)** Devlet hastanesi hekimleri özel hastane ve üniversite hastanesi hekimlerine göre yüksek oranda, pratisyen hekimler uzman hekim ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, acil servis pratisyen hekimleri cerrahi tıp ve dahili tıp bilimleri hekimlerine göre yüksek oranda *kesinlikle evet* ve *evet* yanıtını verdiler. Yaş, cinsiyet ve meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6A). Cerrahi branşlarda en yüksek oranda *kesinlikle evet* ve *evet* yanıtını veren üç branş sırasıyla acil tıp uzmanlığı, beyin cerrahisi ve göğüs cerrahisi iken dahili branşlarda ise kardiyoloji, dermatoloji ve dahiliye idi (Tablo 6B).

	N	%
Kesinlikle Evet	297	38,98
Evet	345	45,28
Kararsızım	48	6,30
Hayır	63	8,27
Kesinlikle Hayır	9	1,18
Toplam	762	100,00

Tablo 6: *Hakkınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı?* sorusunun yanıt dağılımı.

Tıbbi hatanız olduğu iddiası ile aleyhinize dava açıldığı oldu mu? sorusuna hekimlerin 666'sı (%87,40) *hiç* olmadı, 73'ü (%9,58) *bir defa* açıldı, 16'sı (%2,10) *iki defa* açıldı, 3'ü (%0,40) *üç defa* açıldı, 2'si (%0,26) *üçten fazla* dava açıldı yanıtını verirken 2 hekim (%0,26) de bu soruya yanıt vermedi (Tablo 7-1). Kendilerine dava açılıp açılmadığını açıklamak

istemeyen her iki katılımcı da acil serviste çalışan pratisyen hekim idi. Haklarında bir veya birden fazla dava açılmış olan hekimlerin sayılarının toplamı 94 (% 12,34) idi (Tablo 7-2). Haklarında dava açılmış olan 94 hekimin 73'ü (%77,65) *bir defa* dava edilirken 21'i (%22,35) de *birden fazla* dava edilmiş idi. Çalışma kapsamımızdaki branşlardan enfeksiyon hastalıkları, dermatoloji, FTR, aile hekimliği ve acil tıp uzmanlığı hiç dava edilmemiş uzmanlıklar idi. İki defa dava edilen hekimlerin çalışma alanları ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, beyin cerrahisi, göz hastalıkları, çocuk hastalıkları, psikiyatri ve acil servis pratisyen hekimlik iken üç defa dava edilenler kadın hastalıkları ve doğum ile kalp damar cerrahisi uzmanlığı idi. Üçten fazla dava edilen hekimlerin uzmanlıkları ise beyin cerrahisi ve dahiliye idi. Dava edilen hekimler (n=94) içerisinde 15 hekim (%15,96) ile ortopedi ve travmatoloji, 15 hekim (%15,96) ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı ve 14 hekim (%14,89) ile acil servis pratisyen hekimliği en sık dava edilen alanlar idi. Branş içinde dava edilme oranı en yüksek üç alan ise kadın hastalıkları ve doğum (%36,58), ortopedi ve travmatoloji (%38,47) ve psikiyatri (%38,46) idi (Tablo 7-3, 7-4).

	N	%
Hiç Olmadı	666	87,40
Bir Defa	73	9,58
İki Defa	16	2,10
Üç Defa	3	0,40
Üçten Fazla	2	0,26
Yanıtlamayan	2	0,26
Toplam	762	100,00

Tablo 7-1: *Tıbbi hatanız olduğu iddiası ile aleyhinize dava açıldığı oldu mu?* sorusunun yanıt dağılımı.

	N	%
Dava açılmamış olanlar	666	87,40
Dava açılmış olanlar	94	12,34
Yanıtlamayan	2	0,26
Toplam	762	100,00

Tablo 7-2 : Tıbbi malpraktis davası açılan ve açılmayan hekimlerin dağılımı

	Dava edilen hekim sayısı	Dava sayı dağılımları				Tüm dava edilenler içindeki %	Branş içindeki dava %'si	Branştaki hekim sayısı
		1 defa	2 defa	3 defa	3'ten fazla			
Ortopedi ve Travmatoloji	15	10	5			15,96	38,47	38
Kadın Hastl. ve Doğum	15	11	2	2		15,96	36,58	41
Pratisyen Acil Servis Hek.	14	12	2			14,89	13,59	103
Genel Cerrahi	7	7				7,45	14,00	50
İç Hastalıkları	7	6			1	7,45	9,45	74
Çocuk Hastalıkları	6	4	2			6,38	9,23	65
Psikiyatri	5	2	3			5,32	38,46	13
Beyin Cerrahisi	5	3	1		1	5,32	20,83	24
Anestezi ve Reanimasyon	3	3				3,19	8,10	37
Göz Hastalıkları	3	2	1			3,19	7,31	41
Çocuk Cerrahisi	2	2				2,13	20,00	10
Plastik Cerrahisi	2	2				2,13	20,00	10
Kalp Damar Cerrahisi	2	1		1		2,13	10,52	19
Nöroloji	2	2				2,13	6,89	29
K B B	2	2				2,13	5,88	34
Göğüs Cerrahisi	1	1				1,06	9,09	11
Göğüs Hastalıkları	1	1				1,06	4,00	25
Kardiyoloji	1	1				1,06	3,57	28
Üroloji	1	1				1,06	2,70	37
Toplam	94	94				100.00		

Tablo 7-3 : Dava edilen hekimlerin ve davaların branşlara göre dağılımı.

	Branştaki hekim sayısı	Dava edilen hekim sayısı	Branş içindeki dava %'si
Ortopedi ve Travmatoloji	38	15	38,47
Psikiyatri	13	5	38,46
Kadın Hastl. ve Doğum	41	15	36,58
Beyin Cerrahisi	24	5	20,83
Çocuk Cerrahisi	10	2	20,00
Plastik Cerrahisi	10	2	20,00

Tablo 7-4 : Hekim ve dava sayılarına göre dava edilme riski yüksek branşların dağılımları.

Açılan davalar hekimin çalıştığı sağlık kuruluşlarına göre incelendiğinde, 94 davanın 53'ü (%56,38) Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastaneleri, 21'i (%22,34) özel hastane hekimlerine ve 20'si (%21,28) de üniversite hastanesi hekimlerine açılmış idi (Tablo 8).

	N	%
Özel Hastane	21	22,34
Devlet Hastanesi	53	56,38
Üniversite Hastanesi	20	21,28
Toplam	94	100,00

Tablo 8 : Açılan davaların hekimin çalıştığı sağlık kuruluşlarına göre dağılımları

İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir? sorusuna hekimlerin 172'si (%22,57) *son derece yüksek*, 133'ü (%17,45) *çok yüksek*, 249'u (%32,68) *yüksek*, 189'u (%24,80) *pek yüksek değil*, 19'u (%2,49) ise *hiç yüksek değil* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 305'i (%40,02) *son derece yüksek* ve *çok yüksek* yanıtını verdiler (Tablo 9).

İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir? sorusuna verilen *son derece yüksek* ve *çok yüksek* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre, kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu. Devlet hastanesi hekimleri üniversite hastanesi ve özel hastane hekimlerine göre yüksek oranda, pratisyen hekimler uzman hekim ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, acil servis pratisyen hekimleri cerrahi tıp ve dahili tıp bilimleri hekimlerine göre yüksek oranda *son derece yüksek* ve *çok yüksek* yanıtını verdiler. Yaş ve meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 9A). Cerrahi branşlarda en yüksek oranda *son derece yüksek* ve *çok yüksek* yanıtını veren üç branş sırasıyla acil tıp uzmanlığı, anestezi ve reanimasyon, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı iken dahili branşlarda ise sırasıyla kardiyoloji, pediatri ve enfeksiyon hastalıkları idi. FTR ve aile hekimliği uzmanlarından *son derece yüksek* ve *çok yüksek* yanıtını veren olmadı (Tablo 9B).

	N	%
Son Derece Yüksek	172	22,57
Çok Yüksek	133	17,45
Yüksek	249	32,68
Pek Yüksek Değil	189	24,80
Hiç Yüksek Değil	19	2,49
Toplam	762	100,00

Tablo 9: *İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir?* sorusunun yanıt dağılımı.

Tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptırıyor musunuz? sorusuna hekimlerin 559'u (%73,36) *hiç yaptırmadım*, 56'sı (%7,35) *son bir yıldır yaptırıyorum*, 59'u (%7,74) *son iki yıldır yaptırıyorum*, 25'i (%3,28) *son üç yıldır yaptırıyorum*, 24'ü (%3,15) *son dört yıldır yaptırıyorum*, 34'ü (%4,46) *daha önce yaptırmıştım ama şimdi sigortasızım* yanıtını verirken 5 hekim de yanıt vermek istemedi (Tablo 10).

	N	%
Hiç Yaptırmadım	559	73,36
Son Bir Yıldır Yaptırıyorum	56	7,35
Son İki Yıldır Yaptırıyorum	59	7,74
Son Üç Yıldır Yaptırıyorum	25	3,28
Son Dört Yıldır Yaptırıyorum	24	3,15
Daha Önce Yaptırmıştım	34	4,46
Yanıtlamayan	5	0,66
Toplam	762	100,00

Tablo 10: *Tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptırıyor musunuz?* sorusunun yanıt dağılımı.

Yeni "Türk Ceza Kanunu"nın 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda tedirginlik hissettiniz mi? sorusuna hekimlerin 258'i (%33,86) *kesinlikle evet*, 343'ü (%45,01) *evet*, 86'sı (%11,29) *hayır*, 17'si (%2,23) *kesinlikle hayır* yanıtını verirken 58'i (%7,61) de *kararsızım* yanıtını verdi. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 601'i (%78,87) *kesinlikle evet* ve *evet*, 103'ü (%13,52) *kesinlikle hayır* ve *hayır* yanıtını verdiler (Tablo 11).

Yeni "Türk Ceza Kanunu"nın 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda tedirginlik hissettiniz mi? sorusuna verilen *kesinlikle evet* ve *evet*

yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigortası yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Devlet hastanesi hekimleri özel hastane ve üniversite hastanesi hekimlerine göre yüksek oranda, uzman ve pratisyen hekimler birbirlerine yakın ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, acil servis pratisyen hekimleri cerrahi tıp ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda *kesinlikle evet* ve *evet* yanıtını verdiler. Cinsiyet ve meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 11A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *kesinlikle evet* ve *evet* yanıtını veren üç branş sırasıyla acil tıp uzmanlığı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı, plastik cerrahisi ve çocuk cerrahisi (her ikisi de aynı oranda) iken dahili branşlar içinde ise sırasıyla kardiyoloji, pediatri ve dahiliye idi (Tablo 11B).

	N	%
Kesinlikle Evet	258	33,86
Evet	343	45,01
Kararsızım	58	7,61
Hayır	86	11,29
Kesinlikle Hayır	17	2,23
Toplam	762	100,00

Tablo 11: Yeni “Türk Ceza Kanunu”nun 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda tedirginlik hissettiniz mi? sorusunun yanıt dağılımı.

Tıbbi hata yapmaktan çekindiğiniz oluyor mu? sorusuna hekimlerin 193’ü (25,33) *her zaman*, 162’si (%21,26) *çoğu zaman*, 267’si (%35,04) *bazen*, 109’u (%14,30) *nadiren*, 31’i (%4,07) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 355’i (%46,59) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 376’sı (%49,34) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 12).

Tıbbi hata yapmaktan çekindiğiniz oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK’dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, erkeklerde kadınlara göre, on yıldan çok çalışanda az çalışana göre, 40 yaşından büyükte küçüğe göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu. Haklarında tıbbi malpraktis davası

açılanlar ile açılmayanlar, tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Devlet hastanesi hekimleri üniversite hastanesi ve özel hastane hekimlerine göre yüksek oranda, uzman hekimler öğretim üyeleri ve pratisyen hekimlere göre yüksek oranda, cerrahi tıp hekimleri dahili tıp ve acil servis pratisyen hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 12A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş sırasıyla beyin cerrahisi, çocuk cerrahisi ve ortopedi iken, dahili branşlar içinde ise sırasıyla göğüs hastalıkları, kardiyoloji ve nöroloji idi (Tablo 12B).

	N	%
Her Zaman	193	25,33
Çoğu Zaman	162	21,26
Bazen	267	35,04
Nadiren	109	14,30
Hiçbir Zaman	31	4,07
Toplam	762	100,00

Tablo 12: *Tıbbi hata yapmaktan çekindiğiniz oluyor mu?* sorusunun yanıt dağılımı.

4.3. NEGATİF DEFANSİF TIP SORULARININ SONUÇLARI

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu? sorusuna hekimlerin 71'i (%9,32) *her zaman*, 167'si (%21,92) *çoğu zaman*, 192'si (%25,20) *bazen*, 141'i (%18,50) *nadiren*, 191'i (%25,07) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 238'i (%31,24) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 333'ü (%43,70) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 13).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre, erkeklerde kadınlara göre, on yıldan çok çalışanda az çalışana göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu. Devlet hastanesi hekimleri özel hastane ve üniversite hastanesi hekimlerine göre yüksek oranda, uzman hekimler pratisyen ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, cerrahi tıp hekimleri acil servis pratisyen ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda

her zaman ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 13A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş ortopedi, plastik cerrahisi ve çocuk cerrahisi iken dahili branşlar içinde ise sırasıyla kardiyoloji, göğüs hastalıkları ve pediatri idi. Acil tıp uzmanlarından *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren hekim olmadı (Tablo 13B).

	N	%
Her Zaman	71	9,32
Çoğu Zaman	167	21,92
Bazen	192	25,20
Nadiren	141	18,50
Hiçbir Zaman	191	25,07
Toplam	762	100,00

Tablo 13: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu? sorusuna hekimlerin 64'ü (% 8,40) *her zaman*, 158'i (%20,73) *çoğu zaman*, 191'i (%25,07) *bazen*, 150'si (%19,69) *nadiren*, 199'u (%26,12) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 222'si (%29,13) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 341'i (%44,76) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 14).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigortası yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre, erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Devlet hastanesi hekimleri özel hastane ve üniversite hastanesi hekimlerine göre yüksek oranda, uzman hekimler pratisyen ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, cerrahi tıp hekimleri acil servis pratisyen ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 14A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı ve çocuk cerrahisi

iken dahili branşlar içinde ise sırasıyla göğüs hastalıkları, kardiyoloji ve aile hekimliği idi. Acil tıp uzmanlarından *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren hekim olmadı (Tablo 14B).

	N	%
Her Zaman	64	8,40
Çoğu Zaman	158	20,73
Bazen	191	25,07
Nadiren	150	19,69
Hiçbir Zaman	199	26,12
Toplam	762	100,00

Tablo 14: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu? sorusunu bir hekim yanıtlamadı. Hekimlerin 61'i (%8,01) *her zaman*, 219'u (%28,74) *çoğu zaman*, 210'u (%27,56) *bazen*, 149'u (%19,55) *nadiren*, 122'si (%16,01) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 280'i (%36,75) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 359'u (%47,11) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 15).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigortası yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre, erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Yaş ve meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Devlet hastanesi hekimleri özel hastane ve üniversite hastanesi hekimlerine göre yüksek oranda, uzman ile pratisyen hekimler birbirine yakın ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, cerrahi tıp hekimleri acil servis pratisyen ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 15A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş ortopedi, plastik cerrahisi ve çocuk cerrahisi iken dahili branşlar içinde ise sırasıyla kardiyoloji, pediatri ve FTR idi. Acil tıp uzmanlarından *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren hekim olmadı (Tablo 15B).

	N	%
Her Zaman	61	8,01
Çoğu Zaman	219	28,74
Bazen	210	27,56
Nadiren	149	19,55
Hiçbir Zaman	122	16,01
Yanıtlamayan	1	0,13
Toplam	762	100,00

Tablo 15: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu? sorusunu 6 hekim yanıtlamadı. Hekimlerin 33'ü (% 4,33) *her zaman*, 148'i (%19,42) *çoğu zaman*, 224'ü (%29,40) *bazen*, 128'i (%16,80) *nadiren*, 223'ü (%29,27) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayrıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 181'i (%23,75) *her zaman ve çoğu zaman*, 352'si (%46,20) *bazen ve nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 16).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman ve çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigortası yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Yaş, cinsiyet ve meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Devlet hastanesi hekimleri özel hastane ve üniversite hastanesi hekimlerine göre yüksek oranda, uzman hekimler pratisyen hekim ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, cerrahi tıp hekimleri ile acil servis pratisyen hekimleri birbirine yakın ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman ve çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 16A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman ve çoğu zaman* yanıtını veren üç branş kadın hastalıkları ve doğum, göz hastalıkları, plastik cerrahisi ve çocuk cerrahisi (ikisi de aynı oranda) iken dahili branşlar içinde ise sırasıyla pediatri, aile hekimliği ve dahiliye idi. Acil tıp uzmanlarından *her zaman ve çoğu zaman* yanıtını veren hekim olmadı (Tablo 16B).

	N	%
Her Zaman	33	4,33
Çoğu Zaman	148	19,42
Bazen	224	29,40
Nadiren	128	16,80
Hiçbir Zaman	223	29,27
Yanıtlamayan	6	0,79
Toplam	762	100,00

Tablo 16: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

4.4. POZİTİF DEFANSİF TIP SORULARININ SONUÇLARI

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu? sorusunu bir hekim yanıtlamadı. Hekimlerin 51'i (% 6,69) *her zaman*, 180'i (%23,62) *çoğu zaman*, 279'u (%36,61) *bazen*, 119'u (%15,62) *nadiren*, 132'si (%17,32) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 231'i (%30,31) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 398'i (%52,23) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 17).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigortası yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre, erkeklerde kadınlara göre, on yıldan çok çalışanda az çalışana göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Devlet hastanesi hekimleri özel hastane ve üniversite hastanesi hekimlerine göre yüksek oranda, pratisyen hekimler uzman ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, acil servis pratisyen hekimleri cerrahi tıp ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 17A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş kadın hastalıkları ve doğum, beyin cerrahisi ve genel cerrahi iken dahili branşlar içinde ise sırasıyla kardiyoloji, nöroloji ve dahiliye idi. Enfeksiyon hastalıkları uzmanlarından *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren hekim olmadı (Tablo17B).

	N	%
Her Zaman	51	6,69
Çoğu Zaman	180	23,62
Bazen	279	36,61
Nadiren	119	15,62
Hiçbir Zaman	132	17,32
Yanıtlamayan	1	0,13
Toplam	762	100,00

Tablo 17: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu? sorusunu bir hekim yanıtlamadı. Hekimlerin 13'ü (% 1,71) *her zaman*, 56'sı (%7,35) *çoğu zaman*, 171'i (%22,44) *bazen*, 168'i (%22,05) *nadiren*, 353'ü (%46,33) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 69'u (%9,06) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 339'u (%44,49) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 18).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu. Yaş, cinsiyet ve meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Devlet hastanesi hekimleri özel hastane ve üniversite hastanesi hekimlerine göre yüksek oranda, uzman hekimler pratisyen hekim ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, cerrahi tıp hekimleri ile acil servis pratisyen hekimleri birbirine yakın ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 18A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, göz hastalıkları iken dahili branşlar içinde ise sırasıyla göğüs hastalıkları, pediatri ve kardiyoloji idi. Acil tıp, psikiyatri, enfeksiyon hastalıkları, dermatoloji, FTR, aile hekimliği ve plastik cerrahi uzmanlarından *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren hekim olmadı (Tablo 18B).

	N	%
Her Zaman	13	1,71
Çoğu Zaman	56	7,35
Bazen	171	22,44
Nadiren	168	22,05
Hiçbir Zaman	353	46,33
Yanıtlamayan	1	0,13
Toplam	762	100,00

Tablo 18: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu? sorusunu bir hekim yanıtlamadı. Hekimlerin 59'u (% 7,75) *her zaman*, 216'sı (%28,35) *çoğu zaman*, 252'si (%33,07) *bazen*, 123'ü (%16,14) *nadiren*, 111'i (%14,57) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 275'i (%36,10) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 375'i (%49,21) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 19).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigortası yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre, erkeklerde kadınlara göre, 40 yaşından büyüklerde küçüklerde göre, meslekte çalışma süresi 10 yıldan çok olanlarda az olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Üniversite hastanesi hekimleri devlet ve özel hastane hekimlerine göre yüksek oranda, pratisyen hekimler uzman hekim ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, acil servis pratisyen hekimleri cerrahi tıp ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 19A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş sırasıyla ortopedi, göğüs cerrahisi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı iken dahili branşlar içinde ise sırasıyla kardiyoloji, göğüs hastalıkları ve nöroloji idi (Tablo 19B).

	N	%
Her Zaman	59	7,75
Çoğu Zaman	216	28,35
Bazen	252	33,07
Nadiren	123	16,14
Hiçbir Zaman	111	14,57
Yanıtlamayan	1	0,13
Toplam	762	100,00

Tablo 19: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu? sorusunu 18 hekim yanıtlamadı. Hekimlerin 12'si (% 1,57) *her zaman*, 40'ı (%5,25) *çoğu zaman*, 156'sı (%20,47) *bazen*, 155'i (%20,34) *nadiren*, 381'i (%50,00) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 52'si (%6,82) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 311'i (%40,81) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 20).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigortası yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Yaş ve meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Devlet hastanesi hekimleri üniversite ve özel hastane hekimlerine göre yüksek oranda, pratisyen hekimler uzman ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, acil servis pratisyen hekimleri cerrahi tıp ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 20A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, çocuk cerrahisi ve genel cerrahi (ikisi de aynı oranda) iken dahili branşlar içinde ise sırasıyla kardiyoloji, pediatri ve nöroloji idi (Tablo 20B).

	N	%
Her Zaman	12	1,57
Çoğu Zaman	40	5,25
Bazen	156	20,47
Nadiren	155	20,34
Hiçbir Zaman	381	50,00
Yanıtlamayan	18	2,36
Toplam	762	100,00

Tablo 20: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, görüntüleme tetkiklerini daha sık kullandığınız oluyor mu? sorusuna hekimlerin 62'si (% 8,14) *her zaman*, 236'sı (%30,97) *çoğu zaman*, 208'i (%27,30) *bazen*, 130'u(%17,06) *nadiren*, 126'sı (%16,54) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayrıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 298'i (%39,11) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 338'i (%44,36) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 21).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, görüntüleme tetkiklerini daha sık kullandığınız oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre erkeklerde kadınlara göre, 40 yaşından büyüklerde küçüklere göre, meslekte çalışma süresi 10 yıldan çok olanlarda az olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Devlet hastanesi hekimleri üniversite ve özel hastane hekimlerine göre yüksek oranda, pratisyen hekimler uzman ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, acil servis pratisyen hekimleri cerrahi tıp ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 21A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum, göğüs cerrahisi ve genel cerrahi uzmanlığı iken dahili branşlar içinde ise sırasıyla kardiyoloji, göğüs hastalıkları ve nöroloji idi (Tablo 21B).

	N	%
Her Zaman	62	8,14
Çoğu Zaman	236	30,97
Bazen	208	27,30
Nadiren	130	17,06
Hiçbir Zaman	126	16,54
Toplam	762	100,00

Tablo 21: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, görüntüleme tetkiklerini daha sık kullandığınız oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu? sorusuna hekimlerin 217'si (% 28,48) *her zaman*, 326'sı (%42,78) *çoğu zaman*, 136'i (%17,85) *bazen*, 44'ü (% 5,77) *nadiren*, 39'u (% 5,12) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 543'ü (%71,26) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 180'i (% 23,62) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 22).

Malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, 40 yaşından küçüklerde büyüklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu. Yaşa, meslekte çalışma süresine göre ve haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlar ile açılmayanlar, tıbbi malpraktis sigortası yaptıranlar ile yaptırmayanlar, tıbbi hata yapmaktan çekinenler ile çekinmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Özel hastane hekimleri üniversite ve devlet hastanesi hekimlerine göre yüksek oranda, öğretim üyesi ile pratisyen ve uzman hekimler birbirlerine yakın oranlarda, cerrahi tıp hekimleri acil servis pratisyen hekimleri ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 22A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş sırasıyla KBB, plastik cerrahisi ve kalp damar cerrahisi uzmanlığı iken dahili branşlar içinde ise sırasıyla kardiyoloji, pediatri ve dermatoloji idi (Tablo 22B).

	N	%
Her Zaman	217	28,48
Çoğu Zaman	326	42,78
Bazen	136	17,85
Nadiren	44	5,77
Hiçbir Zaman	39	5,12
Toplam	762	100,00

Tablo 22: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu? sorusunu bir hekim yanıtlamadı. Hekimlerin 265'i (%34,78) *her zaman*, 340'ı (%44,62) *çoğu zaman*, 93'ü (%12,20) *bazen*, 35'i (% 4,59) *nadiren*, 28'i (% 3,67) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayrıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 605'i (% 79,40) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 128'i (%16,79) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 23).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda açılmayanlara göre, tıbbi malpraktis sigortası yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde çekinmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Yaş, cinsiyet ve meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Özel hastane hekimleri devlet hastanesi ve üniversite hastanesi hekimlerine göre yüksek oranda, uzman hekimler pratisyen hekimler ile yakın ve öğretim üyelerine göre yüksek oranda, cerrahi tıp hekimleri acil servis pratisyen ve dahili tıp hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 23A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum, anestezi ve reanimasyon ve göğüs cerrahisi iken dahili branşlar içinde ise aile hekimliği, dermatoloji ve enfeksiyon hastalıkları idi (Tablo 23B).

	N	%
Her Zaman	265	34,78
Çoğu Zaman	340	44,62
Bazen	93	12,20
Nadiren	35	4,59
Hiçbir Zaman	28	3,67
Yanıtlamayan	1	0,13
Toplam	762	100,00

Tablo 23: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu? sorusunu 4 hekim yanıtlamadı. Hekimlerin 293'ü (%38,45) *her zaman*, 263'ü (%34,51) *çoğu zaman*, 106'sı (%13,91) *bazen*, 57'si (%7,48) *nadiren*, 39'u (%5,12) *hiçbir zaman* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 556'sı (%72,96) *her zaman* ve *çoğu zaman*, 163'ü (%21,39) *bazen* ve *nadiren* yanıtını verdiler (Tablo 24).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu? sorusuna verilen *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtları; dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde azaltmaz diyenlere göre, tıbbi malpraktis sigortası yaptıranlarda yaptırmayanlara göre, tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerde görmeyenlere göre, yeni TCK'dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerde hissetmeyenlere göre, meslekte çalışma süresi on yıldan çok olanda az olana göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Yaşa, cinsiyete göre ve haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlar ile açılmayanlar, tıbbi hata yapmaktan çekinenler ile çekinmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Üniversite hastanesi hekimleri devlet hastanesi ve özel hastane hekimlerine göre yüksek oranda, öğretim üyeleri uzman hekim ve pratisyen hekimlere göre yüksek oranda, cerrahi tıp hekimleri dahili tıp ve acil servis pratisyen hekimlerine göre yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını verdiler (Tablo 24A). Cerrahi branşlar içerisinde en yüksek oranda *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren üç branş sırasıyla kalp damar cerrahisi, beyin cerrahisi ve ortopedi iken dahili branşlar içinde ise aile hekimliği, kardiyooloji ve dermatoloji idi (Tablo 24B).

	N	%
Her Zaman	293	38,45
Çoğu Zaman	263	34,51
Bazen	106	13,91
Nadiren	57	7,48
Hiçbir Zaman	39	5,12
Yanıtlamayan	4	0,52
Toplam	762	100,00

Tablo 24: *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

4.5. YARDIMCI SORULARININ SONUÇLARI

Tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz? sorusuna hekimlerin 254'ü (%33,33) *kesinlikle evet*, 387'si (%50,79) *evet*, 42'si (%5,51) *hayır*, 3'ü (%0,39) *kesinlikle hayır*, 76'sı (%9,98) da *kararsızım* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 641'i (%84,12) *kesinlikle evet* ve *evet*, 45'i (%5,90) *kesinlikle hayır* ve *hayır* yanıtını verdiler (Tablo 25).

	N	%
Kesinlikle Evet	254	33,33
Evet	387	50,79
Kararsızım	76	9,98
Hayır	42	5,51
Kesinlikle Hayır	3	0,39
Toplam	762	100,00

Tablo 25: *Tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Sizce “yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim” şeklinde düzenlenen bir belge hekimi sorumluluktan kurtarır mı? sorusuna hekimlerin 19'u (%2,49) *kesinlikle evet*, 62'si (%8,14) *evet*, 392'si (%51,44) *hayır*, 137'si (%17,98) *kesinlikle hayır*, 152'si (%19,95) de *kararsızım* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 81'i (%10,63) *kesinlikle evet* ve *evet*, 529'u (%69,42) *kesinlikle hayır* ve *hayır* yanıtını verdiler (Tablo 26).

	N	%
Kesinlikle Evet	19	2,49
Evet	62	8,14
Kararsızım	152	19,95
Hayır	392	51,44
Kesinlikle Hayır	137	17,98
Toplam	762	100,00

Tablo 26: Sizce “yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim” şeklinde düzenlenen bir belge hekimi sorumluluktan kurtarır mı? sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Defansif tıp, çekinik tıp veya defensive medicine terimlerini daha önce duymuş muydunuz? sözel sorusunu şartların uygun olmaması nedeniyle 9 hekime yöneltmedik. Bu soruyu yanıtlayan (n:753) hekimlerin 707’si (%93,89) *hayır* diyerek daha önce duymadığını, 46’sı (%6,11) *evet* diyerek daha önce duyduğunu belirtti. Daha önce duyduğunu belirten hekimlere yönelttiğimiz ‘*içeriğini biliyor musunuz?*’ sorusunu ise 32 hekim (%4,25) defansif tıbbın içeriğini tam olarak açıklayarak yanıtladı.

Resmi Gazete’de yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”ni okudunuz mu? sorusunu yanıtlayan hekimlerin 64’ü (%8,40) *hiç duymadım*, 261’i (%34,25) *duydum ama hiç okumadım*, 328’i (%43,04) *kısmen okudum*, 109’u (%14,30) *tamamını okudum* yanıtını verdiler (Tablo 27).

	N	%
Hiç Duymadım	64	8,40
Duydum, Hiç Okumadım	261	34,25
Kısmen Okudum	328	43,04
Tamamını Okudum	109	14,30
Toplam	762	100,00

Tablo 27: Resmi Gazete’de yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”ni okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

Komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılamadığını düşünüyor musunuz? sorusunu bir hekim yanıtlamadı. Hekimlerin 344’ü (%45,14) *kesinlikle evet*, 333’ü (%43,70) *evet*, 30’u (%3,94) *hayır*, 10’u (%1,31) *kesinlikle hayır*, 44’ü (%5,78) de *kararsızım* yanıtını

verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 677'si (%88,84) *kesinlikle evet* ve *evet*, 40'u (%5,25) *kesinlikle hayır* ve *hayır* yanıtını verdiler (Tablo 28).

	N	%
Kesinlikle Evet	344	45,14
Evet	333	43,70
Kararsızım	44	5,78
Hayır	30	3,94
Kesinlikle Hayır	10	1,31
Yanıtlamayan	1	0,13
Toplam	762	100,00

Tablo 28: *Komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılamadığını düşünüyor musunuz?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

“Tıbbi Malpraktis Sigortası” yaptırmanız hekimlik uygulamalarınızı daha rahat yapmanızı sağlar mı? sorusuna hekimlerin 53'ü (%6,96) *kesinlikle evet*, 209'u (%27,43) *evet*, 228'i (%29,92) *hayır*, 64'ü (%8,40) *kesinlikle hayır*, 208'i (%27,30) de *kararsızım* yanıtını verdiler. Ayırıştırma yöntemi uygulandığında hekimlerin 262'i (%34,39) *kesinlikle evet* ve *evet*, 292'si (%38,32) *kesinlikle hayır* ve *hayır* yanıtını verdiler (Tablo 29).

	N	%
Kesinlikle Evet	53	6,96
Evet	209	27,43
Kararsızım	208	27,30
Hayır	228	29,92
Kesinlikle Hayır	64	8,40
Toplam	762	100,00

Tablo 29: *“Tıbbi Malpraktis Sigortası” yaptırmanız hekimlik uygulamalarınızı daha rahat yapmanızı sağlar mı?* sorusuna verilen yanıtların dağılımı.

4.6. VERİ VE ANALİZ TABLOLARI

Anketimizin diğer sorularla karşılaştırmalı verileri ve verilerin istatistik test sonuçlarını gösterir p ve χ^2 değerleri ilgili soruların A tablolarında, yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımları B tablolarında gösterilmiştir.

HEKİMİN ÇALIŞI TIĞI SA ĞLIK KURUMU																		HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI						TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ					
özel hastane			devlet hastanesi			üniversite hastns.												açılanlar			açılmayanlar			yaptıranlar			yaptırmayanlar		
N	%		N	%		N	%											N	%		N	%		N	%		N	%	
1	69	34,33	1	177	51,01	1	51	23,83										1	51	54,26	1	245	36,79	1	99	48,77	1	198	35,42
2	100	49,75	2	133	38,33	2	112	52,34										2	32	34,04	2	312	46,85	2	84	41,38	2	261	46,69
3	14	6,96	3	16	4,61	3	18	8,41	3	5	5,32	3	43	6,46	3	7	3,45	3	41	7,33									
4	17	8,46	4	17	4,90	4	29	13,55	4	5	5,32	4	58	8,71	4	13	6,40	4	50	8,94									
5	1	0,50	5	4	1,15	5	4	1,87	5	1	1,06	5	8	1,20	5	0		5	9	1,61									
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0										
T	201	100,00	T	347	100,00	T	214	100,00	T	94	100,00	T	666	100,00	T	203	100,00	T	559	100,00									
χ²=50,421; P:0,000; anlamlı									χ²=10,761; P:0,029; anlamlı									χ²=15,737; P:0,003; anlamlı											
HEKİMİN GÖREV UNVANI									MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ									YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK						TIBBİ HATA YAPMAKTAN					
pratisyen			uzman			öğretim üyesi			yüksek görenler			yüksek görmeyenl			hissedenler			hissetmeyenler			çekinenler			çekinmeyenler					
N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%				
1	52	50,49	1	196	42,98	1	49	24,26	1	260	46,93	1	37	17,79	1	273	45,42	1	14	13,59	1	172	48,45	1	33	23,57			
2	41	39,81	2	198	43,42	2	105	1,98	2	230	41,52	2	115	55,29	2	267	44,43	2	51	49,51	2	141	39,72	2	68	48,57			
3	6	5,82	3	24	5,26	3	18	8,91	3	29	5,23	3	19	9,13	3	23	3,83	3	9	8,74	3	20	5,63	3	12	8,57			
4	3	2,91	4	34	7,46	4	26	12,87	4	31	5,60	4	32	15,38	4	33	5,49	4	25	24,27	4	22	6,20	4	19	13,57			
5	1	0,97	5	4	0,88	5	4	1,98	5	4	0,72	5	5	2,40	5	5	0,83	5	4	3,88	5	0		5	8	5,71			
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0				
T	103	100,00	T	456	100,00	T	202	100,00	T	554	100,00	T	208	100,00	T	601	100,00	T	103	100,00	T	355	100,00	T	140	100,00			
χ²=33,204; P:0,000; anlamlı									χ²=64,087; P:0,000; anlamlı									χ²=71,076; P:0,000; anlamlı						χ²=45,088; P:0,000; anlamlı					
HEKİMİN ÇALIŞI TIĞI ALAN									CİNSİYET									MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN						40 YAŞINDAN					
dahili tıp bilimleri			cerrahi tıp bilimler			acil servis pratisy.			erkek			kadın			az			çok			küçük			büyük					
N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%				
1	95	31,99	1	150	41,44	1	52	50,49	1	231	39,22	1	66	38,15	1	60	40,00	1	237	38,73	1	158	41,47	1	139	36,48			
2	143	48,15	2	161	44,47	2	41	39,81	2	273	46,35	2	72	41,62	2	64	42,67	2	281	45,92	2	161	42,26	2	184	48,29			
3	23	7,74	3	19	5,25	3	6	5,82	3	31	5,26	3	17	9,82	3	13	8,67	3	35	5,72	3	26	6,82	3	22	5,77			
4	31	10,44	4	29	8,01	4	3	2,91	4	46	7,81	4	17	9,82	4	11	7,33	4	52	8,50	4	33	8,66	4	30	7,87			
5	5	1,68	5	3	0,83	5	1	0,97	5	8	1,36	5	1	0,58	5	2	1,33	5	7	1,14	5	3	0,79	5	6	1,57			
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0				
T	297	100,00	T	362	100,00	T	103	100,00	T	589	100,00	T	173	100,00	T	150	100,00	T	612	100,00	T	381	100,00	T	381	100,00			
χ²=17,061; P:0,029; anlamlı									χ²=6,468; P:0,167; anlamsız									χ²=2,227; P:0,694; anlamsız						χ²=4,225; P:0,376; anlamsız					

Tablo 6 A: Hakkınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı. 1: KESİNLİKLE EVET, 2: EVET, 3: KARARSIZIM, 4: HAYIR, 5: KESİNLİKLE HAYIR, M: Yanıtlamayan, T: Toplam

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N % 1 7 28,00 2 8 32,00 3 5 20,00 4 4 16,00 5 1 4,00 M 0 T 25 100,00	N % 1 20 27,03 2 42 56,76 3 3 4,05 4 7 9,46 5 2 2,70 M 0 T 74 100,00	N % 1 7 38,89 2 8 44,44 3 0 4 3 16,67 5 0 M 0 T 18 100,00	N % 1 13 46,43 2 14 50,00 3 1 3,57 4 0 5 0 M 0 T 28 100,00	N % 1 5 38,46 2 4 30,77 3 2 15,38 4 2 15,38 5 0 M 0 T 13 100,00	N % 1 22 33,85 2 26 40,00 3 6 9,23 4 9 13,85 5 2 3,08 M 0 T 65 100,00	N % 1 6 28,57 2 14 66,67 3 0 4 1 4,76 5 0 M 0 T 21 100,00	N % 1 7 24,14 2 16 55,17 3 4 13,79 4 2 6,90 5 0 M 0 T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N % 1 7 35,00 2 9 45,00 3 2 10,00 4 2 10,00 5 0 M 0 T 20 100,00	N % 1 1 25,00 2 2 50,00 3 0 4 1 25,00 5 0 M 0 T 4 100,00	N % 1 52 50,49 2 41 39,81 3 6 5,82 4 3 2,91 5 1 0,97 M 0 T 103 100,00	N % 1 15 30,00 2 28 56,00 3 5 10,00 4 2 4,00 5 0 M 0 T 50 100,00	N % 1 3 15,79 2 13 68,42 3 1 5,26 4 2 10,53 5 0 M 0 T 19 100,00	N % 1 4 36,36 2 6 54,55 3 0 4 1 9,09 5 0 M 0 T 11 100,00	N % 1 3 30,00 2 6 60,00 3 1 10,00 4 0 5 0 M 0 T 10 100,00	N % 1 13 54,17 2 9 37,50 3 0 4 2 8,33 5 0 M 0 T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N % 1 20 48,78 2 16 39,02 3 0 4 5 12,20 5 0 M 0 T 41 100,00	N % 1 17 41,46 2 17 41,46 3 4 9,76 4 2 4,88 5 1 2,44 M 0 T 41 100,00	N % 1 14 37,84 2 18 48,65 3 2 5,41 4 2 5,41 5 1 2,70 M 0 T 37 100,00	N % 1 14 41,18 2 15 44,12 3 2 5,88 4 3 8,82 5 0 M 0 T 34 100,00	N % 1 5 50,00 2 3 30,00 3 1 10,00 4 1 10,00 5 0 M 0 T 10 100,00	N % 1 24 63,16 2 9 23,68 3 2 5,26 4 3 7,89 5 0 M 0 T 38 100,00	N % 1 16 43,24 2 13 35,14 3 1 2,70 4 6 16,22 5 1 2,70 M 0 T 37 100,00	N % 1 2 20,00 2 8 80,00 3 0 4 0 5 0 M 0 T 10 100,00

Tablo 6 B: Hakınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: KESİNLİKLE EVET, 2: EVET, 3: KARARSIZIM, 4: HAYIR, 5: KESİNLİKLE HAYIR, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU						DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI				HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI				TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ							
özel hastane		devlet hastanesi		üniversite hastns.		azaltır diyenler		azaltmaz diyenler		açılanlar		açılmayanlar		yaptıranlar		yaptırmayanlar					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
1	33 16,42	1	101 29,11	1	38 17,76	1	160 24,92	1	7 9,72	1	33 35,11	1	138 20,72	1	65 32,02	1	107 19,14				
2	25 12,44	2	76 21,90	2	32 14,95	2	119 18,54	2	7 9,72	2	23 24,47	2	110 16,52	2	35 17,24	2	98 17,53				
3	71 35,32	3	115 33,14	3	63 29,44	3	211 32,87	3	21 29,17	3	25 26,60	3	223 33,48	3	63 31,03	3	186 33,27				
4	67 33,33	4	49 14,12	4	73 34,11	4	136 21,18	4	35 48,61	4	13 13,83	4	176 26,43	4	37 18,23	4	152 27,19				
5	5 2,49	5	6 1,73	5	8 3,74	5	16 2,49	5	2 2,78	5	0	5	19 2,85	5	3 1,48	5	16 2,86				
M	0	M	0	M	0	M	0	M	0	M	0	M	0	M	0	M	0				
T	201 100,00	N	347 100,00	T	214 100,00	T	642 100,00	T	72 100,00	T	94 100,00	T	666 100,00	T	203 100,00	T	559 100,00				
$\chi^2=52,353$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=29,873$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=19,688$; P:0,001; anlamlı				$\chi^2=17,148$; P:0,002; anlamlı							
HEKİMİN GÖREV UNVANI										YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK				TIBBİ HATA YAPMAKTAN							
pratisyen		uzman		öğretim üyesi						hissedenler		hissetmeyenler		çekinenler		çekinmeyenler					
N	%	N	%	N	%					N	%	N	%	N	%	N	%				
1	32 31,07	1	102 22,37	1	38 18,81					1	162 26,96	1	8 7,77	1	111 31,27	1	21 15,00				
2	26 25,24	2	77 16,89	2	29 14,36					2	120 19,97	2	8 7,77	2	69 19,44	2	14 10,00				
3	30 29,13	3	158 34,65	3	61 30,20					3	198 32,95	3	30 29,13	3	111 31,27	3	45 32,14				
4	15 14,56	4	107 23,46	4	67 33,17					4	110 18,30	4	51 49,51	4	56 15,77	4	57 40,71				
5	0	5	12 2,63	5	7 3,47					5	11 1,83	5	6 5,83	5	8 2,25	5	3 2,14				
M	0	M	0	M	0					M	0	M	0	M	0	M	0				
T	103 100,00	T	456 100,00	T	202 100,00					T	601 100,00	T	103 100,00	T	355 100,00	T	140 100,00				
$\chi^2=24,411$; P:0,002; anlamlı										$\chi^2=64,268$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=42,682$; P:0,000; anlamlı							
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN						CİNSİYET				MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN				40 YAŞINDAN							
dahili tıp bilimleri		cerrahi tıp bilimler		acil servis pratisy.		erkek		kadın		az		çok		küçük		büyük					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
1	33 11,11	1	107 29,56	1	32 31,07	1	128 21,73	1	66 38,16	1	32 21,33	1	140 22,88	1	86 22,57	1	86 22,57				
2	34 11,45	2	73 20,17	2	26 25,24	2	108 18,34	2	72 41,62	2	26 17,33	2	107 17,48	2	68 17,85	2	65 17,06				
3	106 35,69	3	113 31,22	3	30 29,13	3	195 33,11	3	17 9,82	3	52 34,67	3	197 32,19	3	132 34,65	3	117 30,71				
4	109 36,70	4	65 17,96	4	15 14,56	4	143 24,28	4	17 9,82	4	38 25,33	4	151 24,67	4	90 23,62	4	99 25,98				
5	15 5,05	5	4 1,10	5	0	5	15 2,55	5	1 0,58	5	2 1,33	5	17 2,78	5	5 1,31	5	14 3,67				
M	0	M	0	M	0	M	0	M	0	M	0	M	0	M	0	M	0				
T	297 100,00	T	362 100,00	T	103 100,00	T	589 100,00	T	173 100,00	T	150 100,00	T	612 100,00	T	381 100,00	T	381 100,00				
$\chi^2=82,408$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=86,664$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=1,384$; P:0,847; anlamsız				$\chi^2=5,663$; P:0,226; anlamsız							

Tablo 9 A: İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: SON DERECE YÜKSEK, 2: ÇOK YÜKSEK, 3: YÜKSEK, 4: PEK YÜKSEK DEĞİL, 5: HİÇ YÜKSEK DEĞİL, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 0	1 7 9,46	1 2 11,11	1 10 35,71	1 1 7,69	1 11 16,92	1 1 4,76	1 1 3,45
2 4 16,00	2 7 9,46	2 2 11,11	2 5 17,86	2 1 7,69	2 8 12,31	2 2 9,52	2 5 17,24
3 9 36,00	3 38 51,35	3 4 22,22	3 11 39,29	3 3 23,08	3 21 32,31	3 5 23,81	3 12 41,38
4 10 40,00	4 21 28,38	4 7 38,89	4 2 7,14	4 7 53,85	4 24 36,92	4 9 42,86	4 10 34,48
5 2 8,00	5 1 1,35	5 3 16,67	5 0	5 1 7,69	5 1 1,54	5 4 19,05	5 1 3,45
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 25 100,00	T 74 100,00	T 18 100,00	T 28 100,00	T 13 100,00	T 65 100,00	T 21 100,00	T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 0	1 0	1 32 31,07	1 11 22,00	1 1 5,26	1 3 27,27	1 3 30,00	1 7 29,17
2 0	2 0	2 26 25,24	2 7 14,00	2 2 10,53	2 2 18,18	2 3 30,00	2 6 25,00
3 3 15,00	3 0	3 30 29,13	3 17 34,00	3 12 63,16	3 5 45,45	3 3 30,00	3 8 33,33
4 16 80,00	4 3 75,00	4 15 14,56	4 14 28,00	4 4 21,05	4 1 9,09	4 1 10,00	4 3 12,50
5 1 5,00	5 1 25,00	5 0	5 1 2,00	5 0	5 0	5 0	5 0
T 20 100,00	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
	T 4 100,00	T 103 100,00	T 50 100,00	T 19 100,00	T 11 100,00	T 10 100,00	T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 22 53,66	1 5 12,20	1 6 16,22	1 6 17,65	1 4 40,00	1 16 42,11	1 18 48,65	1 5 50,00
2 9 21,95	2 7 17,07	2 4 10,81	2 9 26,47	2 2 20,00	2 8 21,05	2 10 27,03	2 4 40,00
3 7 17,07	3 20 48,78	3 14 37,84	3 9 26,47	3 3 30,00	3 8 21,05	3 6 16,22	3 1 10,00
4 3 7,32	4 9 21,95	4 11 29,73	4 9 26,47	4 1 10,00	4 6 15,79	4 3 8,11	4 0
5 0	5 0	5 2 5,41	5 1 2,94	5 0	5 0	5 0	5 0
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 41 100,00	T 41 100,00	T 37 100,00	T 34 100,00	T 10 100,00	T 38 100,00	T 37 100,00	T 10 100,00

Tablo 9 B : İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: SON DERECE YÜKSEK, 2: ÇOK YÜKSEK, 3: YÜKSEK, 4: PEK YÜKSEK DEĞİL, 5: HİÇ YÜKSEK DEĞİL, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU						DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI				HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI				TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ							
özel hastane		devlet hastanesi		üniversite hastns.		azaltır diyenler		azaltmaz diyenler		açılanlar		açılmayanlar		yaptıranlar		yaptırmayanlar					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
1	50	24,88	1	164	47,26	1	44	20,56	1	242	37,69	1	10	13,89	1	98	48,28				
2	104	51,74	2	143	41,21	2	96	44,86	2	298	46,42	2	28	38,89	2	80	39,41				
3	20	9,95	3	17	4,90	3	21	9,81	3	37	5,76	3	5	6,94	3	10	4,93				
4	22	10,95	4	20	5,76	4	44	20,56	4	55	8,57	4	23	31,94	4	12	5,91				
5	5	2,49	5	3	0,87	5	9	4,21	5	10	1,56	5	6	8,33	5	3	1,48				
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0					
T	201	100,00	T	347	100,00	T	214	100,00	T	642	100,00	T	72	100,00	T	203	100,00				
$\chi^2=76,089$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=57,003$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=37,915$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=29,328$; P:0,000; anlamlı							
HEKİMİN GÖREV UNVANI						MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ								TIBBİ HATA YAPMAKTAN							
pratisyen		uzman		öğretim üyesi		yüksek görenler		yüksek görmeyenl						çekinenler		çekinmeyenler					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					N	%	N	%				
1	44	42,72	1	171	37,50	1	43	21,29	1	234	42,24	1	24	11,54	1	166	46,76				
2	42	40,78	2	211	46,27	2	89	44,06	2	246	44,40	2	97	46,63	2	132	37,18				
3	7	6,80	3	32	7,02	3	19	9,41	3	28	5,05	3	30	14,42	3	18	5,07				
4	10	9,71	4	34	7,46	4	42	20,79	4	40	7,22	4	46	22,12	4	32	9,01				
5	0		5	8	1,75	5	9	4,46	5	6	1,08	5	11	5,29	5	7	1,97				
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0					
T	103	100,00	T	456	100,00	T	202	100,00	T	554	100,00	T	208	100,00	T	355	100,00				
$\chi^2=44,881$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=101,417$; P:0,000; anlamlı								$\chi^2=46,587$; P:0,000; anlamlı							
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN						CİNSİYET				MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN				40 YAŞINDAN							
dahili tıp bilimleri		cerrahi tıp bilimler		acil servis pratisy.		erkek		kadın		az		çok		küçük		büyük					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
1	74	24,92	1	140	38,67	1	44	42,72	1	207	35,14	1	51	29,48	1	130	34,12				
2	151	50,84	2	150	41,44	2	42	40,78	2	261	44,31	2	82	47,40	2	172	45,14				
3	33	11,11	3	18	4,97	3	7	6,80	3	38	6,45	3	20	11,56	3	37	9,71				
4	32	10,77	4	44	12,15	4	10	9,71	4	67	11,38	4	19	10,98	4	38	9,97				
5	7	2,36	5	10	2,76	5	0		5	16	2,72	5	1	0,58	5	4	1,05				
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0					
T	297	100,00	T	362	100,00	T	103	100,00	T	589	100,00	T	173	100,00	T	381	100,00				
$\chi^2=27,060$; P:0,001; anlamlı						$\chi^2=8,895$; P:0,064; anlamsız				$\chi^2=6,390$; P:0,172; anlamsız				$\chi^2=10,360$; P:0,035; anlamlı							

Tablo 11 A: Yeni “Türk Ceza Kanunu”nun 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda tedirginlik hissettiniz mi? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: KESİNLİKLE EVET, 2: EVET, 3: KARARSIZIM, 4: HAYIR, 5: KESİNLİKLE HAYIR, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N % 1 6 24,00 2 11 44,00 3 3 12,00 4 4 16,00 5 1 4,00 M 0 T 25 100,00	N % 1 15 20,27 2 42 56,76 3 10 13,51 4 6 8,11 5 1 1,35 M 0 T 74 100,00	N % 1 1 5,56 2 12 66,67 3 2 11,11 4 3 16,67 5 0 M 0 T 18 100,00	N % 1 9 32,14 2 18 64,29 3 1 3,57 4 0 5 0 M 0 T 28 100,00	N % 1 4 30,77 2 6 46,15 3 1 7,69 4 1 7,69 5 1 7,69 M 0 T 13 100,00	N % 1 24 36,92 2 27 41,54 3 6 9,23 4 7 10,77 5 1 1,54 M 0 T 65 100,00	N % 1 5 23,81 2 11 52,38 3 2 9,52 4 2 9,52 5 1 4,76 M 0 T 21 100,00	N % 1 7 24,14 2 13 44,83 3 3 10,34 4 4 13,79 5 2 6,90 M 0 T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N % 1 3 15,00 2 10 50,00 3 3 15,00 4 4 20,00 5 0 M 0 T 20 100,00	N % 1 0 2 1 25,00 3 2 50,00 4 1 25,00 5 0 M 0 T 4 100,00	N % 1 44 42,72 2 42 40,78 3 7 6,80 4 10 9,71 5 0 M 0 T 103 100,00	N % 1 16 32,00 2 25 50,00 3 3 6,00 4 6 12,00 5 0 M 0 T 50 100,00	N % 1 5 26,32 2 5 26,32 3 1 5,26 4 6 31,58 5 2 10,53 M 0 T 19 100,00	N % 1 5 45,45 2 1 9,09 3 1 9,09 4 4 36,36 5 0 M 0 T 11 100,00	N % 1 6 60,00 2 3 30,00 3 1 10,00 4 0 5 0 M 0 T 10 100,00	N % 1 9 37,50 2 9 37,50 3 2 8,33 4 3 12,50 5 1 4,17 M 0 T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N % 1 28 68,29 2 11 26,83 3 0 4 2 4,88 5 0 M 0 T 41 100,00	N % 1 13 31,71 2 17 41,46 3 4 9,76 4 5 12,20 5 2 4,88 M 0 T 41 100,00	N % 1 10 27,03 2 16 43,24 3 1 2,70 4 7 18,92 5 3 8,11 M 0 T 37 100,00	N % 1 15 44,12 2 15 44,12 3 1 2,94 4 2 5,88 5 1 2,94 M 0 T 34 100,00	N % 1 2 20,00 2 7 70,00 3 0 4 1 10,00 5 0 M 0 T 10 100,00	N % 1 17 44,74 2 16 42,11 3 2 5,26 4 3 7,89 5 0 M 0 T 38 100,00	N % 1 11 29,73 2 18 48,65 3 2 5,41 4 5 13,51 5 1 2,70 M 0 T 37 100,00	N % 1 3 30,00 2 7 70,00 3 0 4 0 5 0 M 0 T 10 100,00

Tablo 11 B: Yeni “Türk Ceza Kanunu”nun 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda tedirginlik hissettiniz mi? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: KESİNLİKLE EVET, 2: EVET, 3: KARARSIZIM, 4: HAYIR, 5: KESİNLİKLE HAYIR, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU			DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI		HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI		TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ	
özel hastane	devlet hastanesi	üniversite hastns.	azaltır diyenler	azaltmaz diyenler	açılanlar	açılmayanlar	yaptıranlar	yaptırmayanlar
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 48 23,88	1 84 24,21	1 61 28,50	1 165 25,70	1 15 20,83	1 24 25,53	1 169 25,38	1 57 28,08	1 136 24,33
2 40 19,90	2 88 25,36	2 34 15,89	2 148 23,05	2 7 9,72	2 27 28,72	2 135 20,27	2 48 23,65	2 114 20,39
3 82 40,80	3 125 36,02	3 60 28,04	3 228 35,51	3 23 31,94	3 31 32,98	3 235 35,29	3 61 30,05	3 206 36,85
4 25 12,44	4 41 11,82	4 43 20,09	4 82 12,77	4 19 26,39	4 9 9,57	4 99 14,86	4 27 13,30	4 82 14,67
5 6 2,99	5 9 2,59	5 16 7,48	5 19 2,96	5 8 11,11	5 3 3,19	5 28 4,20	5 10 4,93	5 21 3,76
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 201 100,00	T 347 100,00	T 214 100,00	T 642 100,00	T 72 100,00	T 94 100,00	T 666 100,00	T 203 100,00	T 559 100,00
$\chi^2=27,557$; P:0,001; anlamlı			$\chi^2=26,004$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=4,717$; P:0,318; anlamsız		$\chi^2=4,229$; P:0,376; anlamsız	
HEKİMİN GÖREV UNVANI			MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ		YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK			
pratisyen	uzman	öğretim üyesi	yüksek görenler	yüksek görmeyenler	hissedenler	hissetmeyenler		
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %		
1 16 15,53	1 118 25,88	1 59 29,21	1 155 27,98	1 38 18,27	1 158 26,29	1 24 23,30		
2 27 26,21	2 104 22,81	2 30 14,85	2 136 24,55	2 26 12,50	2 140 23,29	2 15 14,56		
3 46 44,66	3 166 36,40	3 55 27,23	3 183 33,03	3 84 40,38	3 218 36,27	3 27 26,21		
4 13 12,62	4 54 11,84	4 42 20,79	4 64 11,55	4 45 21,63	4 70 11,65	4 22 21,36		
5 1 0,97	5 14 3,07	5 16 7,92	5 16 2,89	5 15 7,21	5 15 2,50	5 15 14,56		
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0		
T 103 100,00	T 456 100,00	T 202 100,00	T 554 100,00	T 208 100,00	T 601 100,00	T 103 100,00		
$\chi^2=36,219$; P:0,000; anlamlı			$\chi^2=35,982$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=42,299$; P:0,000; anlamlı			
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN			CİNSİYET		MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN		40 YAŞINDAN	
dahili tıp bilimleri	cerrahi tıp bilimler	acil servis pratisy.	erkek	kadın	az	çok	küçük	büyük
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 65 21,89	1 112 30,94	1 16 15,53	1 155 26,32	1 38 21,97	1 26 17,33	1 167 27,29	1 87 22,83	1 106 27,82
2 60 20,20	2 75 20,72	2 27 26,21	2 135 22,92	2 27 15,61	2 34 22,67	2 128 20,92	2 78 20,47	2 84 22,05
3 119 40,07	3 102 28,18	3 46 44,66	3 191 32,43	3 76 43,93	3 70 46,67	3 197 32,19	3 153 40,16	3 114 29,92
4 43 14,48	4 53 14,64	4 13 12,62	4 83 14,09	4 26 15,03	4 16 10,67	4 93 15,20	4 52 13,65	4 57 14,96
5 10 3,37	5 20 5,52	5 1 0,97	5 25 4,24	5 6 3,47	5 4 2,67	5 27 4,41	5 11 2,89	5 20 5,25
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 297 100,00	T 362 100,00	T 103 100,00	T 589 100,00	T 173 100,00	T 150 100,00	T 612 100,00	T 381 100,00	T 381 100,00
$\chi^2=25,830$; P:0,001; anlamlı			$\chi^2=9,693$; P:0,046; anlamlı		$\chi^2=14,723$; P:0,005; anlamlı		$\chi^2=10,632$; P:0,031; anlamlı	

Tablo 12 A: Tıbbi hata yapmaktan çekindiğiniz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 11 44,00	1 11 14,86	1 3 16,67	1 9 32,14	1 2 15,38	1 12 18,46	1 3 14,29	1 10 34,48
2 3 12,00	2 20 27,03	2 6 33,33	2 6 21,43	2 2 15,38	2 14 21,54	2 2 9,52	2 5 17,24
3 7 28,00	3 25 33,78	3 7 38,89	3 11 39,29	3 6 46,15	3 27 41,54	3 12 57,14	3 11 37,93
4 3 12,00	4 15 20,27	4 2 11,11	4 1 3,57	4 2 15,38	4 9 13,85	4 4 19,05	4 3 10,34
5 1 4,00	5 3 4,05	5 0	5 1 3,57	5 1 7,69	5 3 4,62	5 0	5 0
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 25 100,00	T 74 100,00	T 18 100,00	T 28 100,00	T 13 100,00	T 65 100,00	T 21 100,00	T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 3 15,00	1 1 25,00	1 16 15,53	1 18 36,00	1 4 21,05	1 1 9,09	1 7 70,00	1 10 41,67
2 2 10,00	2 0	2 27 26,21	2 10 20,00	2 1 5,26	2 4 36,36	2 0	2 9 37,50
3 12 60,00	3 1 25,00	3 46 44,66	3 12 24,00	3 6 31,58	3 4 36,36	3 3 30,00	3 4 16,67
4 2 10,00	4 2 50,00	4 13 12,62	4 9 18,00	4 4 21,05	4 1 9,09	4 0	4 1 4,17
5 1 5,00	5 0	5 1 0,97	5 1 2,00	5 4 21,05	5 1 9,09	5 0	5 0
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 20 100,00	T 4 100,00	T 103 100,00	T 50 100,00	T 19 100,00	T 11 100,00	T 10 100,00	T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 13 31,71	1 10 24,39	1 9 24,32	1 11 32,35	1 1 10,00	1 14 36,84	1 12 32,43	1 2 20,00
2 13 31,71	2 3 7,32	2 6 16,22	2 7 20,59	2 1 10,00	2 11 28,95	2 9 24,32	2 1 10,00
3 9 21,95	3 16 39,02	3 12 32,43	3 10 29,41	3 5 50,00	3 10 26,32	3 7 18,92	3 4 40,00
4 4 9,76	4 9 21,95	4 5 13,51	4 6 17,65	4 2 20,00	4 0	4 9 24,32	4 3 30,00
5 2 4,88	5 3 7,32	5 5 13,51	5 3	5 1 10,00	5 3 7,89	5 0	5 0
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 41 100,00	T 41 100,00	T 37 100,00	T 34 100,00	T 10 100,00	T 38 100,00	T 37 100,00	T 10 100,00

Tablo 12 B: Tıbbi hata yapmaktan çekindiğiniz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU						DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI				HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI				TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ			
özel hastane		devlet hastanesi		üniversite hastns.		azaltır diyenler		azaltmaz diyenler		açılanlar		açılmayanlar		yaptıranlar		yaptırmayanlar	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	15	7,46	1	46	13,26	1	10	4,67	1	70	10,90	1	1	1,39	1	36	17,73
2	50	24,88	2	99	28,53	2	18	8,41	2	160	24,92	2	3	4,17	2	57	28,08
3	53	26,37	3	98	28,24	3	41	19,16	3	168	26,17	3	9	12,50	3	54	26,60
4	38	18,91	4	49	14,12	4	54	25,23	4	108	16,82	4	19	26,39	4	24	11,82
5	45	22,39	5	55	15,85	5	91	42,52	5	136	21,18	5	40	55,56	5	32	15,76
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0	
T	201	100,00	T	347	100,00	T	214	100,00	T	642	100,00	T	72	100,00	T	203	100,00
$\chi^2=88,706$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=57,348$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=35,507$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=42,278$; P:0,000; anlamlı			
HEKİMİN GÖREV UNVANI						MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ				YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK				TIBBİ HATA YAPMAKTAN			
pratisyen		uzman		öğretim üyesi		yüksek görenler		yüksek görmeyenl		hissedenler		hissetmeyenler		çekinenler		çekinmeyenler	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	7	6,80	1	54	11,84	1	10	4,95	1	64	11,55	1	7	3,37	1	57	16,06
2	28	27,18	2	122	26,75	2	17	8,42	2	151	27,26	2	16	7,69	2	100	28,17
3	22	21,36	3	129	28,29	3	41	20,30	3	141	25,45	3	51	24,52	3	79	22,25
4	17	16,50	4	76	16,67	4	48	23,76	4	81	14,62	4	60	28,85	4	48	13,52
5	29	28,16	5	75	16,45	5	86	42,57	5	117	21,12	5	74	35,58	5	71	20,00
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0	
T	103	100,00	T	456	100,00	T	202	100,00	T	554	100,00	T	208	100,00	T	355	100,00
$\chi^2=77,967$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=66,489$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=90,624$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=59,118$; P:0,000; anlamlı			
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN						CİNSİYET				MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN				40 YAŞINDAN			
dahili tıp bilimleri		cerrahi tıp bilimler		acil servis pratisy.		erkek		kadın		az		çok		küçük		büyük	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	13	4,38	1	51	14,09	1	63	10,70	1	8	4,62	1	65	10,62	1	30	7,87
2	55	18,52	2	84	23,20	2	140	23,77	2	27	15,61	2	143	23,37	2	81	21,26
3	81	27,27	3	89	24,59	3	135	22,92	3	57	32,95	3	141	23,04	3	95	24,93
4	63	21,21	4	61	16,85	4	101	17,15	4	40	23,12	4	113	18,46	4	76	19,95
5	85	28,62	5	77	21,27	5	150	25,47	5	41	23,70	5	150	24,51	5	99	25,98
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0	
T	297	100,00	T	362	100,00	T	103	100,00	T	589	100,00	T	173	100,00	T	150	100,00
$\chi^2=27,535$; P:0,001; anlamlı						$\chi^2=17,438$; P:0,002; anlamlı				$\chi^2=14,780$; P:0,005; anlamlı				$\chi^2=2,989$; P:0,560; anlamsız			

Tablo 13 A:Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu?

sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N % 1 2 8,00 2 5 20,00 3 4 16,00 4 3 12,00 5 11 44,00 M 0 T 25 100,00	N % 1 2 2,70 2 14 18,92 3 20 27,03 4 17 22,97 5 21 28,38 M 0 T 74 100,00	N % 1 0 2 2 11,11 3 3 16,67 4 9 50,00 5 4 22,22 M 0 T 18 100,00	N % 1 2 7,14 2 11 39,29 3 5 17,86 4 3 10,71 5 7 25,00 M 0 T 28 100,00	N % 1 1 7,69 2 1 7,69 3 2 15,38 4 6 46,15 5 3 23,08 M 0 T 13 100,00	N % 1 4 6,15 2 14 21,54 3 19 29,23 4 10 15,38 5 18 27,69 M 0 T 65 100,00	N % 1 0 2 3 14,29 3 11 52,38 4 3 14,29 5 4 19,05 M 0 T 21 100,00	N % 1 0 2 3 10,34 3 12 41,38 4 4 13,79 5 10 34,48 M 0 T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N % 1 1 5,00 2 2 10,00 3 5 25,00 4 5 25,00 5 7 35,00 M 0 T 20 100,00	N % 1 1 25,00 2 0 3 0 4 3 75,00 5 0 M 0 T 4 100,00	N % 1 7 6,80 2 28 27,18 3 22 21,36 4 17 16,50 5 29 28,16 M 0 T 103 100,00	N % 1 7 14,00 2 9 18,00 3 12 24,00 4 12 24,00 5 10 20,00 M 0 T 50 100,00	N % 1 2 10,53 2 3 15,79 3 5 26,32 4 2 10,53 5 7 36,84 M 0 T 19 100,00	N % 1 1 9,09 2 1 9,09 3 3 27,27 4 3 27,27 5 3 27,27 M 0 T 11 100,00	N % 1 3 30,00 2 2 20,00 3 2 20,00 4 1 10,00 5 2 20,00 M 0 T 10 100,00	N % 1 4 16,67 2 7 29,17 3 4 16,67 4 3 12,50 5 6 25,00 M 0 T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N % 1 6 14,63 2 13 31,71 3 11 26,83 4 4 9,76 5 7 17,07 M 0 T 41 100,00	N % 1 7 17,07 2 8 19,51 3 10 24,39 4 9 21,95 5 7 17,07 M 0 T 41 100,00	N % 1 5 13,51 2 5 13,51 3 12 32,43 4 5 13,51 5 10 27,03 M 0 T 37 100,00	N % 1 4 11,76 2 12 35,29 3 8 23,53 4 7 20,59 5 3 8,82 M 0 T 34 100,00	N % 1 1 10,00 2 4 40,00 3 1 10,00 4 2 20,00 5 2 20,00 M 0 T 10 100,00	N % 1 7 18,42 2 12 31,58 3 10 26,32 4 5 13,16 5 4 10,53 M 0 T 38 100,00	N % 1 4 10,81 2 8 21,62 3 11 29,73 4 4 10,81 5 10 27,03 M 0 T 37 100,00	N % 1 0 2 0 3 0 4 4 40,00 5 6 60,00 M 0 T 10 100,00

Tablo 13 B:Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu?
 sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU						DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI				HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI				TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ			
özel hastane		devlet hastanesi		üniversite hastns.		azaltır diyenler		azaltmaz diyenler		açılanlar		açılmayanlar		yaptıranlar		yaptırmayanlar	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	15	7,46	1	47	13,54	1	2	0,93	1	61	9,50	1	2	2,78	1	33	16,26
2	46	22,89	2	102	29,39	2	10	4,67	2	151	23,52	2	1	1,39	2	66	32,51
3	58	28,86	3	99	28,53	3	34	15,89	3	172	26,79	3	8	11,11	3	48	23,65
4	45	22,39	4	49	14,12	4	56	26,17	4	120	18,69	4	19	26,39	4	30	14,78
5	37	18,41	5	50	14,41	5	112	52,34	5	138	21,50	5	42	58,33	5	26	12,81
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0	
T	201	100,00	T	347	100,00	T	214	100,00	T	642	100,00	T	72	100,00	T	203	100,00
$\chi^2=164,868$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=61,345$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=34,722$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=61,223$; P:0,000; anlamlı			
HEKİMİN GÖREV UNVANI						MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ				YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK				TIBBİ HATA YAPMAKTAN			
pratisyen		uzman		öğretim üyesi		yüksek görenler		yüksek görmeyenl		hissedenler		hissetmeyenler		çekinenler		çekinmeyenler	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	11	10,68	1	51	11,18	1	2	0,99	1	60	10,83	1	4	1,92	1	54	15,21
2	19	18,45	2	131	28,73	2	8	3,96	2	131	23,65	2	27	12,98	2	98	27,61
3	25	24,27	3	134	29,39	3	32	15,84	3	136	24,55	3	55	26,44	3	84	23,66
4	20	19,42	4	77	16,89	4	53	26,24	4	103	18,59	4	47	22,60	4	43	12,11
5	28	27,18	5	63	13,82	5	107	52,97	5	124	22,38	5	75	36,06	5	76	21,41
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0	
T	103	100,00	T	456	100,00	T	202	100,00	T	554	100,00	T	208	100,00	T	355	100,00
$\chi^2=158,723$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=34,858$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=88,123$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=68,373$; P:0,000; anlamlı			
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN						CİNSİYET				MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN				40 YAŞINDAN			
dahili tıp bilimleri		cerrahi tıp bilimler		acil servis pratisy.		erkek		kadın		az		çok		küçük		büyük	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	16	5,39	1	37	10,22	1	11	10,68	1	55	9,34	1	9	5,20	1	6	4,00
2	43	14,48	2	96	26,52	2	19	18,45	2	27	15,61	2	33	22,00	2	125	20,42
3	84	28,28	3	82	22,65	3	25	24,27	3	131	22,24	3	60	34,68	3	39	26,00
4	68	22,90	4	62	17,13	4	20	19,42	4	113	19,19	4	37	21,39	4	29	19,33
5	86	28,96	5	85	23,48	5	28	27,18	5	159	26,99	5	40	23,12	5	43	28,67
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0	
T	297	100,00	T	362	100,00	T	103	100,00	T	589	100,00	T	173	100,00	T	150	100,00
$\chi^2=23,766$; P:0,003; anlamlı						$\chi^2=14,916$; P:0,005; anlamlı				$\chi^2=4,989$; P:0,288; anlamsız				$\chi^2=13,775$; P:0,008; anlamlı			

Tablo 14 A:Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?

sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 4 16,00	1 2 2,70	1 1 5,56	1 2 7,14	1 2 15,38	1 4 6,15	1 0	1 0
2 3 12,00	2 9 12,16	2 3 16,67	2 5 17,86	2 1 7,69	2 12 18,46	2 4 19,05	2 2 6,90
3 4 16,00	3 21 28,38	3 6 33,33	3 6 21,43	3 2 15,38	3 20 30,77	3 10 47,62	3 11 37,93
4 5 20,00	4 17 22,97	4 3 16,67	4 7 25,00	4 3 23,08	4 13 20,00	4 4 19,05	4 5 17,24
5 9 36,00	5 25 33,78	5 5 27,78	5 8 28,57	5 5 38,46	5 16 24,62	5 3 14,29	5 11 37,93
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 25 100,00	T 74 100,00	T 18 100,00	T 28 100,00	T 13 100,00	T 65 100,00	T 21 100,00	T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 1 5,00	1 0	1 11 10,68	1 6 12,00	1 1 5,26	1 0	1 2 20,00	1 2 8,33
2 3 15,00	2 1 25,00	2 19 18,45	2 14 28,00	2 5 26,32	2 2 18,18	2 3 30,00	2 8 33,33
3 4 20,00	3 0	3 25 24,27	3 8 16,00	3 1 5,26	3 3 27,27	3 3 30,00	3 7 29,17
4 9 45,00	4 2 50,00	4 20 19,42	4 9 18,00	4 6 31,58	4 3 27,27	4 0	4 2 8,33
5 3 15,00	5 1 25,00	5 28 27,18	5 13 26,00	5 6 31,58	5 3 27,27	5 2 20,00	5 5 20,83
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 20 100,00	T 4 100,00	T 103 100,00	T 50 100,00	T 19 100,00	T 11 100,00	T 10 100,00	T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 8 19,51	1 6 14,63	1 1 2,70	1 4 11,76	1 0	1 7 18,42	1 0	1 0
2 13 31,71	2 10 24,39	2 10 27,03	2 9 26,47	2 4 40,00	2 15 39,47	2 3 8,11	2 0
3 9 21,95	3 9 21,95	3 9 24,32	3 8 23,53	3 3 30,00	3 5 13,16	3 17 45,95	3 0
4 3 7,32	4 7 17,07	4 5 13,51	4 6 17,65	4 1 10,00	4 8 21,05	4 10 27,03	4 2 20,00
5 8 19,51	5 9 21,95	5 12 32,43	5 7 20,59	5 2 20,00	5 3 7,89	5 7 18,92	5 8 80,00
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 41 100,00	T 41 100,00	T 37 100,00	T 34 100,00	T 10 100,00	T 38 100,00	T 37 100,00	T 10 100,00

Tablo 14 B: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU			DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI		HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI		TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ	
özel hastane	devlet hastanesi	üniversite hastns.	azaltır diyenler	azaltmaz diyenler	açılanlar	açılmayanlar	yaptıranlar	yaptırmayanlar
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 17 8,46	1 39 11,24	1 5 2,34	1 59 9,19	1 1 1,39	1 17 18,09	1 44 6,61	1 28 13,79	1 33 5,90
2 65 32,34	2 127 36,60	2 27 12,62	2 203 31,62	2 9 12,50	2 36 38,30	2 182 27,33	2 77 37,93	2 142 25,40
3 52 25,87	3 102 29,39	3 56 26,17	3 181 28,19	3 16 22,22	3 23 24,47	3 187 28,08	3 53 26,11	3 157 28,09
4 46 22,89	4 50 14,41	4 53 24,77	4 117 18,22	4 18 25,00	4 10 10,64	4 138 20,72	4 25 12,32	4 124 22,18
5 20 9,95	5 29 8,36	5 73 34,11	5 81 12,62	5 28 38,89	5 8 8,51	5 114 17,12	5 19 9,36	5 103 18,43
M 1 0,50	M 0	M 0	M 1 0,16	M 0	M 0	M 1 0,15	M 1 0,49	M 0
T 201 100,00	T 347 100,00	T 214 100,00	T 642 100,00	T 72 100,00	T 94 100,00	T 666 100,00	T 203 100,00	T 559 100,00
$\chi^2=111,476$; P:0,000; anlamlı			$\chi^2=44,283$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=25,567$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=35,062$; P:0,000; anlamlı	
HEKİMİN GÖREV UNVANI			MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ		YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK		TIBBİ HATA YAPMAKTAN	
pratisyen	uzman	öğretim üyesi	yüksek görenler	yüksek görmeyenl	hissedenler	hissetmeyenler	çekinenler	çekinmeyenler
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 8 7,77	1 48 10,53	1 5 2,48	1 56 10,11	1 5 2,40	1 56 9,32	1 2 1,94	1 51 14,37	1 2 1,43
2 38 36,89	2 156 34,21	2 25 12,38	2 178 32,13	2 41 19,71	2 202 33,61	2 11 10,68	2 122 34,37	2 21 15,00
3 26 25,24	3 132 28,95	3 52 25,74	3 152 27,44	3 58 27,88	3 173 28,79	3 24 23,30	3 89 25,07	3 32 22,86
4 21 20,39	4 78 17,11	4 49 24,26	4 98 17,69	4 51 24,52	4 105 17,47	4 23 22,33	4 45 12,68	4 42 30,00
5 10 9,71	5 41 8,99	5 71 35,15	5 69 12,45	5 53 25,48	5 65 10,82	5 42 40,78	5 48 13,52	5 42 30,00
M 0	M 1 0,22	M 0	M 1 0,18	M 0	M 0	M 1 0,97	M 0	M 1 0,71
T 103 100,00	T 456 100,00	T 202 100,00	T 554 100,00	T 208 100,00	T 601 100,00	T 103 100,00	T 355 100,00	T 140 100,00
$\chi^2=104,372$; P:0,000; anlamlı			$\chi^2=38,940$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=75,622$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=61,259$; P:0,000; anlamlı	
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN			CİNSİYET		MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN		40 YAŞINDAN	
dahili tıp bilimleri	cerrahi tıp bilimler	acil servis pratisy.	erkek	kadın	az	çok	küçük	büyük
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 14 4,71	1 39 10,77	1 8 7,77	1 55 9,34	1 6 3,47	1 7 4,67	1 54 8,82	1 22 5,77	1 39 10,24
2 68 22,90	2 113 31,22	2 38 36,89	2 179 30,39	2 40 23,12	2 41 27,33	2 178 29,08	2 116 30,45	2 103 27,03
3 100 33,67	3 84 23,20	3 26 25,24	3 144 24,45	3 66 38,15	3 50 33,33	3 160 26,14	3 113 29,66	3 97 25,46
4 60 20,20	4 68 18,78	4 21 20,39	4 113 19,19	4 36 20,81	4 29 19,33	4 120 19,61	4 77 20,21	4 72 18,90
5 55 18,52	5 57 15,75	5 10 9,71	5 98 16,64	5 24 13,87	5 23 15,33	5 99 16,18	5 53 13,91	5 69 18,11
M 0	M 1 0,28	M 0	M 0	M 1 0,58	M 0	M 1 0,16	M 0	M 1 0,26
T 297 100,00	T 362 100,00	T 103 100,00	T 589 100,00	T 173 100,00	T 150 100,00	T 612 100,00	T 381 100,00	T 381 100,00
$\chi^2=24,824$; P:0,002; anlamlı			$\chi^2=18,196$; P:0,001; anlamlı		$\chi^2=5,041$; P:0,283; anlamsız		$\chi^2=8,993$; P:0,061; anlamsız	

Tablo 15 A: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 2 8,00	1 2 2,70	1 0	1 2 7,14	1 1 7,69	1 4 6,15	1 0	1 1 3,45
2 4 16,00	2 16 21,62	2 2 11,11	2 9 32,14	2 2 15,38	2 18 27,69	2 6 28,57	2 6 20,69
3 5 20,00	3 21 28,38	3 9 50,00	3 10 35,71	3 5 38,46	3 20 30,77	3 9 42,86	3 14 48,28
4 4 16,00	4 19 25,68	4 3 16,67	4 4 14,29	4 2 15,38	4 16 24,62	4 3 14,29	4 3 10,34
5 10 40,00	5 16 21,62	5 4 22,22	5 3 10,71	5 3 23,08	5 7 10,77	5 3 14,29	5 5 17,24
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 25 100,00	T 74 100,00	T 18 100,00	T 28 100,00	T 13 100,00	T 65 100,00	T 21 100,00	T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 1 5,00	1 1 25,00	1 8 7,77	1 5 10,00	1 0	1 0	1 2 20,00	1 3 12,50
2 5 25,00	2 0	2 38 36,89	2 11 22,00	2 5 26,32	2 5 45,45	2 3 30,00	2 9 37,50
3 7 35,00	3 0	3 26 25,24	3 10 20,00	3 5 26,32	3 1 9,09	3 3 30,00	3 6 25,00
4 4 20,00	4 2 50,00	4 21 20,39	4 13 26,00	4 4 21,05	4 1 9,09	4 0	4 0
5 3 15,00	5 1 25,00	5 10 9,71	5 11 22,00	5 5 26,32	5 4 36,36	5 2 20,00	5 6 25,00
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 20 100,00	T 4 100,00	T 103 100,00	T 50 100,00	T 19 100,00	T 11 100,00	T 10 100,00	T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 6 14,63	1 8 19,51	1 3 8,11	1 4 11,76	1 0	1 7 18,42	1 1 2,70	1 0
2 16 39,02	2 12 29,27	2 12 32,43	2 13 38,24	2 5 50,00	2 12 31,58	2 10 27,03	2 0
3 9 21,95	3 12 29,27	3 5 13,51	3 7 20,59	3 1 10,00	3 9 23,68	3 14 37,84	3 2 20,00
4 9 21,95	4 5 12,20	4 9 24,32	4 8 23,53	4 1 10,00	4 7 18,42	4 6 16,22	4 5 50,00
5 1 2,44	5 4 9,76	5 8 21,62	5 2 5,88	5 3 30,00	5 3 7,89	5 5 13,51	5 3 30,00
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 1 2,70	M 0
T 41 100,00	T 41 100,00	T 37 100,00	T 34 100,00	T 10 100,00	T 38 100,00	T 37 100,00	T 10 100,00

Tablo 15 B: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?
sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU						DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI				HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI				TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ						
özel hastane		devlet hastanesi		üniversite hastns.		azaltır diyenler		azaltmaz diyenler		açılanlar		açılmayanlar		yaptıranlar		yaptırmayanlar				
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
1	7	3,48	1	23	6,63	1	3	1,40	1	33	5,14	1	0	1	16	7,88	1	17	3,04	
2	48	23,88	2	97	27,95	2	3	1,40	2	139	21,65	2	4	5,56	2	61	30,05	2	87	15,56
3	63	31,34	3	132	38,04	3	29	13,55	3	199	31,00	3	14	19,44	3	66	32,51	3	158	28,26
4	38	18,91	4	48	13,83	4	42	19,63	4	100	15,58	4	17	23,61	4	25	12,32	4	103	18,43
5	45	22,39	5	41	11,82	5	137	64,02	5	166	25,86	5	37	51,39	5	35	17,24	5	188	33,63
M	0		M	6	1,73	M	0		M	5	0,78	M	0		M	0		M	6	1,07
T	201	100,00	T	347	100,00	T	214	100,00	T	642	100,00	T	72	100,00	T	203	100,00	T	559	100,00
$\chi^2=217,381$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=32,161$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=20,695$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=41,813$; P:0,000; anlamlı						
HEKİMİN GÖREV UNVANI						MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ				YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK				TIBBİ HATA YAPMAKTAN						
pratisyen		uzman		öğretim üyesi		yüksek görenler		yüksek görmeyenl		hissedenler		hissetmeyenler		çekinenler		çekinmeyenler				
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
1	4	3,88	1	26	5,70	1	3	1,49	1	30	5,42	1	3	1,44	1	28	7,89	1	0	
2	22	21,36	2	124	27,19	2	2	0,99	2	122	22,02	2	26	12,50	2	89	25,07	2	14	10,00
3	41	39,81	3	154	33,77	3	29	14,36	3	175	31,59	3	49	23,56	3	103	29,01	3	23	16,43
4	21	20,39	4	71	15,57	4	35	17,33	4	90	16,25	4	38	18,27	4	46	12,96	4	36	25,71
5	9	8,74	5	81	17,76	5	133	65,84	5	131	23,65	5	92	44,23	5	86	24,23	5	66	47,14
M	6	5,83	M	0		M	0		M	6	1,08	M	0		M	3	0,85	M	1	0,71
T	103	100,00	T	456	100,00	T	202	100,00	T	554	100,00	T	208	100,00	T	355	100,00	T	140	100,00
$\chi^2=205,839$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=37,947$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=97,630$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=55,253$; P:0,000; anlamlı						
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN						CİNSİYET				MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN				40 YAŞINDAN						
dahili tıp bilimleri		cerrahi tıp bilimler		acil servis pratisy.		erkek		kadın		az		çok		küçük		büyük				
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
1	10	3,37	1	19	5,25	1	4	3,88	1	28	4,75	1	5	2,89	1	4	2,67	1	29	4,74
2	52	17,51	2	74	20,44	2	22	21,36	2	119	20,20	2	29	16,76	2	119	19,44	2	75	19,69
3	81	27,27	3	102	28,18	3	41	39,81	3	173	29,37	3	51	29,48	3	113	28,27	3	173	28,27
4	63	21,21	4	44	12,15	4	21	20,39	4	90	15,28	4	38	21,97	4	27	18,00	4	101	16,50
5	91	30,64	5	123	33,98	5	9	8,74	5	177	30,05	5	46	26,59	5	38	25,33	5	185	30,23
M	0		M	0		M	6	5,83	M	2	0,34	M	4	2,31	M	1	0,67	M	5	0,82
T	297	100,00	T	362	100,00	T	103	100,00	T	589	100,00	T	173	100,00	T	150	100,00	T	612	100,00
$\chi^2=34,053$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=6,006$; P:0,199; anlamsız				$\chi^2=3,685$; P:0,450; anlamsız				$\chi^2=5,951$; P:0,203; anlamsız						

Tablo 16 A: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N % 1 1 4,00 2 4 16,00 3 4 16,00 4 6 24,00 5 10 40,00 M 0 T 25 100,00	N % 1 2 2,70 2 15 20,27 3 16 21,62 4 22 29,73 5 19 25,68 M 0 T 74 100,00	N % 1 0 2 1 5,56 3 6 33,33 4 4 22,22 5 7 38,89 M 0 T 18 100,00	N % 1 2 7,14 2 3 10,71 3 8 28,57 4 6 21,43 5 9 32,14 M 0 T 28 100,00	N % 1 1 7,69 2 1 7,69 3 2 15,38 4 3 23,08 5 6 46,15 M 0 T 13 100,00	N % 1 2 3,08 2 17 26,15 3 22 33,85 4 12 18,46 5 12 18,46 M 0 T 65 100,00	N % 1 0 2 4 19,05 3 9 42,86 4 3 14,29 5 5 23,81 M 0 T 21 100,00	N % 1 1 3,45 2 4 13,79 3 8 27,59 4 5 17,24 5 11 37,93 M 0 T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N % 1 0 2 3 15,00 3 6 30,00 4 1 5,00 5 10 50,00 M 0 T 20 100,00	N % 1 1 25,00 2 0 3 0 4 1 25,00 5 2 50,00 M 0 T 4 100,00	N % 1 4 3,88 2 22 21,36 3 41 39,81 4 21 20,39 5 9 8,74 M 6 5,83 T 103 100,00	N % 1 2 4,00 2 11 22,00 3 12 24,00 4 8 16,00 5 17 34,00 M 0 T 50 100,00	N % 1 0 2 4 21,05 3 4 21,05 4 2 10,53 5 9 47,37 M 0 T 19 100,00	N % 1 0 2 2 18,18 3 3 27,27 4 0 5 6 54,55 M 0 T 11 100,00	N % 1 1 10,00 2 2 20,00 3 4 40,00 4 0 5 3 30,00 M 0 T 10 100,00	N % 1 1 4,17 2 5 20,83 3 7 29,17 4 2 8,33 5 9 37,50 M 0 T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N % 1 5 12,20 2 11 26,83 3 13 31,71 4 3 7,32 5 9 21,95 M 0 T 41 100,00	N % 1 5 12,20 2 10 24,39 3 10 24,39 4 7 17,07 5 9 21,95 M 0 T 41 100,00	N % 1 1 2,70 2 10 27,03 3 7 18,92 4 4 10,81 5 15 40,54 M 0 T 37 100,00	N % 1 2 5,88 2 5 14,71 3 12 35,29 4 4 11,76 5 11 32,35 M 0 T 34 100,00	N % 1 0 2 3 30,00 3 3 30,00 4 0 5 4 40,00 M 0 T 10 100,00	N % 1 1 2,63 2 9 23,68 3 12 31,58 4 5 13,16 5 11 28,95 M 0 T 38 100,00	N % 1 1 2,70 2 2 5,41 3 13 35,14 4 6 16,22 5 15 40,54 M 0 T 37 100,00	N % 1 0 2 0 3 2 20,00 4 3 30,00 5 5 50,00 M 0 T 10 100,00

Tablo 16 B: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU						DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI				HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI				TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ			
özel hastane		devlet hastanesi		üniversite hastns.		azaltır diyenler		azaltmaz diyenler		açılanlar		açılmayanlar		yaptıranlar		yaptırmayanlar	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	8	3,98	1	37	10,66	1	6	2,80	1	47	7,32	1	4	5,56	1	22	10,84
2	45	22,39	2	111	31,99	2	24	11,21	2	172	26,79	2	4	5,56	2	68	33,50
3	73	36,32	3	125	36,02	3	81	37,85	3	240	37,38	3	18	25,00	3	218	39,00
4	43	21,39	4	39	11,24	4	37	17,29	4	90	14,02	4	18	25,00	4	26	12,81
5	32	15,92	5	34	9,80	5	66	30,84	5	92	14,33	5	28	38,89	5	107	19,14
M	0		M	1	0,29	M	0		M	1	0,16	M	0		M	1	0,49
T	201	100,00	T	347	100,00	T	214	100,00	T	642	100,00	T	72	100,00	T	203	100,00
$\chi^2=82,772$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=43,213$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=43,256$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=27,247$; P:0,000; anlamlı			
HEKİMİN GÖREV UNVANI						MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ				YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK				TIBBİ HATA YAPMAKTAN			
pratisyen		uzman		öğretim üyesi		yüksek görenler		yüksek görmeyenl		hissedenler		hissetmeyenler		çekinenler		çekinmeyenler	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	10	9,71	1	35	7,68	1	6	2,97	1	45	8,12	1	6	2,88	1	5	3,57
2	40	38,83	2	117	25,66	2	23	11,39	2	157	28,34	2	23	11,06	2	17	12,14
3	26	25,24	3	178	39,04	3	74	36,63	3	203	36,64	3	76	36,54	3	55	39,29
4	14	13,59	4	69	15,13	4	36	17,82	4	74	13,36	4	45	21,63	4	28	20,00
5	13	12,62	5	56	12,28	5	63	31,19	5	74	13,36	5	58	27,88	5	35	25,00
M	0		M	1	0,22	M	0		M	1	0,18	M	0		M	0	
T	103	100,00	T	456	100,00	T	202	100,00	T	554	100,00	T	208	100,00	T	355	100,00
$\chi^2=65,554$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=50,335$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=87,431$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=28,665$; P:0,000; anlamlı			
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN						CİNSİYET				MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN				40 YAŞINDAN			
dahili tıp bilimleri		cerrahi tıp bilimler		acil servis pratisy.		erkek		kadın		az		çok		küçük		büyük	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	13	4,38	1	28	7,73	1	10	9,71	1	42	7,13	1	9	5,20	1	20	5,25
2	53	17,85	2	87	24,03	2	40	38,83	2	152	25,81	2	28	16,18	2	89	23,36
3	118	39,73	3	135	37,29	3	26	25,24	3	203	34,47	3	76	43,93	3	147	38,58
4	52	17,51	4	53	14,64	4	14	13,59	4	86	14,60	4	33	19,08	4	73	19,16
5	61	20,54	5	58	16,02	5	13	12,62	5	105	17,83	5	27	15,61	5	81	21,26
M	0		M	1	0,28	M	0		M	1	0,17	M	0		M	1	0,26
T	297	100,00	T	362	100,00	T	103	100,00	T	589	100,00	T	173	100,00	T	381	100,00
$\chi^2=27,729$; P:0,001; anlamlı						$\chi^2=11,339$; P:0,023; anlamlı				$\chi^2=3,751$; P:0,441; anlamsız				$\chi^2=16,144$; P:0,003; anlamlı			

Tablo 17 A: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N % 1 1 4,00 2 4 16,00 3 9 36,00 4 4 16,00 5 7 28,00 M 0 T 25 100,00	N % 1 5 6,76 2 17 22,97 3 27 36,49 4 7 9,46 5 18 24,32 M 0 T 74 100,00	N % 1 0 2 0 3 9 50,00 4 5 27,78 5 4 22,22 M 0 T 18 100,00	N % 1 1 3,57 2 8 28,57 3 13 46,43 4 2 7,14 5 4 14,29 M 0 T 28 100,00	N % 1 1 7,69 2 1 7,69 3 4 30,77 4 5 38,46 5 2 15,38 M 0 T 13 100,00	N % 1 2 3,08 2 10 15,38 3 28 43,08 4 14 21,54 5 11 16,92 M 0 T 65 100,00	N % 1 1 4,76 2 2 9,52 3 9 42,86 4 3 14,29 5 6 28,57 M 0 T 21 100,00	N % 1 1 3,45 2 8 27,59 3 12 41,38 4 5 17,24 5 3 10,34 M 0 T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N % 1 0 2 3 15,00 3 6 30,00 4 5 25,00 5 6 30,00 M 0 T 20 100,00	N % 1 1 25,00 2 0 3 1 25,00 4 2 50,00 5 0 M 0 T 4 100,00	N % 1 10 9,71 2 40 38,83 3 26 5,24 4 14 13,59 5 13 12,62 M 0 T 103 100,00	N % 1 3 6,00 2 14 28,00 3 18 36,00 4 10 20,00 5 5 10,00 M 0 T 50 100,00	N % 1 1 5,26 2 2 10,53 3 7 36,84 4 1 5,26 5 8 42,11 M 0 T 19 100,00	N % 1 0 2 3 27,27 3 5 45,45 4 0 5 2 18,18 M 1 9,09 T 11 100,00	N % 1 1 10,00 2 0 3 4 40,00 4 2 20,00 5 3 30,00 M 0 T 10 100,00	N % 1 2 8,33 2 9 37,50 3 4 16,67 4 3 12,50 5 6 25,00 M 0 T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N % 1 7 17,07 2 12 29,27 3 20 48,78 4 1 2,44 5 1 2,44 M 0 T 41 100,00	N % 1 3 7,32 2 7 17,07 3 14 34,15 4 8 19,51 5 9 21,95 M 0 T 41 100,00	N % 1 3 8,11 2 8 21,62 3 12 32,43 4 5 13,51 5 9 24,32 M 0 T 37 100,00	N % 1 2 5,88 2 9 26,47 3 12 35,29 4 6 17,65 5 5 14,71 M 0 T 34 100,00	N % 1 0 2 2 20,00 3 3 30,00 4 3 30,00 5 2 20,00 M 0 T 10 100,00	N % 1 5 13,16 2 7 18,42 3 15 39,47 4 8 21,05 5 3 7,89 M 0 T 38 100,00	N % 1 1 2,70 2 11 29,73 3 15 40,54 4 5 13,51 5 5 13,51 M 0 T 37 100,00	N % 1 0 2 3 30,00 3 6 60,00 4 1 10,00 5 0 M 0 T 10 100,00

Tablo 17 B: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU						DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI				HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI				TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ						
özel hastane			devlet hastanesi			üniversite hastns.		azaltır diyenler		azaltmaz diyenler		açılanlar		açılmayanlar		yaptıranlar		yaptırmayanlar		
N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
1	2	1,00	1	9	2,59	1	2	0,93	1	13	2,02	1	0		1	8	3,94	1	5	0,89
2	8	3,98	2	43	12,39	2	5	2,34	2	54	8,41	2	1	1,39	2	13	13,83	2	28	5,01
3	44	21,89	3	101	29,11	3	26	12,15	3	158	24,61	3	6	8,33	3	26	27,66	3	145	21,77
4	49	24,38	4	80	23,05	4	39	18,22	4	148	23,05	4	8	11,11	4	15	15,96	4	153	22,97
5	98	48,76	5	113	32,56	5	142	66,36	5	268	41,74	5	57	79,17	5	32	34,04	5	320	48,05
M	0		M	1	0,29	M	0		M	1	0,16	M	0		M	0		M	1	0,15
T	201	100,00	T	347	100,00	T	214	100,00	T	642	100,00	T	72	100,00	T	94	100,00	T	666	100,00
χ²=77,414; P:0,000; anlamlı						χ²=37,167; P:0,000; anlamlı				χ²=41,985; P:0,000; anlamlı				χ²=34,098; P:0,000; anlamlı						
HEKİMİN GÖREV UNVANI						MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ				YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK				TIBBİ HATA YAPMAKTAN						
pratisyen			uzman			öğretim üyesi		yüksek görenler		yüksek görmeyenl		hissedenler		hissetmeyenler		çekinenler		çekinmeyenler		
N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
1	2	1,94	1	9	1,97	1	2	0,99	1	12	2,17	1	1	0,48	1	12	2,00	1	0	
2	11	10,68	2	40	8,77	2	5	2,48	2	53	9,57	2	3	1,44	2	54	8,99	2	1	0,97
3	33	32,04	3	114	25,00	3	23	11,39	3	145	26,17	3	26	12,50	3	161	26,79	3	6	5,83
4	22	21,36	4	110	24,12	4	36	17,82	4	121	21,84	4	47	22,60	4	143	23,79	4	12	11,65
5	35	33,98	5	182	39,91	5	136	67,33	5	222	40,07	5	131	62,98	5	230	38,27	5	84	81,55
M	0		M	1	0,22	M	0		M	1	0,18	M	0		M	1	0,17	M	0	
T	103	100,00	T	456	100,00	T	202	100,00	T	554	100,00	T	208	100,00	T	601	100,00	T	103	100,00
χ²=55,911; P:0,000; anlamlı						χ²=45,831; P:0,000; anlamlı				χ²=68,318; P:0,000; anlamlı				χ²=28,012; P:0,000; anlamlı						
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN						CİNSİYET				MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN				40 YAŞINDAN						
dahili tıp bilimleri			cerrahi tıp bilimler			acil servis pratisy.		erkek		kadın		az		çok		küçük		büyük		
N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
1	1	0,34	1	10	2,76	1	2	1,94	1	12	2,04	1	1	0,58	1	11	1,80	1	5	1,31
2	13	4,38	2	32	8,84	2	11	10,68	2	50	8,49	2	6	3,47	2	49	8,01	2	24	6,30
3	58	19,53	3	80	22,10	3	33	32,04	3	132	22,41	3	39	22,54	3	41	27,33	3	88	23,10
4	72	24,24	4	74	20,44	4	22	21,36	4	127	21,56	4	41	23,70	4	37	24,67	4	99	25,98
5	153	51,52	5	165	45,58	5	35	33,98	5	268	45,50	5	85	49,13	5	63	42,00	5	290	47,39
M	0		M	1	0,28	M	0		M	0		M	1	0,58	M	0		M	1	0,16
T	297	100,00	T	362	100,00	T	103	100,00	T	589	100,00	T	173	100,00	T	150	100,00	T	612	100,00
χ²=23,486; P:0,003; anlamlı						χ²=6,932; P:0,139; anlamsız				χ²=5,303; P:0,258; anlamsız				χ²=8,836; P:0,065; anlamsız						

Tablo 18 A: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 0	1 1 1,35	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0
2 3 12,00	2 2 2,70	2 0	2 2 7,14	2 0	2 5 7,69	2 0	2 1 3,45
3 4 16,00	3 13 17,57	3 0	3 10 35,71	3 1 7,69	3 16 24,62	3 5 23,81	3 6 20,69
4 5 20,00	4 17 22,97	4 7 38,89	4 4 14,29	4 4 30,77	4 12 18,46	4 5 23,81	4 7 24,14
5 13 52,00	5 41 55,41	5 11 61,11	5 12 42,86	5 8 61,54	5 32 49,23	5 11 52,38	5 15 51,72
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 25 100,00	T 74 100,00	T 18 100,00	T 28 100,00	T 13 100,00	T 65 100,00	T 21 100,00	T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 0	1 0	1 2 1,94	1 0	1 0	1 0	1 1 10,00	1 0
2 0	2 0	2 11 10,68	2 3 6,00	2 2 10,53	2 1 9,09	2 0	2 3 12,50
3 3 15,00	3 0	3 33 32,04	3 15 30,00	3 3 5,79	3 3 27,27	3 2 20,00	3 4 16,67
4 9 45,00	4 2 50,00	4 22 21,36	4 10 20,00	4 2 10,53	4 2 18,18	4 1 10,00	4 2 8,33
5 8 40,00	5 2 50,00	5 35 33,98	5 22 44,00	5 12 63,16	5 5 45,45	5 6 60,00	5 15 62,50
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 20 100,00	T 4 100,00	T 103 100,00	T 50 100,00	T 19 100,00	T 11 100,00	T 10 100,00	T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 2 4,88	1 3 7,32	1 0	1 1 2,94	1 0	1 3 7,89	1 0	1 0
2 7 17,07	2 3 7,32	2 5 13,51	2 4 11,76	2 0	2 3 7,89	2 1 2,70	2 0
3 10 24,39	3 7 17,07	3 8 21,62	3 7 20,59	3 2 20,00	3 11 28,95	3 6 16,22	3 2 20,00
4 7 17,07	4 5 12,20	4 6 16,22	4 11 32,35	4 3 30,00	4 11 28,95	4 8 21,62	4 6 60,00
5 15 36,59	5 22 53,66	5 18 48,65	5 11 32,35	5 5 50,00	5 10 26,32	5 22 59,46	5 2 20,00
N 0	M 1 2,44	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 41 100,00	T 41 100,00	T 37 100,00	T 34 100,00	T 10 100,00	T 38 100,00	T 37 100,00	T 10 100,00

Tablo 18 B: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU			DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI		HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI		TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ	
özel hastane	devlet hastanesi	üniversite hastns.	azaltır diyenler	azaltmaz diyenler	açılanlar	açılmayanlar	yaptıranlar	yaptırmayanlar
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 7 3,48	1 43 12,39	1 9 ,21	1 57 8,88	1 2 2,78	1 19 20,21	1 40 6,01	1 25 12,32	1 34 6,08
2 52 25,87	2 126 36,31	2 38 17,76	2 210 32,71	2 4 5,56	2 38 40,43	2 176 6,43	2 73 35,96	2 143 25,58
3 75 37,31	3 107 30,84	3 70 2,71	3 206 32,09	3 23 31,94	3 24 25,53	3 228 34,23	3 57 28,08	3 195 34,88
4 40 19,90	4 41 11,82	4 42 19,63	4 94 4,64	4 16 22,22	4 8 8,51	4 115 17,27	4 24 11,82	4 99 17,71
5 26 12,94	5 30 8,65	5 55 25,70	5 75 11,68	5 27 37,50	5 5 5,32	5 106 15,92	5 23 11,33	5 88 15,74
M 1 0,50	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 1 0,15	M 1 0,49	M 0
T 201 100,00	T 347 100,00	T 214 100,00	T 642 100,00	T 72 100,00	T 94 100,00	T 666 100,00	T 203 100,00	T 559 100,00
$\chi^2=70,418$; P:0,000; anlamlı			$\chi^2=51,465$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=39,222$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=20,449$; P:0,000; anlamlı	
HEKİMİN GÖREV UNVANI			MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ		YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK		TIBBİ HATA YAPMAKTAN	
pratisyen	uzman	öğretim üyesi	yüksek görenler	yüksek görmeyenl	hissedenler	hissetmeyenler	çekinenler	çekinmeyenler
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 12 11,65	1 38 8,33	1 9 4,46	1 53 9,57	1 6 2,88	1 53 8,82	1 4 3,88	1 42 11,83	1 2 1,43
2 39 37,86	2 142 31,14	2 35 17,33	2 188 33,94	2 28 13,46	2 205 34,11	2 6 5,83	2 132 37,18	2 17 12,14
3 30 29,13	3 155 33,99	3 66 32,67	3 185 33,39	3 67 32,21	3 205 34,11	3 28 27,18	3 105 29,58	3 47 33,57
4 12 11,65	4 72 15,79	4 39 19,31	4 74 13,36	4 49 23,56	4 81 13,48	4 29 28,16	4 37 10,42	4 39 27,86
5 10 9,71	5 48 10,53	5 53 26,24	5 54 9,75	5 57 27,40	5 56 9,32	5 36 34,95	5 38 10,70	5 35 25,00
M 0	M 1 0,22	M 0	M 0	M 1 0,48	M 1 0,17	M 0	M 1 0,28	M 0
T 103 100,00	T 456 100,00	T 202 100,00	T 554 100,00	T 208 100,00	T 601 100,00	T 103 100,00	T 355 100,00	T 140 100,00
$\chi^2=47,001$; P:0,000; anlamlı			$\chi^2=73,415$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=83,628$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=67,367$; P:0,000; anlamlı	
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN			CİNSİYET		MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN		40 YAŞINDAN	
dahili tıp bilimleri	cerrahi tıp bilimler	acil servis pratisy.	erkek	kadın	az	çok	küçük	büyük
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 13 4,38	1 34 9,39	1 12 11,65	1 53 9,00	1 6 3,47	1 7 4,67	1 52 8,50	1 22 5,77	1 37 9,71
2 71 23,91	2 106 29,28	2 39 37,86	2 176 29,88	2 40 3,12	2 35 23,33	2 181 29,58	2 112 29,40	2 104 27,30
3 100 33,67	3 122 33,70	3 30 29,13	3 171 9,03	3 81 46,82	3 68 45,33	3 184 30,07	3 132 34,65	3 120 31,50
4 59 19,87	4 52 14,36	4 12 11,65	4 99 16,81	4 24 13,87	4 29 19,33	4 94 15,36	4 72 18,90	4 51 13,39
5 53 17,85	5 48 13,26	5 10 9,71	5 90 15,28	5 21 12,14	5 10 6,67	5 101 16,50	5 42 11,02	5 69 18,11
M 1 0,34	M 0	M 0	M 0	M 1 0,58	M 1 0,67	M 0	M 1 0,26	M 0
T 297 100,00	T 362 100,00	T 103 100,00	T 589 100,00	T 173 100,00	T 150 100,00	T 612 100,00	T 381 100,00	T 381 100,00
$\chi^2=22,516$; P:0,004; anlamlı			$\chi^2=21,917$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=21,694$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=14,833$; P:0,005; anlamlı	

Tablo 19 A: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N % 1 1 4,00 2 7 28,00 3 7 28,00 4 3 12,00 5 7 28,00 M 0 T 25 100,00	N % 1 2 2,70 2 20 27,03 3 22 29,73 4 17 22,97 5 13 17,57 M 0 T 74 100,00	N % 1 3 16,67 2 3 16,67 3 9 50,00 4 2 11,11 5 1 5,56 M 0 T 18 100,00	N % 1 1 3,57 2 13 46,43 3 6 21,43 4 4 14,29 5 3 10,71 M 1 3,57 T 28 100,00	N % 1 0 2 2 15,38 3 3 23,08 4 6 46,15 5 2 15,38 M 0 T 13 100,00	N % 1 3 4,62 2 11 16,92 3 25 38,46 4 15 23,08 5 11 16,92 M 0 T 65 100,00	N % 1 1 4,76 2 3 14,29 3 9 42,86 4 1 4,76 5 7 33,33 M 0 T 21 100,00	N % 1 2 6,90 2 7 24,14 3 12 41,38 4 5 17,24 5 3 10,34 M 0 T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N % 1 0 2 4 20,00 3 6 30,00 4 5 25,00 5 5 25,00 M 0 T 20 100,00	N % 1 0 2 1 25,00 3 1 25,00 4 1 25,00 5 1 25,00 M 0 T 4 100,00	N % 1 12 11,65 2 39 37,86 3 30 29,13 4 12 11,65 5 10 9,71 M 0 T 103 100,00	N % 1 6 12,00 2 15 30,00 3 18 36,00 4 9 18,00 5 2 4,00 M 0 T 50 100,00	N % 1 3 15,79 2 5 26,32 3 4 21,05 4 4 21,05 5 3 15,79 M 0 T 19 100,00	N % 1 1 9,09 2 4 36,36 3 3 27,27 4 1 9,09 5 2 18,18 M 0 T 11 100,00	N % 1 2 20,00 2 2 20,00 3 0 4 2 20,00 5 4 40,00 M 0 T 10 100,00	N % 1 1 4,17 2 8 33,33 3 6 25,00 4 2 8,33 5 7 29,17 M 0 T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N % 1 5 12,20 2 13 31,71 3 19 46,34 4 4 9,76 5 0 M 0 T 41 100,00	N % 1 1 2,44 2 10 24,39 3 16 39,02 4 7 17,07 5 7 17,07 M 0 T 41 100,00	N % 1 0 2 13 35,14 3 9 24,32 4 5 13,51 5 10 27,03 M 0 T 37 100,00	N % 1 4 11,76 2 8 23,53 3 11 32,35 4 8 23,53 5 3 8,82 M 0 T 34 100,00	N % 1 1 10,00 2 3 30,00 3 5 50,00 4 0 5 1 10,00 M 0 T 10 100,00	N % 1 6 15,79 2 13 34,21 3 11 28,95 4 4 10,53 5 4 10,53 M 0 T 38 100,00	N % 1 3 8,11 2 12 32,43 3 15 40,54 4 4 10,81 5 3 8,11 M 0 T 37 100,00	N % 1 1 10,00 2 0 3 5 50,00 4 2 20,00 5 2 20,00 M 0 T 10 100,00

Tablo 19 B: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU						DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI				HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI				TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ									
özel hastane			devlet hastanesi			üniversite hastns.				azaltır diyenler		azaltmaz diyenler		açılanlar		açılmayanlar		yaptıranlar		yaptırmayanlar			
N	%		N	%		N	%			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1	1	0,50	1	8	2,31	1	3	1,40	1	12	1,87	1	0	1	5	5,32	1	7	3,45	1	5	0,89	
2	6	2,99	2	30	8,65	2	4	1,87	2	39	6,07	2	0	2	9	9,57	2	31	9,85	2	20	3,58	
3	26	12,94	3	90	25,94	3	40	18,69	3	145	22,59	3	8	11,11	3	32	34,04	3	124	18,62	3	119	21,29
4	46	22,89	4	76	21,90	4	33	15,42	4	130	20,25	4	11	15,28	4	18	19,15	4	136	20,42	4	113	20,21
5	118	58,71	5	131	37,75	5	132	61,68	5	301	46,88	5	53	73,61	5	28	29,79	5	352	52,85	5	287	51,34
M	4	1,99	M	12	3,46	M	2	0,93	M	15	2,34	M	0		M	2	2,13	M	16	2,40	M	3	1,48
T	201	100,00	T	347	100,00	T	214	100,00	T	642	100,00	T	72	100,00	T	94	100,00	T	666	100,00	T	203	100,00
$\chi^2=50,764$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=19,429$; P:0,001; anlamlı				$\chi^2=31,602$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=18,660$; P:0,001; anlamlı									
HEKİMİN GÖREV UNVANI						MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ				YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK				TIBBİ HATA YAPMAKTAN									
pratisyen		uzman		öğretim üyesi		yüksek görenler		yüksek görmeyenl		hissedenler		hissetmeyenler		çekinenler		çekinmeyenler							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
1	2	1,94	1	7	1,54	1	3	1,49	1	11	1,99	1	1	0,48	1	10	2,82	1	0				
2	9	8,74	2	27	5,92	2	4	1,98	2	38	6,86	2	2	0,96	2	29	8,17	2	1	0,71			
3	29	28,16	3	90	19,74	3	37	18,32	3	134	24,19	3	22	10,58	3	93	26,20	3	15	10,71			
4	18	17,48	4	108	23,68	4	28	13,86	4	118	21,30	4	37	17,79	4	68	19,15	4	27	19,29			
5	32	31,07	5	221	48,46	5	128	63,37	5	239	43,14	5	142	68,27	5	149	41,97	5	94	67,14			
M	13	12,62	M	3	0,66	M	2	0,99	M	14	2,53	7	4	1,92	M	6	1,69	M	3	2,14			
T	103	100,00	T	456	100,00	T	202	100,00	T	554	100,00	T	208	100,00	T	355	100,00	T	140	100,00			
$\chi^2=32,310$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=45,759$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=41,732$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=37,214$; P:0,000; anlamlı									
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN						CİNSİYET				MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN				40 YAŞINDAN									
dahili tıp bilimleri		cerrahi tıp bilimler		acil servis pratisy.		erkek		kadın		az		çok		küçük		büyük							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
1	2	0,67	1	8	2,21	1	9	1,53	1	3	1,73	1	11	1,80	1	4	1,05	1	8	2,10			
2	14	4,71	2	17	4,70	2	37	6,28	2	3	1,73	2	8	5,33	2	23	6,04	2	17	4,46			
3	59	19,87	3	68	18,78	3	125	21,22	3	31	17,92	3	22	14,67	3	69	18,11	3	87	22,83			
4	66	22,22	4	71	19,61	4	108	18,34	4	47	27,17	4	37	24,67	4	83	21,78	4	72	18,90			
5	155	52,19	5	194	53,59	5	301	51,10	5	80	46,24	5	79	52,67	5	192	50,39	5	189	49,61			
M	1	0,34	M	4	1,10	M	9	1,53	M	9	5,20	M	3	2,00	M	10	2,62	M	8	2,10			
T	297	100,00	T	362	100,00	T	589	100,00	T	173	100,00	T	150	100,00	T	381	100,00	T	381	100,00			
$\chi^2=18,513$; P:0,018; anlamlı						$\chi^2=11,838$; P:0,019; anlamlı				$\chi^2=6,020$; P:0,198; anlamsız				$\chi^2=5,109$; P:0,276; anlamsız									

Tablo 20 A: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 0	1 0	1 0	1 1 3,57	1 0	1 0	1 1 4,76	1 0
2 1 4,00	2 4 5,41	2 0	2 2 7,14	2 0	2 5 7,69	2 0	2 2 6,90
3 4 16,00	3 10 13,51	3 4 22,22	3 10 35,71	3 1 7,69	3 20 30,77	3 2 9,52	3 7 24,14
4 3 12,00	4 20 27,03	4 8 44,44	4 5 17,86	4 2 15,38	4 15 23,08	4 5 23,81	4 6 20,69
5 17 68,00	5 40 54,05	5 6 33,33	5 10 35,71	5 10 76,92	5 25 38,46	5 13 61,90	5 14 48,28
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 25 100,00	T 74 100,00	T 18 100,00	T 28 100,00	T 13 100,00	T 65 100,00	T 21 100,00	T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 0	1 0	1 2 1,94	1 0	1 1 5,26	1 0	1 0	1 0
2 0	2 0	2 9 8,74	2 5 10,00	2 0	2 0	2 1 10,00	2 0
3 1 5,00	3 0	3 29 28,16	3 10 20,00	3 2 10,53	3 4 36,36	3 2 20,00	3 9 37,50
4 2 10,00	4 0	4 18 17,48	4 12 24,00	4 2 10,53	4 0	4 2 20,00	4 2 8,33
5 17 85,00	5 3 75,00	5 32 31,07	5 23 46,00	5 14 73,68	5 6 54,55	5 5 50,00	5 13 54,17
M 0	M 1 25,00	M 13 12,62	M 0	M 0	M 1 9,09	M 0	M 0
T 20 100,00	T 4 100,00	T 103 100,00	T 50 100,00	T 19 100,00	T 11 100,00	T 10 100,00	T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 5 12,20	1 0	1 0	1 1 2,94	1 0	1 1 2,63	1 0	1 0
2 6 14,63	2 1 2,44	2 0	2 1 2,94	2 0	2 3 7,89	2 0	2 0
3 9 21,95	3 2 4,88	3 7 18,92	3 2 5,88	3 1 10,00	3 8 21,05	3 9 24,32	3 3 30,00
4 12 29,27	4 6 14,63	4 8 21,62	4 11 32,35	4 1 10,00	4 8 21,05	4 3 8,11	4 4 40,00
5 8 19,51	5 32 78,05	5 21 56,76	5 19 55,88	5 8 80,00	5 18 47,37	5 24 64,86	5 3 30,00
M 1 2,44	M 0	M 1 2,70	M 0	N 0	M 0	M 1 2,70	M 0
T 41 100,00	T 41 100,00	T 37 100,00	T 34 100,00	T 10 100,00	T 38 100,00	T 37 100,00	T 10 100,00

Tablo 20 B: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU						DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI				HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI				TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ			
özel hastane		devlet hastanesi		üniversite hastns.		azaltır diyenler		azaltmaz diyenler		açılanlar		açılmayanlar		yaptıranlar		yaptırmayanlar	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	8	3,98	1	49	14,12	1	5	2,34	1	61	9,50	1	1	1,39	1	27	13,30
2	70	34,83	2	125	36,02	2	41	19,16	2	220	34,27	2	10	13,89	2	72	35,47
3	63	31,34	3	93	26,80	3	52	24,30	3	186	28,97	3	12	16,67	3	52	25,62
4	33	16,42	4	48	13,83	4	49	22,90	4	91	14,17	4	19	26,39	4	25	12,32
5	27	13,43	5	32	9,22	5	67	31,31	5	84	13,08	5	30	41,67	5	27	13,30
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0	
T	201	100,00	T	347	100,00	T	214	100,00	T	642	100,00	T	72	100,00	T	203	100,00
$\chi^2=90,876$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=56,183$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=29,717$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=16,566$; P:0,002; anlamlı			
HEKİMİN GÖREV UNVANI						MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ				YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK				TIBBİ HATA YAPMAKTAN			
pratisyen		uzman		öğretim üyesi		yüksek görenler		yüksek görmeyenl		hissedenler		hissetmeyenler		çekinenler		çekinmeyenler	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	13	12,62	1	45	9,87	1	4	1,98	1	56	10,11	1	2	0,96	1	42	11,83
2	47	45,63	2	149	32,68	2	40	19,80	2	178	32,13	2	38	18,27	2	138	38,87
3	27	26,21	3	133	29,17	3	47	23,27	3	152	27,44	3	53	25,48	3	92	25,92
4	9	8,74	4	75	16,45	4	46	22,77	4	98	17,69	4	52	25,00	4	38	10,70
5	7	6,80	5	54	11,84	5	65	32,18	5	69	12,45	5	63	30,29	5	45	12,68
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0	
T	103	100,00	T	456	100,00	T	202	100,00	T	554	100,00	T	208	100,00	T	355	100,00
$\chi^2=81,097$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=58,907$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=88,961$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=58,573$; P:0,000; anlamlı			
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN						CİNSİYET				MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN				40 YAŞINDAN			
dahili tıp bilimleri		cerrahi tıp bilimler		acil servis pratisy.		erkek		kadın		az		çok		küçük		büyük	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	11	3,70	1	38	10,50	1	13	12,62	1	54	9,17	1	8	4,62	1	31	8,14
2	71	23,91	2	118	32,60	2	47	45,63	2	188	31,92	2	48	27,75	2	107	28,08
3	92	30,98	3	89	24,59	3	27	26,21	3	146	24,79	3	62	35,84	3	124	32,55
4	62	20,88	4	59	16,30	4	9	8,74	4	98	16,64	4	32	18,50	4	71	18,64
5	61	20,54	5	58	16,02	5	7	6,80	5	103	17,49	5	23	13,29	5	48	12,60
M	0		M	0		M	0		M	0		M	0		M	0	
T	297	100,00	T	362	100,00	T	103	100,00	T	589	100,00	T	173	100,00	T	381	100,00
$\chi^2=42,617$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=11,819$; P:0,019; anlamlı				$\chi^2=18,039$; P:0,001; anlamlı				$\chi^2=17,994$; P:0,001; anlamlı			

Tablo 21 A: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, görüntüleme tetkiklerini daha sık kullandığınız oluyor mu?

sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 5 20,00	1 2 2,70	1 0	1 1 3,57	1 0	1 1 1,54	1 0	1 1 3,45
2 5 20,00	2 18 24,32	2 4 22,22	2 11 39,29	2 0	2 16 24,62	2 4 19,05	2 9 31,03
3 5 20,00	3 25 33,78	3 7 38,89	3 8 28,57	3 3 23,08	3 23 35,38	3 2 9,52	3 10 34,48
4 4 16,00	4 12 16,22	4 5 27,78	4 4 14,29	4 7 53,85	4 14 21,54	4 6 28,57	4 5 17,24
5 6 24,00	5 17 22,97	5 2 11,11	5 4 14,29	5 3 23,08	5 11 16,92	5 9 42,86	5 4 13,79
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 25 100,00	T 74 100,00	T 18 100,00	T 28 100,00	T 13 100,00	T 65 100,00	T 21 100,00	T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 0	1 1 25,00	1 13 12,62	1 5 10,00	1 4 21,05	1 3 27,27	1 1 10,00	1 3 12,50
2 4 20,00	2 0	2 47 45,63	2 21 42,00	2 5 26,32	2 3 27,27	2 3 30,00	2 8 33,33
3 8 40,00	3 1 25,00	3 27 26,21	3 12 24,00	3 3 15,79	3 2 18,18	3 1 10,00	3 5 20,83
4 4 20,00	4 1 25,00	4 9 8,74	4 6 12,00	4 2 10,53	4 1 9,09	4 2 20,00	4 1 4,17
5 4 20,00	5 1 25,00	5 7 6,80	5 6 12,00	5 5 26,32	5 2 18,18	5 3 30,00	5 7 29,17
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 20 100,00	T 4 100,00	T 103 100,00	T 50 100,00	T 19 100,00	T 11 100,00	T 10 100,00	T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 7 17,07	1 3 7,32	1 3 8,11	1 4 11,76	1 0	1 4 10,53	1 0	1 1 10,00
2 19 46,34	2 7 17,07	2 12 32,43	2 11 32,35	2 2 20,00	2 15 39,47	2 10 27,03	2 2 20,00
3 10 24,39	3 13 31,71	3 10 27,03	3 8 23,53	3 2 20,00	3 7 18,42	3 11 29,73	3 5 50,00
4 4 9,76	4 9 21,95	4 3 8,11	4 8 23,53	4 3 30,00	4 8 21,05	4 10 27,03	4 2 20,00
5 1 2,44	5 9 21,95	5 9 24,32	5 3 8,82	5 3 30,00	5 4 10,53	5 6 16,22	5 0
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 41 100,00	T 41 100,00	T 37 100,00	T 34 100,00	T 10 100,00	T 38 100,00	T 37 100,00	T 10 100,00

Tablo 21 B: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, görüntüleme tetkiklerini daha sık kullandığınız oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU			DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI		HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI		TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ	
özel hastane	devlet hastanesi	üniversite hastns.	azaltır diyenler	azaltmaz diyenler	açılanlar	açılmayanlar	yaptıranlar	yaptırmayanlar
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 65 32,34	1 78 22,48	1 74 34,58	1 181 28,19	1 26 36,11	1 31 32,98	1 184 27,63	1 66 32,51	1 151 27,01
2 95 47,26	2 153 44,09	2 78 36,45	2 285 44,39	2 21 29,17	2 42 44,68	2 284 42,64	2 91 44,83	2 235 42,04
3 27 13,43	3 80 23,05	3 29 13,55	3 120 18,69	3 10 13,89	3 16 17,02	3 120 18,02	3 33 16,26	3 103 18,43
4 5 2,49	4 23 6,63	4 16 7,48	4 29 4,52	4 9 12,50	4 3 3,19	4 41 6,16	4 8 3,94	4 36 6,44
5 9 4,48	5 13 3,75	5 17 7,94	5 27 4,21	5 6 8,33	5 2 2,13	5 37 5,56	5 5 2,46	5 34 6,08
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 201 100,00	T 347 100,00	T 214 100,00	T 642 100,00	T 72 100,00	T 94 100,00	T 666 100,00	T 203 100,00	T 559 100,00
$\chi^2=31,053$; P:0,000; anlamlı			$\chi^2=15,860$; P:0,003; anlamlı		$\chi^2=4,096$; P:0,393; anlamsız		$\chi^2=7,667$; P:0,105; anlamsız	
HEKİMİN GÖREV UNVANI			MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ		YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK		TIBBİ HATA YAPMAKTAN	
pratisyen	uzman	öğretim üyesi	yüksek görenler	yüksek görmeyenler	hissedenler	hissetmeyenler	çekinenler	çekinmeyenler
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 21 20,39	1 123 26,97	1 73 36,14	1 164 29,60	1 53 25,48	1 173 28,79	1 38 36,89	1 109 30,70	1 40 28,57
2 53 51,46	2 200 43,86	2 73 36,14	2 254 45,85	2 72 34,62	2 274 45,59	2 26 25,24	2 160 45,07	2 50 35,71
3 17 16,50	3 92 20,18	3 26 12,87	3 92 16,61	3 44 21,15	3 111 18,47	3 15 14,56	3 50 14,08	3 29 20,71
4 9 8,74	4 21 4,61	4 14 6,93	4 29 5,23	4 15 7,21	4 28 4,66	4 12 11,65	4 20 5,63	4 12 8,57
5 3 2,91	5 20 4,39	5 16 7,92	5 15 2,71	5 24 11,54	5 15 2,50	5 12 11,65	5 16 4,51	5 9 6,43
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 103 100,00	T 456 100,00	T 202 100,00	T 554 100,00	T 208 100,00	T 601 100,00	T 103 100,00	T 355 100,00	T 140 100,00
$\chi^2=22,868$; P:0,004; anlamlı			$\chi^2=31,180$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=38,001$; P:0,000; anlamlı		$\chi^2=7,063$; P:0,133; anlamsız	
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN			CİNSİYET		MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN		40 YAŞINDAN	
dahili tıp bilimleri	cerrahi tıp bilimler	acil servis pratisy.	erkek	kadın	az	çok	küçük	büyük
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 56 18,86	1 140 38,67	1 21 20,39	1 176 29,88	1 41 23,70	1 38 25,33	1 179 29,25	1 102 26,77	1 115 30,18
2 125 42,09	2 148 40,88	2 53 51,46	2 247 41,94	2 79 45,66	2 73 48,67	2 253 41,34	2 183 48,03	2 143 37,53
3 77 25,93	3 42 11,60	3 17 16,50	3 99 16,81	3 37 21,39	3 23 15,33	3 113 18,46	3 62 16,27	3 74 19,42
4 13 4,38	4 22 6,08	4 9 8,74	4 38 6,45	4 6 3,47	4 9 6,00	4 35 5,72	4 17 4,46	4 27 7,09
5 26 8,75	5 10 2,76	5 3 2,91	5 29 4,92	5 10 5,78	5 7 4,67	5 32 5,23	5 17 4,46	5 22 5,77
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 297 100,00	T 362 100,00	T 103 100,00	T 589 100,00	T 173 100,00	T 150 100,00	T 612 100,00	T 381 100,00	T 381 100,00
$\chi^2=61,468$; P:0,000; anlamlı			$\chi^2=6,053$; P:0,195; anlamsız		$\chi^2=2,913$; P:0,573; anlamsız		$\chi^2=9,659$; P:0,047; anlamlı	

Tablo 22 A: Malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 7 28,00	1 10 13,51	1 3 16,67	1 7 25,00	1 3 23,08	1 15 23,08	1 6 28,57	1 3 10,34
2 5 20,00	2 33 44,59	2 6 33,33	2 16 57,14	2 3 23,08	2 33 50,77	2 9 42,86	2 11 37,93
3 7 28,00	3 21 28,38	3 7 38,89	3 3 10,71	3 3 23,08	3 11 16,92	3 5 23,81	3 11 37,93
4 0	4 5 6,76	4 1 5,56	4 1 3,57	4 0	4 2 3,08	4 0	4 2 6,90
5 6 24,00	5 5 6,76	5 1 5,56	5 1 3,57	5 4 30,77	5 4 6,15	5 1 4,76	5 2 6,90
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 25 100,00	T 74 100,00	T 18 100,00	T 28 100,00	T 13 100,00	T 65 100,00	T 21 100,00	T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 1 5,00	1 1 25,00	1 21 20,39	1 21 42,00	1 11 57,89	1 2 18,18	1 2 20,00	1 13 54,17
2 8 40,00	2 1 25,00	2 53 51,46	2 21 42,00	2 5 26,32	2 6 54,55	2 3 30,00	2 7 29,17
3 7 35,00	3 2 50,00	3 17 16,50	3 4 8,00	3 1 5,26	3 1 9,09	3 2 20,00	3 3 12,50
4 2 10,00	4 0	4 9 8,74	4 3 6,00	4 2 10,53	4 2 18,18	4 2 20,00	4 0
5 2 10,00	5 0	5 3 2,91	5 1 2,00	5 0	5 0	5 1 10,00	5 1 4,17
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 20 100,00	T 4 100,00	T 103 100,00	T 50 100,00	T 19 100,00	T 11 100,00	T 10 100,00	T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
1 16 39,02	1 15 36,59	1 17 45,95	1 11 32,35	1 5 50,00	1 11 28,95	1 14 37,84	1 2 20,00
2 17 41,46	2 17 41,46	2 10 27,03	2 21 61,76	2 4 40,00	2 19 50,00	2 15 40,54	2 3 30,00
3 6 14,63	3 3 7,32	3 6 16,22	3 1 2,94	3 1 10,00	3 4 10,53	3 6 16,22	3 4 40,00
4 2 4,88	4 4 9,76	4 2 5,41	4 0	4 0	4 2 5,26	4 2 5,41	4 1 10,00
5 0	5 2 4,88	5 2 5,41	5 1 2,94	5 0	5 2 5,26	5 0	5 0
M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0	M 0
T 41 100,00	T 41 100,00	T 37 100,00	T 34 100,00	T 10 100,00	T 38 100,00	T 37 100,00	T 10 100,00

Tablo 22 B: Malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU						DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI				HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI				TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ			
özel hastane		devlet hastanesi		üniversite hastns.		azaltır diyenler		azaltmaz diyenler		açılanlar		açılmayanlar		yaptıranlar		yaptırmayanlar	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	72	35,82	1	118	34,01	1	75	35,05	1	223	34,74	1	32	44,44	1	43	45,74
2	97	48,26	2	154	44,38	2	89	41,59	2	298	46,42	2	22	30,56	2	43	45,74
3	13	6,47	3	59	17,00	3	21	9,81	3	80	12,46	3	6	8,33	3	5	5,32
4	12	5,97	4	6	1,73	4	17	7,94	4	24	3,74	4	6	8,33	4	2	2,13
5	7	3,48	5	10	2,88	5	11	5,14	5	16	2,49	5	6	8,33	5	1	1,06
M	0		M	0		M	1	0,47	M	1	0,16	M	0		M	1	0,15
T	201	100,00	T	347	100,00	T	214	100,00	T	642	100,00	T	72	100,00	T	94	100,00
$\chi^2=28,257$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=16,660$; P:0,002; anlamlı				$\chi^2=11,481$; P:0,022; anlamlı				$\chi^2=10,466$; P:0,033; anlamlı			
HEKİMİN GÖREV UNVANI						MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ				YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK				TIBBİ HATA YAPMAKTAN			
pratisyen		uzman		öğretim üyesi		yüksek görenler		yüksek görmeyenl		hissedenler		hissetmeyenler		çekinenler		çekinmeyenler	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	40	38,83	1	153	33,55	1	72	35,64	1	202	36,46	1	63	30,29	1	220	36,61
2	42	40,78	2	214	46,93	2	83	41,09	2	255	46,03	2	85	40,87	2	279	46,42
3	17	16,50	3	56	12,28	3	20	9,90	3	68	12,27	3	25	12,02	3	71	11,81
4	2	1,94	4	17	3,73	4	16	7,92	4	18	3,25	4	17	8,17	4	20	3,33
5	2	1,94	5	16	3,51	5	10	4,95	5	10	1,81	5	18	8,65	5	10	1,66
M	0		M	0		M	1	0,50	M	1	0,18	M	0		M	1	0,17
T	103	100,00	T	456	100,00	T	202	100,00	T	554	100,00	T	208	100,00	T	601	100,00
$\chi^2=13,579$; P:0,093; anlamsız						$\chi^2=29,830$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=19,592$; P:0,001; anlamlı				$\chi^2=18,605$; P:0,001; anlamlı			
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN						CİNSİYET				MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN				40 YAŞINDAN			
dahili tıp bilimleri		cerrahi tıp bilimler		acil servis pratisy.		erkek		kadın		az		çok		küçük		büyük	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	83	27,95	1	142	39,23	1	40	38,83	1	202	34,30	1	63	36,42	1	42	28,00
2	130	43,77	2	168	46,41	2	42	40,78	2	263	44,65	2	77	44,51	2	74	49,33
3	46	15,49	3	30	8,29	3	17	16,50	3	74	12,56	3	19	10,98	3	23	15,33
4	20	6,73	4	13	3,59	4	2	1,94	4	29	4,92	4	6	3,47	4	7	4,67
5	18	6,06	5	8	2,21	5	2	1,94	5	20	3,40	5	8	4,62	5	4	2,67
M	0		M	1	0,27	M	0		M	1	0,17	M	0		M	0	
T	297	100,00	T	362	100,00	T	103	100,00	T	589	100,00	T	173	100,00	T	150	100,00
$\chi^2=28,794$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=1,612$; P:0,807; anlamsız				$\chi^2=5,407$; P:0,248; anlamsız				$\chi^2=7,482$; P:0,113; anlamsız			

Tablo 23 A: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N % 1 4 16,00 2 9 36,00 3 5 20,00 4 3 12,00 5 4 16,00 M 0 T 25 100,00	N % 1 17 22,97 2 34 45,95 3 15 20,27 4 7 9,46 5 1 1,35 M 0 T 74 100,00	N % 1 5 27,78 2 10 55,56 3 1 5,56 4 1 5,56 5 1 5,56 M 0 T 18 100,00	N % 1 11 39,29 2 11 39,29 3 3 10,71 4 2 7,14 5 1 3,57 M 0 T 28 100,00	N % 1 3 23,08 2 4 30,77 3 2 15,38 4 0 5 4 30,77 M 0 T 13 100,00	N % 1 22 33,85 2 26 40,00 3 8 12,31 4 6 9,23 5 3 4,62 M 0 T 65 100,00	N % 1 9 42,86 2 12 57,14 3 0 4 0 5 0 M 0 T 21 100,00	N % 1 7 24,14 2 14 48,28 3 7 24,14 4 0 5 1 3,45 M 0 T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N % 1 4 20,00 2 7 35,00 3 5 25,00 4 1 5,00 5 3 15,00 M 0 T 20 100,00	N % 1 1 25,00 2 3 75,00 3 0 4 0 5 0 M 0 T 4 100,00	N % 1 40 38,83 2 42 40,78 3 17 16,50 4 2 1,94 5 2 1,94 M 0 T 103 100,00	N % 1 17 34,00 2 22 44,00 3 9 18,00 4 0 5 1 2,00 M 1 2,00 T 50 100,00	N % 1 10 52,63 2 5 26,32 3 3 15,79 4 1 5,26 5 0 M 0 T 19 100,00	N % 1 3 27,27 2 7 63,64 3 0 4 0 5 1 9,09 M 0 T 11 100,00	N % 1 3 30,00 2 4 40,00 3 1 10,00 4 2 20,00 5 0 M 0 T 10 100,00	N % 1 7 29,17 2 13 54,17 3 1 4,17 4 1 4,17 5 2 8,33 M 0 T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N % 1 18 43,90 2 22 53,66 3 0 4 1 2,44 5 0 M 0 T 41 100,00	N % 1 15 36,59 2 20 48,78 3 3 7,32 4 1 2,44 5 2 4,88 M 0 T 41 100,00	N % 1 16 43,24 2 15 40,54 3 2 5,41 4 3 8,11 5 1 2,70 M 0 T 37 100,00	N % 1 12 35,29 2 17 50,00 3 3 8,82 4 1 2,94 5 1 2,94 M 0 T 34 100,00	N % 1 3 30,00 2 5 50,00 3 1 10,00 4 1 10,00 5 0 M 0 T 10 100,00	N % 1 17 44,74 2 17 44,74 3 3 7,89 4 1 2,63 5 0 M 0 T 38 100,00	N % 1 19 51,35 2 16 43,24 3 2 5,41 4 0 5 0 M 0 T 37 100,00	N % 1 2 20,00 2 5 50,00 3 2 20,00 4 1 10,00 5 0 M 0 T 10 100,00

Tablo 23 B:Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

HEKİMİN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU						DAVA AÇILMASI TIBBİ PERFORMANSI				HAKLARINDA TIBBİ MALPRAKTİS DAVASI				TIBBİ MALPRAKTİS SİGORTA POLİÇESİ												
özel hastane			devlet hastanesi			üniversite hastns.			azaltır diyenler			azaltmaz diyenler			açılanlar			açılmayanlar			yaptıranlar			yaptırmayanlar		
N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
1	64	31,84	1	123	35,45	1	106	49,53	1	244	38,01	1	34	47,22	1	42	44,68	1	250	37,54	1	84	41,38	1	209	37,39
2	69	34,33	2	128	36,89	2	66	30,84	2	231	35,98	2	17	23,61	2	34	36,17	2	229	34,38	2	80	39,41	2	183	32,74
3	29	14,43	3	55	15,85	3	22	10,28	3	91	14,17	3	6	8,33	3	12	12,77	3	93	13,96	3	24	11,82	3	82	14,67
4	25	12,44	4	23	6,63	4	9	4,21	4	44	6,85	4	8	11,11	4	6	6,38	4	51	7,66	4	8	3,94	4	49	8,77
5	12	5,97	5	17	4,90	5	10	4,67	5	28	4,36	5	7	9,72	5	0		5	39	5,86	5	5	2,46	5	34	6,08
M	2	1,00	M	1	0,29	M	1	0,47	M	4	0,62	M	0		M	0		M	4	0,60	M	2	0,99	M	2	0,36
T	201	100,00	T	347	100,00	T	214	100,00	T	642	100,00	T	72	100,00	T	94	100,00	T	666	100,00	T	203	100,00	T	559	100,00
$\chi^2=24,775$; P:0,002; anlamlı						$\chi^2=11,238$; P:0,028; anlamlı				$\chi^2=6,904$; P:0,141; anlamsız				$\chi^2=11,880$; P:0,018; anlamlı												
HEKİMİN GÖREV UNVANI						MALPRAKTİS DAVASI İLE KARŞILAŞMA RİSKİNİ				YENİ TCK'DAN SONRA TEDİRGİNLİK				TIBBİ HATA YAPMAKTAN												
pratisyen		uzman		öğretim üyesi		yüksek görenler		yüksek görmeyenl		hissedenler		hissetmeyenler		çekinenler		çekinmeyenler										
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%									
1	21	20,39	1	172	37,72	1	100	49,50	1	221	39,89	1	72	34,62	1	235	39,10	1	40	38,83	1	155	43,66	1	55	39,29
2	40	38,83	2	159	34,87	2	63	31,19	2	209	37,73	2	54	25,96	2	222	36,94	2	24	23,30	2	117	32,96	2	43	30,71
3	20	19,42	3	67	14,69	3	19	9,41	3	75	13,54	3	31	14,90	3	86	14,31	3	14	13,59	3	43	12,11	3	19	13,57
4	12	11,65	4	36	7,89	4	9	4,45	4	29	5,23	4	28	13,46	4	40	6,66	4	12	11,65	4	19	5,35	4	12	8,57
5	8	7,77	5	21	4,61	5	10	4,95	5	17	3,07	5	22	10,58	5	15	2,50	5	12	11,65	5	20	5,63	5	10	7,14
M	2	1,94	M	1	0,22	M	1	0,49	M	3	0,54	M	1	0,48	M	3	0,50	M	1	0,97	M	1	0,28	M	1	0,71
T	103	100,00	T	456	100,00	T	202	100,00	T	554	100,00	T	208	100,00	T	601	100,00	T	103	100,00	T	355	100,00	T	140	100,00
$\chi^2=28,619$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=36,729$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=26,987$; P:0,000; anlamlı				$\chi^2=2,822$; P:0,588; anlamsız												
HEKİMİN ÇALIŞTIĞI ALAN						CİNSİYET				MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ 10 YILDAN				40 YAŞINDAN												
dahili tıp bilimleri		cerrahi tıp bilimler		acil servis pratisy.		erkek		kadın		az		çok		küçük		büyük										
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%									
1	82	27,61	1	190	52,49	1	21	20,39	1	233	39,56	1	60	34,68	1	48	32,00	1	245	40,03	1	140	36,75	1	153	40,16
2	107	36,03	2	116	32,04	2	40	38,83	2	202	34,30	2	61	35,26	2	47	31,33	2	216	35,29	2	136	35,70	2	127	33,33
3	54	18,18	3	32	8,84	3	20	19,42	3	74	12,56	3	32	18,50	3	25	16,67	3	81	13,24	3	53	13,91	3	53	13,91
4	30	10,10	4	15	4,14	4	12	11,65	4	48	8,15	4	9	5,20	4	22	14,67	4	35	5,72	4	31	8,14	4	26	6,82
5	23	7,74	5	8	2,21	5	8	7,77	5	31	5,26	5	8	4,62	5	7	4,67	5	32	5,23	5	18	4,72	5	21	5,51
M	1	0,34	M	1	0,28	M	2	1,94	M	1	0,17	M	3	1,73	M	1	0,67	M	3	0,49	M	3	0,79	M	1	0,26
T	297	100,00	T	362	100,00	T	103	100,00	T	589	100,00	T	173	100,00	T	150	100,00	T	612	100,00	T	381	100,00	T	381	100,00
$\chi^2=72,561$; P:0,000; anlamlı						$\chi^2=5,925$; P:0,205; anlamsız				$\chi^2=16,575$; P:0,002; anlamlı				$\chi^2=1,549$; P:0,812; anlamsız												

Tablo 24 A: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

GÖĞÜS HASTALIKLARI	DAHİLİYE	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	PSİKİYATRİ	ÇOCUK HASTALIKLARI	DERMATOLOJİ	NÖROLOJİ
N % 1 6 24,00 2 8 32,00 3 6 24,00 4 4 16,00 5 1 4,00 M 0 T 25 100,00	N % 1 15 20,27 2 29 39,19 3 16 21,62 4 10 13,51 5 4 5,41 M 0 T 74 100,00	N % 1 4 22,22 2 7 38,89 3 5 27,78 4 1 5,56 5 1 5,56 M 0 T 18 100,00	N % 1 16 57,14 2 9 32,14 3 2 7,14 4 1 3,57 5 0 M 0 T 28 100,00	N % 1 4 30,77 2 4 30,77 3 2 15,38 4 2 15,38 5 1 7,69 M 0 T 13 100,00	N % 1 18 27,69 2 25 38,46 3 11 16,92 4 5 7,69 5 6 9,23 M 0 T 65 100,00	N % 1 9 42,86 2 5 23,81 3 5 23,81 4 1 4,76 5 1 4,76 M 0 T 21 100,00	N % 1 5 17,24 2 11 37,93 3 5 17,24 4 4 13,79 5 3 10,34 M 1 3,45 T 29 100,00
FTR	AİLE HEKİMLİĞİ	ACİL SERVİS PRATİSYEN	GENEL CERRAHİ	KALP DAMAR CERRAHİSİ	GÖĞÜS CERRAHİSİ	ÇOCUK CERRAHİSİ	BEYİN CERRAHİSİ
N % 1 3 15,00 2 7 35,00 3 2 10,00 4 2 10,00 5 6 30,00 M 0 T 20 100,00	N % 1 2 50,00 2 2 50,00 3 0 4 0 5 0 M 0 T 4 100,00	N % 1 21 20,39 2 40 38,83 3 20 19,42 4 12 11,65 5 8 7,77 M 2 1,94 T 103 100,00	N % 1 26 52,00 2 16 32,00 3 4 8,00 4 3 6,00 5 0 M 1 2,00 T 50 100,00	N % 1 14 73,68 2 5 26,32 3 0 4 0 5 0 M 0 T 19 100,00	N % 1 6 54,55 2 3 27,27 3 1 9,09 4 0 5 1 9,09 M 0 T 11 100,00	N % 1 3 30,00 2 5 50,00 3 2 20,00 4 0 5 0 M 0 T 10 100,00	N % 1 17 70,83 2 6 25,00 3 0 4 0 5 1 4,17 M 0 T 24 100,00
KADIN HAS. VE DOĞUM UZM.	GÖZ HASTALIKLARI	ÜROLOJİ	KBB	PLASTİK CERRAHİSİ	ORTOPEDİ	ANESTEZİ VE REANİMASYON	ACİL TIP UZMANLIĞI
N % 1 17 41,46 2 16 39,02 3 7 17,07 4 1 2,44 5 0 M 0 T 41 100,00	N % 1 23 56,10 2 8 19,51 3 5 12,20 4 2 4,88 5 3 7,32 M 0 T 41 100,00	N % 1 17 45,95 2 12 32,43 3 5 13,51 4 2 5,41 5 1 2,70 M 0 T 37 100,00	N % 1 16 47,06 2 11 32,35 3 4 11,76 4 3 8,82 5 0 M 0 T 34 100,00	N % 1 5 50,00 2 3 30,00 3 1 10,00 4 1 10,00 5 0 M 0 T 10 100,00	N % 1 19 50,00 2 16 42,11 3 1 2,63 4 2 5,26 5 0 M 0 T 38 100,00	N % 1 25 67,57 2 9 24,32 3 1 2,70 4 0 5 2 5,41 M 0 T 37 100,00	N % 1 2 20,00 2 6 60,00 3 1 10,00 4 1 10,00 5 0 M 0 T 10 100,00

Tablo 24 B: Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu? sorusuna verilen yanıtların uzmanlık dallarına göre dağılımı.

1: HER ZAMAN, 2: ÇOĞU ZAMAN, 3: BAZEN, 4: NADİREN, 5: HİÇBİR ZAMAN, M: Yanıtlamayan, T: Toplam.

5. TARTIŞMA

Paternalizm, hekimin yüzyıllarca değişmeyen rolü idi. Hekim bu rolünde “ben hekim olarak hasta için en doğrusunu bilirim, acı çeken ve bu konuda bilgisi olmayan hasta için en doğru olana karar vererek uygulayım” doğrusunu oynardı. Bilgi, teknoloji ve hakların çok hızlı ilerlemesi ile bu doğru değişerek yerini başka doğrulara bıraktı. İnsanların haklarını aramaya başladığı ve ABD’de tıp işleyişinin kötü gittiği bir ortamda “**kendisine karşılaştığı komplikasyondan bahsedilmediği**” iddiasıyla 1957 yılında dava açan bir hastanın durumunu değerlendiren Amerikan Yüksek Mahkemesi, Amerikan Cerrahlar Birliği’nin yapmış olduğu bir tanıma dayanarak “**aydınlatılmış onam**” kavramını geliştirdi (90). Aydınlatılmış onam kavramının mahkeme tarafından kabulünden sonra hukuk çevrelerince güçlü bir şekilde sahiplenilmesi ile hasta haklarının temelini oluşturdu. Bu tarihten sonra hekimler kendi ülkelerindeki hasta haklarının gelişmesine bağlı olarak yeni doğruyu bilmek ve uygulamak zorunda kaldılar. Böylece “buyurgan hekim” modeli de değişerek “danışman hekim” veya “katılımcı hekim” modeline dönüştü.

1940’lı yılların ikinci yarısında, büyük bir savaştan çıkan dünyada önem kazanan insan hakları ile ilgili değer tartışmaları ve yaşama geçirilmesi çabaları, 1945 yılında imzalanarak uygulamaya konan Birleşmiş Milletler Sözleşmesinde yerini almıştır. Bunu sırası ile İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948), Avrupa İnsan Hakları ve Temel Özgürlükler Sözleşmesi izlemiştir (2,3,91,92). Sağlıklı yaşam hakkı, uluslar arası sözleşmelerle belgelendirilmiştir. 20. yüzyılın ikinci yarısında ekonomik, kültürel ve sosyal hakların ikinci kuşak haklar olarak uluslar arası belgelerde yer almaya başlaması ile bu hakkın karşılanması ve korunması konusunda devletlere görevler verilmiştir. Bu bağlamda hasta hakları; sağlık hizmeti almak isteyen kişiler için, insan haklarının ayrılmaz bir parçası olmuştur (2).

Dünyadaki sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasi gelişmelere bağlı olarak, hasta haklarında düzenlemelerin yapılması gereği ortaya çıkmıştır. Dünya Tabipler Birliği’nin 1981 yılında Lizbon’da düzenlediği toplantıda alınan kararlar bu konudaki ilk çalışmalardandır. Bu toplantının ardından Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa Bölge Bürosu, 1994 yılında Amsterdam’da hasta hakları tanımındaki prensip ve stratejileri belirleyen Avrupa Hasta Hakları ile ilgili bir bildirme yayınlamıştır. Tıbbi uygulamaların hızlı gelişimi ile birlikte, Dünya Tabipler Birliği 1995 yılında Bali’de Lizbon Bildirgesinin kapsamını, hasta hakları bağlamında genişletmiştir (2,91,92). Hasta hakları kavramına 2000’li yıllarda “risk yönetimi” ve “hasta güvenliği” kavramları da eklenmiştir (2). Ülkemizde ise bu konulardaki düzenlemeler 1998 yılında Resmi Gazete’de “**Hasta Hakları Yönetmeliği**” adı altında yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (93).

İnsan hakları ile birlikte hasta haklarının da hızlı bir şekilde gelişmesi tıp hukukunun başta ABD ve Batı Avrupa’da gelişmesine neden olmuştur. Tıp hukukunun gelişmesi, 18. yüzyılın başlarında İngiliz hukuk teorisinin içine girmiş olan malpaktis kavramına “**tıbbi malpraktis**” boyutu kazandırmıştır. 1970 yıllarından sonra özellikle ABD ve Batı Avrupa’da tıp hukuku alanındaki yasal düzenlemeler tıp biliminin işleyişi üzerindeki etkisini gittikçe artırmıştır. Bu etki birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıksa da sağlık hukukunun dengesiz gelişmesinin istenilmeyen yan etkileri ortaya çıkmıştır. ABD’de, bu yasal düzenlemelerin etkisi ve “tıbbi malpraktis hukuku, sigorta, tazminat” dinamiklerinin iyi yönetilememesi nedeni ile de tıbbi malpraktis davaları artmıştır. Artan davalar tıbbi malpraktis krizlerine neden olmuştur.

Hekimler de bu süreçte; tıbbi malpraktis dava endişeleri, sigorta güvenceleri hakkındaki tedirginlikleri ve yüksek tazminat ödeme korkuları nedeniyle defansif tıba yönelmiş hekim profili çizerek “**defansif tıp**” uygulamaya başlamışlardır.

Defansif tıp kısaca; “hekimin ceza veya hukuk davalarıyla karşılaşmamak, tazminat ödememek, sigorta poliçe primlerini artırmamak amacıyla aşırı korumacı veya çekingen davranarak tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması” şeklinde tanımlanabilir.

Birçok ülkede olduğu gibi son yıllarda ülkemizde de tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğu belirtilmektedir (2,4,43,94,95,96). Yorulmaz, İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulama Bürosu’na kabul edilen 1999-2003 yılları arası dönemi kapsayan dosyalar üzerinde yaptığı doktora tezi çalışmasında, 1999 yılından 2003 yılına kadar hekim hatası iddiası bulunan olgu sayısında %42 oranında bir artış saptamıştır (2). Pakiş’de, 2001-2005 yılları arası Adli Tıp Kurumu’nun ilgili ihtisas dairelerinde karara bağlanan ölümle ya da ölü doğumla sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguların değerlendirilmesi ile ilgili yaptığı doktora tez çalışmasında, beş yıllık dönemde tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguların artışını %160 olarak tespit etmiştir (4).

Odabaşı, Yeni TCK’da yer alan ve hekimleri tedirgin eden maddeler nedeniyle hekimlerde, defansif tıp eğilimi gelişeceğinden korkulduğunu, yeni TCK’nın hekimlik mesleğinin yerine getirilmesinde kavram kargaşasına yol açacak, hatalı yorumlara açık ve hekimlik uygulamalarını olumsuz yönde etkileyecek maddeler bulunduğunu, bu maddeler nedeniyle hekimlerin kendilerini zor durumda hissettiklerini, mesleklerini özgürce yapmalarına engel olunduğunu, bu nedenle de hekimlerin tıbbi girişimlerdeki temel yaklaşım kurallarını ve istenmeyen bir sonuçla karşılaşıldığında, bu durumun kusur mu, yoksa kaçınılamayan sonuç mu olduğunun saptanmasında kullanılacak temel ölçütleri belirleyen bir düzenlemeye gereksinim duyulduğunu (39) belirterek 1 Haziran 2005 tarihinde yeni TCK’nın yürürlüğe

girmesinden sonra defansif tıbbın oluşabileceği konusunda dikkatleri çekmeye çalışmıştır. Ayrıca, yeni TCK'da hekimlerin tıbbi uygulama hatalarından yargılandığı taksir ile ilgili suçlarda cezaların arttırıldığı ve bu durumun hekimliği **riskli bir meslek iken tehlikeli bir meslek** haline getirdiği belirtilmiştir (97-99). Dünya Tıp Birliği (World Medical Association)'nin 1992 yılında yapılan 44. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulunda da “Marbella Bildirgesi” (malpractice bildirgesi) ile ülkelerin tıp birlikleri uyarılarak “Artan davalar karşısında defansif tıp uygulamalarının dolaylı olmayan sonuçlarının dava konusu olduğunu ve defansif tıp uygulamalarının çeşitli yönleri konusunda tarafların uyarılması” gerektiğini bildirmiştir (79,80,81). ABD tıbbi malpraktis sistem reformunun kurucuları ve savunucuları ise, “tıbbi malpraktis hukuku, sigorta, tazminat” sistemin en zararlı ve maliyetli sonucunun hekimlerin tıbbi malpraktis davası korkusu nedeniyle kendilerini korumak amacıyla gerçekleştirdikleri uygulamalar olduğunu belirtmişlerdir (23).

1970’li yıllarda hekimlerin malpraktis davalarına tepki olarak defansif tıp uygulayıp uygulamadıklarını araştırmak amacıyla gerçekleştirilen ilk araştırmaların ardından, ilk on yıllık süreçte defansif tıbbın varlığı veya yokluğu ile ilgili, ikinci on yılda varlığı kabul edilen defansif tıbbın çeşitleri ve özellikleri, üçüncü on yılda yaygınlığı ve uzmanlık dallarındaki özellikleri çalışılırken, son yıllarda yapılan çalışmalarda tanımlamaya bile gerek görülmeden uç özellikleri incelenmeye başlanmıştır.

Bu çalışmada, defansif tıbbın Türkiye’de oluşup oluşmadığını, oluşmuş ise hangi boyutta uygulandığını, klinikler arasında farklılıklar olup olmadığını, hangi objektif ve subjektif etkenlerle ilişkili olduğunu tespit ederek, ülkemiz hekimlerini bekleyen hukuki, adli-tıbbi problemleri önceden gösterebilmek, 1 Haziran 2005 tarihinde hekimleri de ilgilendiren düzenlemelerle yürürlüğe giren yeni TCK sonrası defansif tıp verilerini ve tıbbi malpraktis kanunları ile sigorta sistemi uygulamasına geçilmeden önceki defansif tıp verilerini toplayarak geleceğe aktarmayı amaçladık.

Araştırmamız Konya İl Merkezi’ndeki tüm hastanelerde tedavi edici hekimlik uygulayarak hasta hekim ilişkisi yaşayan hekimlerin “tamamına” ulaşılması hedeflenerek birebir görüşme tekniği ile gerçekleştirildi. Bu kapsamda hedef alanımızda olduğu belirtilen toplam 845 uzman ve pratisyen hekimden toplam 762 hekim (%90,17) anketimize katılarak sonuna kadar tamamladı. Anket uygulama kapsamında profesyonel anketörlük kurallarına titizlikle uyuldu. Anket uygulama disiplinlerinin tüm görüşmelerde aynı standartta uygulanması için çalışmada tek bir anketör kullanıldı. Görüşmelerimizin gerçekleştirildiği 2 Ocak-22 Şubat 2008 zaman dilimi içinde ve hemen öncesinde Konya İlinde hekimlerin uygulamalarını anlık etkileyecek hekimler ile ilgili bir olay ile ülke çapında hekimlerin defansif tıp uygulamalarını objektif

olarak ölçmemizi zorlaştıracak sansasyonel yönetmelik veya kanun değişikliği gerçekleştirilmiş olmaması ve yeni TCK sonrası defansif tıp uygulamalarının ölçümü için yeterli zamanın geçmiş olması anket uygulama zamanlamasının uygun olduğunu gösteren veriler olarak kabul edildi.

Literatürde araştırma yöntemi belirtilenlerin tamamında sistematik rasgele örnekleme ile seçilen hekimlere mektupla anket uygulama yöntemi kullanılmış iken, çalışmamızda hedef alan ve kitlemizin tamamına ulaşılması hedeflendi. Literatürde yanıtlanma oranları %60 (17), %65 (11) iken çalışmamızda tüm hedef kitlenin %90,17'si anket çalışmamıza katılarak sonuna kadar tamamladı. Katılımcıların bazı soruları yanıtlamama oranları literatürle benzer bulundu (17). Yanıtlanmama sayısı en yüksek (18 hekim, %2,36) olan soru *Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu?* sorusu oldu (Tablo 20). Katılım ve yanıtlanma oranlarımızın yüksek olmasının nedenleri; tıbbi malpraktis konusuna duyulan ilgi, birebir görüşme tekniğinin kullanılması, kapalı uçlu soruların kullanılması, anket kapağının ilgi çekmesi ve en önemlisi de görüşmeler için ilgililerden izin alınması olarak tespit edildi.

Katılımcıların %77,30'u erkek, %22,70'i de kadın iken birleşik yaş ortalamaları 42,29 yıl tespit edilerek, literatürdeki (17) %73 erkek, %27 kadın ve 40,4 yıl yaş ortalamaları ile uyumlu bulunmuştur (Tablo 1).

Defansif tıp uygulamalarının, hekim için risk oluşturan konulardaki endişeleri ile bağlantısı olduğu bildirilmiştir. Çalışmalarda, bu endişe kaynaklarının aynı merkezde toplanmakla birlikte farklılık gösterebileceği, birden fazla olabileceği ve en önemlisi de hekimin içinde bulunduğu tüm etkenlerden etkilenebileceği saptanmıştır. Defansif tıp en sık dava edilme korkusu ile ilişkilendirilmiştir (7-11,14,16,17,19-23,28-38). Uzmanlık dalının yüksek sorumluluk riski taşıması, sigorta şirketleri tarafından sigortalanmama riski, sigorta primlerinin hekim için aşırı mali yük oluşturmaması, sigorta poliçesinin tazminat miktarını ödeyememe endişesi (11) ve sağlık hukuku düzenlemeleri ile (9,17,30) de ilişkili bulunmuştur.

Çalışmamızda, ülkemizdeki hekimler için defansif tıp uygulamaları ile korelasyon oluşturmamasını beklediğimiz objektif etkenler olarak dava edilip edilmeme, sigorta yaptırap yaptırmama ile subjektif etkenler olarak da malpraktis davası risk algılaması, yeni TCK'dan tedirgin olma derecesi, tıbbi hata çekince derecesi ve davanın tıbbi performansa etki derecesinin incelenmesi planlandı. Ülkemizdeki sigorta etkeninin literatürleri incelenen ülkelerdeki boyutta olmaması nedeniyle sigorta ile ilgili sorular sınırlandırılmıştır.

Çalışmamızda, yanıt vermeyen iki hekim haricinde kalan 760 hekimden 94'üne tıbbi malpraktis iddiası nedeniyle en az bir defa dava açıldığı tespit edilerek dava oranı %12,34 bulunmuştur (Tablo 7-2). Bu oran beklentimizden yüksek çıksa da yurt içindeki benzer bir çalışma ile kıyaslanmadıkça gerçek anlamda değerlendirilemeyecektir. Pennsylvania'da yapılan aynı kapsamda olmayan bir çalışmada yanıt veren 824 hekimin %88'inin en az bir defa dava edildiği, %48'inin de son üç yıl içinde en az bir defa dava edildiği (11), başka bir çalışmada %75'inin en az bir defa dava edildiği (100) bildirilmektedir. %12,34 dava edilme oranı beklentimizin üzerinde ama ABD kaynaklı literatürler kapsamında düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda, tüm dava edilenler içindeki en yüksek dava edilme oranları ortopedi %15,96, kadın hastalıkları ve doğum %15,96, pratisyen acil servis hekimliği %14,89, genel cerrahi %7,45, dahiliye %7,45, çocuk hastalıkları %6,38 iken (Tablo 7-3), branş içindeki hekim sayısına göre en yüksek dava edilme oranı ise ortopedi %38,47, psikiyatri %38,46, kadın hastalıkları ve doğum %36,58, beyin cerrahisi %20,83, çocuk cerrahisi %20,00 ve plastik cerrahi %20,00 bulunmuştur (Tablo 7-3, 7-4). Tüm dava edilenler içindeki en yüksek dava edilen uzmanlık dalları ile branş içindeki hekim sayısına göre en yüksek dava edilen uzmanlık dallarının birebir örtüşmediği tespit edildi. İkinci kategoriye göre incelendiğinde psikiyatrinin beklenmedik şekilde %38,46 branş içinde dava edilme oranı ile ikinci sırada yer alarak hekim hatalarının değerlendirilmesi kapsamındaki hiçbir literatürle uyum göstermedi (Tablo 7-4). Psikiyatri hastalarının hekimlerini dava etme oranındaki yüksekliğin hastalıklarından da kaynaklanabileceği akla gelse de araştırmada bu konuda bir ölçme yapılmadı.

Literatürde (11) sıra verilmeden dava edilme riski en yüksek beş uzmanlık dalı; acil tıp, genel cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum olarak belirtilirken Pakiş'in çalışmasında (4) dava riski yüksek ilk altı uzmanlık sırasıyla acil tıp, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, çocuk hastalıkları, beyin cerrahisi ve ortopedi olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda tespit ettiğimiz tüm dava edilenler içindeki en yüksek altı uzmanlık dalı yabancı literatür ile sırasız ilk beşte dört tanesi, Pakiş'in çalışmasında sırasız ilk altıda beş tanesi ile tamamen örtüşmüştür. Yorulmazın çalışmasındaki (2) branş içindeki hekim sayısına göre en yüksek dava edilen altı branş ile çalışmamızın aynı kapsamdaki sırasız dört uzmanlık dalı tamamen örtüşmüştür (Tablo 7-3, 7-4).

Ülkemizde acil tıp uzmanlarının sayısının yeterli olmaması nedeniyle hastanelerin acil servislerinde pratisyen hekimler çalışmaktadır. Acil servisler tüm uzmanlık dallarının en acil olgularının ilk geldiği, bilgi ve becerinin ötesinde iletişim ve organizasyon yeteneği de isteyen ünitelerdir. Bir kaç özel hastane haricinde acil olgulara ilk müdahaleyi tamamen pratisyen

hekimler yapmaktadır. Çalışmamıza katılan 103 acil servis pratisyen hekiminden 14 tanesine dava açılırken, 10 acil tıp uzmanından hiçbirisine dava açılmadığı görülmüştür (Tablo 7-3). Bu durumun acil hasta ile ilk karşılaşmanın pratisyen hekim olması, muayene kaydının pratisyen hekimin adına yapılması, acil tıp uzmanlarının ihtiyaç olduğunda çağrılmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Tıbbi malpraktis davası açılan hekimler dava açılmayan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde; tıbbi performanslarının daha fazla azalacağını, dava ile karşılaşma risklerinin daha fazla olduğunu, yeni TCK'dan daha fazla tedirgin olduklarını, negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını daha fazla gerçekleştirdiklerini, daha fazla tetkik istediklerini, daha fazla ilaç yazdıklarını, daha fazla konsültasyon istediklerini, daha fazla endikasyonsuz hasta yatırdıklarını, kayıtları daha detaylı tuttuklarını ve görüntüleme tetkiklerini daha sık istediklerini bildirmişlerdir (Tüm A Tabloları).

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği, üyelerinin %75 'i hakkında en az bir kez malpraktis iddiası nedeni ile dava açıldığını, bu davaların sonuçlanmasının ortalama 4,2 yıl sürdüğünü ve uzun süredir malpraktis sorumluluğu ile ilgili kanunlar nedeni ile ağır stres altında olduklarını bildirilmiştir. Bu stresin hekimlerin aile ve iş yaşantılarını ciddi şekilde etkilediği ve özellikle mevcut şartlara karşı uygulanan defansif tıp yaklaşımından da kaynaklandığı belirtilmiştir. Avukatların bu konudaki tek tavsiyeleri “**bu konuyu kimse ile konuşma**” şeklindedir. Bu nedenle hekimler bu konuları avukatları ya da sigorta yetkilileri haricindekilerle asla konuşmamaktadırlar. Bu tutumları; hekimlerin izole olmasına, davranışlarının değişmesine ve yargılanma sırasında işlerinde başarısız olmalarına neden olduğu bildirilmektedir (2,100). Yorulmaz'da, Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği'nin bu açıklamalarının, aslında tüm uzmanlık alanlarının ortak sorunlarının çarpıcı özeti olduğunu henüz Türkiye'de bu denli ağırlaşmış olmamakla birlikte, sorunların her geçen gün bu noktaya yaklaştığını bildirmiştir (2).

Çalışmamızda, hekimlerin kendilerini bir şeyler söylemek zorunda hissederek fikirlerini sözlü olarak belirttikleri üç soru oldu. En sık fikir belirtilen 3. sorumuz *Tıbbi hatanız olduğu iddiası ile aleyhinize dava açıldığı oldu mu?* sorusu idi (Tablo 7-1). Dava açıldığını belirten her üç hekimden ikisi konuşmaktan çekinmeden olayı anlatarak, hatası olmadığını komplikasyonun kendi hatasıymış gibi değerlendirildiğini, davanın sürdüğünü belirtti. Bu durum yabancı literatürde (100) belirtilen “konuşmayan hekim profili” ile uyuşmadı.

Davalarının savunma durumunda olan bir insan için bu denli stres kaynağı olduğu düşünüldüğünde, hekimlerin de tıbbi davranışlarını defansif tıp uygulamaları yönünde modifiye edebilecekleri görülmektedir. Bizde çalışmamızda, dava açılan hekimlerin dava

açılmayan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde defansif tıp uygulamalarını daha fazla gerçekleştirdiklerini, bu durumun açılan davadan hekimlerin etkilendiklerini gösterdiğini ama dava açılan hekimlerin “konuşmayan hekim profili” ile uyuşmadığını tespit ettik.

Tıbbi uygulamaları düzenleyen yasal sistemler ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilen farklı caydırıcılara dayanabilir (17). Yasal düzenlemelerin hekimlerin tıbbi uygulamalarını etkilediği (30), iyi düzenlenmemiş sistemlerin (29) ve yasal düzenlemeler konusunda hekimlerin kendilerini güvende hissetmedikleri zaman (7) defansif tıp uygulamalarını gerçekleştirdikleri bildirilmektedir. 1 Haziran 2005 tarihinde hekimleri de ilgilendiren yasal düzenlemelerle yürürlüğe giren yeni TCK sonrası defansif tıbbın gelişebileceği uyarıları yapılmıştır (39,43,82-85). Çalışmamıza katılan hekimlerin %78,87’si *kesinlikle evet* ve *evet* diyerek yeni TCK’nın yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissettiklerini bildirmiştir. Dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenler, haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlar, sigorta poliçesi yaptıranlar, dava riskini yüksek görenler, tıbbi hata yapmaktan çekinenler istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yeni TCK’dan daha fazla tedirginlik hissettiklerini belirttiler (Tablo 11A). Yeni TCK’dan sonra tedirginlik hissettiklerini belirtenler belirtmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde; hekimlik performanslarının daha fazla azalacağını, dava ile karşılaşma risklerini daha yüksek gördüklerini, hata yapmaktan daha fazla çekindiklerini, pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını daha fazla gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir (Tüm A Tabloları).

Buna göre çalışmamızda, 1 Haziran 2005 tarihinde hekimleri de ilgilendiren yasal düzenlemelerle yürürlüğe giren yeni TCK’nın hastane hekimleri için ürkütücü nitelik taşıdığı, hekimlerin yasal düzenlemeleri kendi aleyhlerine hissettikleri, yasal düzenlemeler konusunda kendilerini güvende hissetmeyerek pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını daha fazla gerçekleştirdikleri saptanmıştır.

Birçok hekimin malpraktis risk algılamasından dolayı defansif tıp uygulamalarını gerçekleştirdikleri belirtilmektedir (11). Bütün defansif tıp uygulamaları hekimin riskle ilgili endişeleriyle önemli bir şekilde bağlantılı görünmüş, fakat bu bağlantı negatif defansif tıp uygulamalarında daha güçlü bulunmuştur (17). Başka bir literatürde de hekimin malpraktis iddiası riskine karşı tanı ve tedavi uygulamalarını değiştirerek defansif tıp uyguladığı bildirilmiştir (30). Yasal risklerin birçok hekimin klinik endişeleri arasında yer aldığı düşünüldüğünde bu endişenin birçok olguda birinci öncelikli güdüleyici olduğunun kabul edilmesi gerektiği bildirilmiştir (7).

Hekimlerin %40,02'si tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini son derece yüksek görmekte, yaklaşık dört hekimden sadece 1'i (%27,29) bu riskin kendisi için yüksek olmadığını belirtmektedir (Tablo 9). Dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenler, haklarında malpraktis davası açılanlar, sigorta poliçesi yaptıranlar, yeni TCK'dan sonra tedirginlik hissedenler, tıbbi hata yapmaktan çekinenler istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde tıbbi malpraktis dava risklerini daha yüksek gördüklerini belirttiler (Tablo 9A). Her an bir malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek gören hekimler yüksek görmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde; performanslarının daha fazla azalacağını, yeni TCK'dan daha fazla tedirgin olduklarını, hata yapmaktan daha fazla çekindiklerini, pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını daha fazla gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir (Tüm A Tabloları).

Gündoğmuş ve ark.'nın Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen olgular ile yaptıkları çalışmada incelenen 109 olgunun %52'sinde hekimlerin kusurlu bulunduğu (101), Giray'ın çalışmasında Şura'ya sevk edilen 532 hekimden %43'ünün kusurlu bulunduğu (6), Yorulmaz'ın çalışmasında bu oranın %48 olduğu (2), Pakiş'in çalışmasında %32 (4) ve Tümer'in çalışmasında şikayet edilen hekimlerin yaklaşık %50'sinde cerrahi branş hekiminin kusurlu bulunduğu (78) bildirilmiştir. Ülkemizde, hekim aleyhine sonuçlanan davaların ödeme veya ceza dökümünü bildirir bir çalışma olmamakla birlikte, literatürde malpraktis iddialarının %43'ünün ödemeye hekim aleyhine sonuçlandığı belirtilmiştir (30). Çalışmalarda belirtilen yüzdeler bize; dava açılmasının ötesinde davaların hekim aleyhine sonuçlanması olasılığındaki psikolojik baskı ve ekonomik kayıp endişesinin de tedirginlik kaynağı oluşturabileceğini göstermektedir. Tıbbi malpraktis davalarının tüm etkileri birlikte değerlendirildiğinde, her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma risk algılamasının aynı zamanda “**tedirginlik ölçeği**” olarak da kabul edilebileceğini düşünmekteyiz.

Malpraktis davalarının doktorları bireysel olarak tehdit etmesi hekimlerin tıbbi performanslarını etkilediği gibi sağlık sisteminin total performansına da olumsuz etki ettiği bildirilmektedir (9). Sağlık öğreti, strateji, politika ve sisteminin yapılandırılmasında hekimlerden defansif davranışların hesaba katılması en azından kısa vadede beklenemeyeceği için, defansif uygulamaların sağlık sistemine kısa ve orta vadede ek yük getireceği de açıktır.

Hekimin tıbbi performansında azalma direk psikolojik etkilenmelerin, tıbbi uygulamaların kalitesine yansması şeklinde olabileceği gibi davaya tepki olarak defansif tıp uygulamalarının gerçekleştirilmesi şeklinde de olabilir. Direk psikolojik etkilenme posttravmatik stres bozukluğundan mesleği bırakmaya kadar geniş bir yelpazede gerçekleşebilir (9). Defansif tıp uygulamaları gerçekleştirmekten dolayı oluşan performans azalması ise normal medikal

uygulamalardan sapma ölçüsünde ortaya çıkmaktadır (11-13). Negatif defansif tıp uygulamalarının gerçekleştirilmesi pozitif defansif tıp uygulamalarına göre daha fazla hekimlik performansını azaltacak uygulamalardır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %84,26'sı haklarında açılacak tıbbi malpraktis davasının hekimlik performanslarını azaltacağını belirttiler (Tablo 6). Haklarında dava açılmış olanlar, sigorta yaptıranlar, dava riskini yüksek görenler, yeni TCK'dan tedirginlik hissedenler, tıbbi hata yapmaktan çekinenler istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde dava sonrası performanslarının daha fazla azalacağını belirttiler (Tablo 6A). Haklarında açılacak tıbbi malpraktis davasının hekimlik performanslarını azaltacağını belirtenler azaltmayacağını belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde; dava ile karşılaşma risklerini daha yüksek gördüklerini, yeni TCK'dan daha fazla tedirgin olduklarını, hata yapmaktan daha fazla çekindiklerini, pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını daha fazla gerçekleştirdiklerini bildirdiler (Tüm A Tabloları). Acil tıp uzmanlarının tamamı, acil servis pratisyen hekimlerin %90,30'u dava sonrası performanslarının azalacağını belirtirken dahili tıp bilimlerinden %96,43'lük en yüksek yüzde ile yanıt veren kardiyoloji uzmanları olmuştur (Tablo 6B).

Anket çalışmamız esnasında, kamu hastanesi çalışanı bir ortopedi uzmanının “ beş yıldır yıllık ortalama ameliyat sayısının 150 civarında iken, pelvis kırıklı bir multitravma hastasında tromboemboli gelişmesi sonucu dava edildiğini, dava sonrası risk grubu yüksek olguları üst makamlara usulüne uygun sevk ettiğini ve yıllık ameliyat sayısının 50 civarına düştüğünü” bildirmesi açılacak davaların performansa etkisini gösterebilecek niteliktedir.

Çalışmamızda, hekimlerin büyük çoğunluğunun aleyhlerine dava açılması sonrası performanslarının azalacağını düşündüklerini ve azalacağını belirten hekimlerin de belirtmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde defansif tıp uygulamalarını daha fazla gerçekleştirdiklerini tespit ettik.

Malpraktis davası açılmasının tıbbi performansını azaltacağını belirten, malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek gören ve yeni TCK'dan sonra tedirgin olduğunu ifade eden bir hekimin en doğal tepki tarzı olarak tıbbi hata yapmaktan çekinmesi beklenir. Çalışmamızın geçerliliği açısından bu dört subjektif etken arasındaki tüm çapraz değerlendirmelerin birbiriyle çelişmeksizin uyumlu olması araştırma bilimi açısından da gereklidir. *Tıbbi hata yapmaktan çekindiğiniz oluyor mu?* sorusuna hekimlerin %46,59'u *her zaman* ve *çoğu zaman*, %49,34'ü *bazen* ve *nadiren* yanıtını verirken %4,07'si *hiçbir zaman* yanıtını verdiler (Tablo 12). Dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenler, dava ile karşılaşma riskini yüksek görenler, yeni TCK'dan sonra tedirginlik hissedenler istatistiksel olarak anlamlı olacak

şekilde hata yapmaktan daha fazla çekindiklerini belirttiler (Tablo 12A). Tıbbi hata yapmaktan çekindiğini belirtenler çekinmediğini belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde; tıbbi performanslarının daha fazla azalacağını, dava ile karşılaşma risklerini daha yüksek gördüklerini, yeni TCK'dan daha fazla tedirgin olduklarını, negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını daha fazla gerçekleştirdiklerini, kalite artırıcı iki pozitif defansif tıp uygulaması hariç tümünü daha fazla gerçekleştirdiklerini bildirdiler (Tüm A Tabloları). Hata yapmaktan çekinip çekinmemenin, iki objektif etken olan sigorta yaptırap yaptırmama ve dava edilip edilmeme ile istatistiksel olarak anlamsız olacak şekilde ilişkisiz olduğu tespit edildi.

Çalışmamızdaki subjektif etkenlere verilen tüm yanıtların birbirleriyle çapraz karşılaştırmalarında hiçbirisinin birbiriyle çelişki oluşturmadığı ve karşılaştırmalarda tamamı istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde birbiri ile uyumlu olduğu bulunmuştur.

ABD'de tıbbi malpraktiste kullanılan“sigorta-tazminat” dinamiklerinin hukuki temelini “**Calabresi**” kaza hukuku oluşturmaktadır. Calabresi kaza hukukuna göre “ kaza hukukunun iki temel fonksiyonunun ‘kazaların maliyetlerini minimize etmek ve kazanın maliyetlerini suçsuz yaralı kimseden sorumluluğu yüksek olan kişiye yükleyerek adaleti sağlamak’ olduğunu, kaza maliyetinin; yaralanma maliyetlerinin toplamı, yaralanmayı engelleyici maliyetleri ve yönetsel maliyetleri içerdiği, Calabresi bu harcamalardan ilk ikisinin ‘en ucuz maliyet önleyici’ olduğunu ve ona sorumluluk yükleyerek minimize edilebileceğini önerdiği, ABD’de tıbbi malpraktis kanunlarının, tıpkı diğer hataya dayalı kanunlarda olduğu gibi maliyeti azaltmayı ve adaleti sağlamayı amaçladığı, olaydan zarar gören masum kişinin zararını ihmalde bulunanın cebinden alarak telafi etmek suretiyle tıpta ihmali caydırdığı, olaya müdahil olan taraflardan doktorun ‘en ucuz maliyeti’ önleyen kişi olduğu ve kaçınılmaz bir zarar meydana geldiğinde sorumluluğu üstlenmesi gerektiği” belirtilmektedir (9).

ABD’nin; sigorta tazminat dinamiklerini iyi yönetememesi, sigorta tazminat limitlerinin (Damages Caps) (30) hekim aleyhine düzenlenmesi, Calabresi kaza hukukunda belirtilen “**ihmalde bulunanın cebinden alma**” uygulamasını yaralanandan daha çok “**sağlık hukuku alanında uzmanlaşan avukatların zenginleşmesi**” lehine kullanması sigorta dinamiğinin görevini yapamamasına neden olmuştur. Öyle ki ABD’de birçok eyalette sigorta şirketleri piyasadan çekilmek zorunda kalınca bu alana spesifik çalışan şirketler de hekimler için aşırı mali yük olacak primler belirleyerek daha önce dava edilen veya yüksek risk grubunda bulunan hekimleri sigortalamamaya başlamışlardır. 824 yüksek risk grubunda çalışan hekim ile yapılan bir araştırmada; hekimlerin %51’inin son beş yıldır hiçbir sigorta şirketi tarafından sigortalanmadıkları, sigorta primlerini aşırı mali yük gören hekimler ile sigortalanmayan

hekimlerin defansif tıp uygulamaları arasında güçlü korelasyon tespit edildiği belirtilmiştir (11).

Amerikan Ceza Hukukunda mağdur olan kişiye “yüksek” tazminat ödenmesi bir ceza yöntemi olarak görülmekte, “mağdurun kaybının onun zenginleştirilmesi ile telafisine gidilmesi” fikri genel kabul görmektedir. Oysa Türk Ceza Hukukunda sanığa verilen hapis ya da para cezası mağdura doğrudan bir kazanım sağlamamakta, mağdurun ayrıca tazminat talebi gerekmektedir. Özellikle yeni TCK’da ölüme yol açan malpraktis olgularında hekimin hapis cezası almasıyla sonuçlanabilmektedir. Dolayısıyla tıbbi malpraktis sigortasının ceza hukuku açısından hiçbir koruyuculuğu yoktur, bir başka deyişle hekimi “rahat hissettirmesi” söz konusu değildir.

Türk tazminat hukuku da farklıdır; tazminat, oluşan zararın karşılanmasına yöneliktir. Dolayısıyla “tazminatla zenginleşme” söz konusu değildir. Bu yüzden ödenen tazminat miktarları Amerikan ölçeğine göre oldukça düşüktür. Son zamanlarda kamuoyunun da baskısıyla bir miktar artma eğilimleri görülse de, temelde mağdur olan kişinin uğradığı zararı unutturacak ölçülere varması söz konusu olmamaktadır.

Bu nedenle tıbbi malpraktis sigortalarının hekimler açısından yeterli iç güven ve huzuru sağlaması zor olacaktır. Üstelik Amerika ve diğer bazı batı ülkelerinde de tıbbi malpraktis sigorta sistemleri giderek problem haline gelmişlerdir. Kısacası Türk hekiminin mesleki sigorta yaptırmak suretiyle kendisini güvende hissetmesi ve tıbbin kabul ettiği riskleri alma konusunda huzursuzluk hissetmemesi ulaşılabilecek bir hedef olarak görülmemektedir.

Çalışmamızda, meslek hayatında tıbbi malpraktis sigortası hiç yaptırmayanlar %73,36, çalışma esnasında sigortalı olanlar %21,52, en az bir defa sigorta yaptırmış olanlar %25,98, daha önce sigorta yaptırıp ta çalışma esnasında sigortasız olanlar %4,46 ve sigorta yaptırmayıp yaptırmadığını bildirmek istemeyenler %0,66 olarak bulunmuştur (Tablo 10). Kendisi istediği halde sigorta şirketleri tarafından sigortalanmadığını bildiren hiçbir hekim olmamıştır.

Tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptıran hekimler yaptırmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde; malpraktis davası açılması ile hekimlik performanslarının daha fazla azalacağını, dava ile karşılaşma risklerinin daha yüksek olduğunu, yeni TCK’dan daha fazla tedirgin olduklarını, negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını daha fazla gerçekleştirdiklerini, daha fazla tetkik istediklerini, daha fazla ilaç yazdıklarını, daha fazla konsültasyon istediklerini, daha fazla endikasyonsuz hasta yatırdıklarını, kayıtları daha detaylı tuttuklarını, görüntüleme tetkiklerini daha sık istediklerini ve aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiklerini bildirmişlerdir (Tüm A Tabloları).

En sık sözlü fikir belirtilen 2. sorumuz ‘*Tıbbi Malpraktis Sigortası*’ yaptırmanız hekimlik uygulamalarınızı daha rahat yapmanızı sağlar mı? sorusu idi. Bu sorumuza hekimlerin 262’si (%34,39) kesinlikle evet ve evet, 292’si (%38,32) kesinlikle hayır ve hayır yanıtını verirken 208’i (%27,30) de kararsızım yanıtını verdiler (Tablo 29). Görüşme yaptığımız her beş hekimden üçü sigortanın yeteri kadar korumadığını sözlü olarak belirtti. Kamu hastanesinde çalışan bir hekimin başına gelen dava olgusunda, poliçesinde yazan “30 hasta muayenesinden sonra yapılan muayenelerde oluşacak malpraktis olgusunun kapsam dışı olduğu” ibaresi nedeniyle poliçesinin zararını haklı olarak ödemediğini, kendisinin kamu personeli olarak gelen her hastaya bakmakla yükümlü olduğunu, poliçesindeki bu ibarenin farkında olmadığını belirtmesi hekimler için sigorta sektörünün bugünkü durumunu özetlemektedir.

Çalışmamızda, sigorta yaptıran hekimlerin sigorta yaptırmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde defansif tıp uygulamalarını daha fazla gerçekleştirdiklerini (Tüm A Tabloları), ayrıca malpraktis sigortasına duyulan güvensizliğin sözlü olarak belirtilmesine rağmen verilen yanıtların dağınık olduğu tespit edildi.

Sigorta dinamiğinin tıbbi malpraktis ve defansif tıp problemlerinin çözülebilmesinde veya çözilememesinde en önemli faktörlerden birisi olduğunu, bu faktörün bir ayağının sigorta tazminat limitlerinin belirlenmesi olduğunu, bu belirlemeleri yaparken ölçülü hareket edilmesi gerektiğini, Yargıtay’ın uzun yıllardır “ kazanılan tazminat miktarı kişiyi zengin yapmamalı” prensibinden uzaklaşılması gerektiği kanaatindeyiz. Henüz ülkemizde sigorta tazminat limitleri ile ilgili bir düzenleme yoktur ve sistemin çalışabilmesi için bu limitlerin “**hassas ve dengeli**” belirlenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda, defansif tıbbi az veya çok uyguladıklarını bildirenlerin ortalaması tüm defansif tıp uygulamalarını için %78,38, pozitif defansif tıp uygulamaları için %79,74 ve negatif defansif tıp uygulamalarını için %75,66 bulunmuştur. Uygulamaları sorgularken kullandığımız *her zaman* ve *çoğu zaman* şıklarının kesinlik ve süreklilik ifade etmesi nedeniyle bu şıkları işaretleyenlerin defansif tıp uygulamalarını kesinlik ve süreklilik kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. *Her zaman* ve *çoğu zaman* şıklarına göre uygulamalar değerlendirildiğinde, uygulama ortalamaları; tüm defansif tıp uygulamaları için %38,82, pozitif defansif tıp uygulamaları için %43,12, negatif defansif tıp uyguladıkları için %30,21 bulunmuştur. Çalışmamızda defansif tıbbi az veya çok uyguladıklarını bildirenlerin oranları, bazı çalışmalarda saptanan %98 (17) ve %93 (11) oranlarından düşük kalırken, bazı çalışmalarda saptanan %70 (19) ve %76 (30) oranları ile kısmen uyumlu bulunmuştur.

Dava etme olasılığı yüksek hastalardan *her zaman* ve *çoğu zaman* kaçındıklarını bildirenler %31,24, kompleks medikal problemleri olan hastalardan *her zaman* ve *çoğu zaman* kaçındıklarını bildirenler %29,13, komplikasyonları yüksek tedavilerden *her zaman* ve *çoğu zaman* kaçındıklarını bildirenler %36,75, tedavi olanakları bulunduğu halde riskli hastaları *her zaman* ve *çoğu zaman* sevk ettiklerini bildirenler %23,75 oranları ile negatif defansif tıp uygulamalarının tamamı literatürde bildirilenlerden (11,17) düşük seviyede bulunmuştur.

Negatif defansif tıp uygulamaları için *her zaman* ve *çoğu zaman* yanıtını veren hiç bir acil tıp uzmanı olmaz iken acil servislerde çalışan pratisyen hekimlerin aynı kapsamdaki negatif defansif tıp uygulama ortalaması %33,25 bulunmuştur (Tüm B Tabloları). Acil tıp uzmanlarının hiçbirisinin negatif defansif tıp uygulamalarının gerçekleştirmediklerini belirtmeleri literatür ile uyumsuz bulunurken acil hasta ile direkt karşılaşan pratisyen hekimlerin verileri, çalışmamız ortalamaları ile uyumlu ama literatürden yüksek bulunmuştur (11). Acilde çalışan pratisyen hekimlerin bu durumunun çalışma şartlarını riskli görmeleri, acil tıp uzmanlarının ise uzmanlıkları sebebiyle kaçınma davranışlarını uygulamalarının yanlış olacağını düşünmelerinden veya acil hasta ile ilk karşılaşmanın kendileri olmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Sorguladığımız negatif defansif tıp uygulamalarının tamamının; haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda, sigorta poliçesi yaptıranlarda, dava riskini yüksek görenlerde, yeni TCK'dan sonra tedirginlik hissedenlerde, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde ve dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla uygulandığı saptanmıştır (Tüm A Tabloları).

Sorguladığımız pozitif defansif tıp uygulamalarından kalite artırıcı iki uygulama hariç tamamının; haklarında tıbbi malpraktis davası açılanlarda, sigorta poliçesi yaptıranlarda, dava riskini yüksek görenlerde, yeni TCK'dan sonra tedirginlik hissedenlerde, tıbbi hata yapmaktan çekinenlerde ve dava açılması tıbbi performansı azaltır diyenlerde istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla uygulandığı saptanmıştır (Tüm A Tabloları).

Pozitif defansif tıp uygulamalarının bazılarının kalite artırıcı uygulamalar olabileceği bildirilmektedir (17,24). Tıbbi uygulamaların daha detaylı açıklanması, tıbbi kayıtların daha detaylı tutulması ve aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verilmesi gibi uygulamalar bunlardandır. Çalışmamızda, tüm defansif tıp uygulamaları içinde bu uygulamalar en yüksek uygulama seviyesinde bildirilen uygulamalar olmuştur. Bu uygulamalardan olan, uygulamaları daha detaylı açıklamak ve aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem vermek uygulamalarında verilerimiz istatistiksel olarak anlamsız

bulunmuştur. Tüm hekimlerin bu uygulamaları aynı seviyelerde gerçekleştirdiği anlamına gelen bu durum oldukça sevindiricidir.

Malpraktis iddialarından korunmak için *her zaman* ve *çoğu zaman* fazladan tetkik istediğini bildirenler %30,31, *her zaman* ve *çoğu zaman* tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladıklarını bildirenler %71,26, *her zaman* ve *çoğu zaman* kayıtları daha detaylı tuttuklarını bildirenler %79,40 oranlarıyla benzer çalışmalardan düşük, *her zaman* ve *çoğu zaman* fazladan ilaç yazdıklarını bildirenler %9,06, *her zaman* ve *çoğu zaman* fazladan konsültasyon istediklerini bildirenler %36,10 oranlarıyla benzer çalışmalardan çok düşük, *her zaman* ve *çoğu zaman* görüntüleme tetkiklerini daha sık istediklerini bildirenler %39,11 oranıyla benzer çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur (11,17).

Acil tıp uzmanlarının diğer uzmanlıklara göre tetkik ve görüntüleme tetkiklerini daha fazla istedikleri şeklindeki literatür bilgisi (11) ile, çalışmamıza katılan acil tıp uzmanlarının verileri uyuşmazken acil servislerde çalışan pratisyen hekimlerin verileri uyumlu bulundu. Bu durumun da acil servislerde çalışan pratisyen hekimlerin kendilerini risk altında hissetmelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Malpraktis iddialarından korunmak için *her zaman* ve *çoğu zaman* fazladan ilaç yazdığını belirtenler %9,06, *her zaman* ve *çoğu zaman* endikasyonsuz hasta yatırdığını belirtenler %6,82 oranları ile literatürlerde belirtilenlerden çok düşük bulunmuştur (11,17). Endikasyonsuz hasta yatırma ve fazladan ilaç yazma uygulamalarının tüm defansif tıp uygulamaları içinde en düşük seviyede uygulandığının bildirilmesinin, bu uygulamaların diğer uygulamalara göre tıbbi ve hukuki açıdan hiçbir dayanak gösterilemeyecek olması ile ahlaki değerlere de ters düşmesi düşüncesinden kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet ve meslekte çalışma süresi bakımından bazı sorularda istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar çıksa da çalışmanın tamamını kapsayacak belirgin anlamlılık saptanmamıştır (Tüm A Tabloları). Çalışmamızda, katılımcıların çalıştıkları kurumların ve görev unvanlarının tespitinin ülkemizdeki mevcut sağlık sistemindeki unsurlarının her birinin ayrı incelenmesine olanak sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde çalışan hekimler, özel hastane ve üniversite hastanesinde çalışan hekimlere göre; aleyhlerinde dava açılmasının tıbbi performanslarını daha fazla azaltacağını, dava ile karşılaşma risklerini daha yüksek gördüklerini, yeni TCK'dan daha fazla tedirgin olduklarını, hata yapmaktan daha fazla çekindiklerini belirttikleri görülmüştür. Bu tedirginlik fazlalığının yanı sıra bu gruptaki hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını daha fazla gerçekleştirdiklerini belirttikleri saptandı (Tüm A Tabloları). Bu sonuç Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin çalışma şartlarının tüm

yönleriyle gözden geçirilmesi gerektiğini göstermektedir. Üniversite hastanesi hekimleri negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını, özel hastane ve sağlık bakanlığı bünyesindeki kamu hastanesi hekimlerinden çok daha az gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir (Tüm A Tabloları). Bu durum, üniversite hastanelerinin son basamak sağlık kuruluşu görevlerini yaptığını, uygulanan defansif tıp boyutunun literatürde (11) belirtilen şehir merkezlerinde tıbbi hizmet alması gereken kişiler için alternatif seçeneklerin kalmaması düzeyinde olmadığını göstermektedir.

Uzman hekimler, pratisyen ve öğretim üyesi hekimlere göre; cerrahi tıp bilimleri hekimleri acil servis pratisyen ve dahili tıp bilimleri hekimlerine göre negatif defansif tıp uygulamalarını daha fazla gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir (Tüm A Tabloları). Bu durum uzman hekimlerin ve cerrahi branş uzmanlarının malpraktis dava tehdidinden ve yeni yasal düzenlemelerden daha fazla tedirgin olduklarını göstermektedir.

Acil servis pratisyen hekimlerinin, cerrahi ve dahili tıp bilimleri hekimlerine göre; dava edilme risklerini daha fazla gördükleri, yeni TCK'dan daha fazla etkilendikleri ve aleyhlerine açılacak bir davanın tıbbi performanslarını daha fazla azalacağını belirttikleri görülmektedir. Bu durum, Türkiye'de acil hasta ile sürekli olarak ilk karşılaşan acil servis pratisyen hekimlerinin kendilerini tedirgin hissettiklerini ve konumlarını belirleyerek korumaya alacak yasal düzenlemeler yapılması gerektiğini göstermektedir.

Dahili tıp bilimleri hekimlerinin, cerrahi tıp bilimleri ve acil servis pratisyen hekimlerine göre; aleyhlerine açılacak dava ile performanslarının daha az azalacağını, dava ile karşılaşma risklerini daha az gördüklerini, yeni TCK'dan daha az tedirgin olduklarını, negatif ve pozitif tıp uygulamalarının tamamını daha az gerçekleştirdiklerini bildirdikleri görülmüştür (Tüm B Tabloları). Dahili tıp bilimlerindeki uzman hekimlere karşı açılan davaların cerrahi branşlardaki uzman hekimlere karşı açılan davalardan çok az olması, dahili branşlardaki hekimlerin daha az tedirgin olmaları ve defansif tıbbi daha az uygulamaları sonucunu doğurması akla oldukça yakın gelmektedir. Buna karşın, bu bulguların dahili tıp branş hekimleri tarafından yanlış yorumlanmaması ve hasta hakları, aydınlatılmış onam gibi tıp hukukunun gereklerine diğer hekimler kadar uymaları gerekmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %84,12'sinin, literatürlerde (2,4,43,94-96) de bildirilen ülkemizdeki tıbbi malpraktis dava sayılarının artmakta olduğu gerçeğinin farkında oldukları bulunmuştur (Tablo 25). Başka bir bulgumuz da bu farkında olmanın gereklerini yerine getirmedikleri olmuştur. Sizce, *“yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim”* şeklinde düzenlenen bir belge hekimi

sorumluluktan kurtarır mı? sorusuna *kesinlikle hayır* ve *hayır* diyenlerin oranı %69,42'de kalmaktadır (Tablo 26).

“Hekimi sonuçtan sorumlu tutmayacağım” veya “Hekim aleyhine dava açmayacağım” gibi taahhütler, borç ve tazminat hukuku açısından nadiren geçerlilik ifade etse de ceza hukuku açısından hiçbir anlam ifade etmemektedir. Hekim hatası kuşkusunun çok ciddi bir zarara yol açmadığı durumlarda geçerli olan “şahsi şikayete bağlı dava açma hakkı” bile böyle bir beyanla ortadan kalkmaz. Sonuç olarak hekim, mesleğinden kaynaklanan özgün sorumluluğunu hastasına ya da onun yakınına devredemez. Buna karşın hekimlerin %30,58'i nin hasta veya yakınının dava açmama taahhüdünü ciddiye alma eğiliminde oldukları görülmektedir.

Resmi Gazete’de yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”ni okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtlardan, hekimlerin %85,7'sinin hasta hekim arasındaki yasal düzenlemelerin sınırlarını belirleyen ve yargının da tıbbi malpraktis davalarında kullanabildiği önemli bir yönetmeliğin “tamamını okumadığı” anlaşılmıştır (Tablo 27). Bulgularımız, Yaşar Teke'nin çalışmasında (99) da tespit ettiği gibi hekimlerin tıp hukuku konularına gereken önemi vermediklerini göstermektedir. Hekimler için bu durumun; ileri sürüş teknikleri düzeyinde araç kullanmasını bilen profesyonel bir sürücünün, çıktığı trafiğin en temel kurallarını bilmemesinden farksız olduğunu, bu profesyonel sürücünün aracının dışında açacağı “**defansif tıp hava yastıkları**” ile de malpraktis kazasını önleyemeyeceğini düşünmekteyiz.

Defansif tıp uygulamalarını az veya çok uyguladıklarını bildiren hekimlerin oranı %78,38 olmasına karşın, defansif tıp, çekinik tıp veya defensive medicine terimlerinin hekimlerin sadece %6,11'i tarafından duyulmuş olduğu görülmektedir. Bu durum, hekimlerin defansif tıp konusunda daha çok bilgilennemeleri ve yasal riskleri konusunda daha dikkatli olmaları gerektiğini göstermektedir.

Anket çalışması esnasında hekimlerin kendilerini bir şeyler söylemek zorunda hissettikleri 1.soru *komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılamadığını düşünüyor musunuz?* sorusu oldu (Tablo 28). Bu soruya hekimlerin %88,84'sı *kesinlikle evet* ve *evet* yanıtını vererek bu ayrımın yapılamadığını belirtirken, her beş hekimden ikisi de fikirlerini sözlü olarak belirtti. Çalışmaya katılan 762 hekimde dava edilme oranı %12,34 iken, hekimlerin %88,84'sının komplikasyon malpraktis ayrımının yapılamadığını belirtmesi dava açılan hekimlerin literatürdeki “konuşmayan hekim profiline” uymayarak diğer hekimlerle bu konuları konuştuklarını ve diğer hekimlerin de meslektaşlarının davaları ile ilgilenerek etkilendiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda, defansif tıp uygulamalarını az veya çok uyguladıklarını bildirenlerin ortalaması tüm defansif tıp uygulamaları için %78,38 bulunması, literatürdeki aynı kapsamda bildirilen %98 (17) ve %93 (11) verilerinden düşük, %70 (19) ve %76 (30) verileri ile kısmen uyumlu bulunsa da bildirilen çok yüksek dava edilme oranları (11,100) ile bizim tespit ettiğimiz %12,34'lik dava oranı uyumlu bulunmamıştır. Bu durumun, konuşmayan hekim profiline uymayan hekimlerin kendi olgularını çevrelerindeki hekimlerle paylaşarak onların da pasif olarak açılan davalardan etkilenmelerine neden olmaları ile tek başına açıklanamayacağını düşünmekteyiz. Bu düşüncemizi destekleyen istatistik verisi de dava edilenlerin dava edilmeyenlere göre, soruların tamamına yakınında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde defansif tıp uygulamaları lehine yanıtlar vermeleridir.

Defansif tıp uygulamalarının %78,38 ortalama ile bu kadar yüksek uygulanmasında, yeni TCK'da ki yasal düzenlemelerden %78,87'lik tedirgin olma oranı ile neredeyse birebir örtüşmesi nedeniyle, “yeni TCK dan tedirgin olma” faktörünün “açılan davalardan etkilenme” faktöründen daha etkin olduğunu göstermektedir. Bu ise açılacak davalardan etkilenmelerin açılmış davalardan etkilenmelere göre daha fazla olduğu anlamına gelmektedir. Yeni TCK'da ki düzenlemelerden hekimlerin tedirgin olmasının temelinde de dava edilme olasılığının artması yatmaktadır. Bu sonuç da literatürlerde bildirilen defansif tıbbın en sık “dava edilme korkusu” ile ilişkilendirilmesi ile uyumludur (7-11,14,16,17,19-23,28-38).

Defansif tıp uygulamalarının yasalarımıza göre hukuki yönünü “defansif tıp” başlığı altında inceleyen bir kaynak bulamasak da, defansif tıp uygulamalarının genel hukuk kuralları içinde yer bulacağını düşünmekteyiz. Türk hukukunda hekimlerin sorumluluğu sözleşmeden kaynaklanır. Bazı istisnai durumlarda (acil müdahale, hastanın bilinçsiz olması vs) sözleşmesiz sorumluluk da ortaya çıkmaktadır. Sorumluluktan kaynaklanan borçlardan tedavi, sadakat ve özen borcu defansif tıp uygulamalarını hukuka aykırı hale getirecektir. Ceza hukuku açısından defansif tıp uygulamalarının zarara sebep olması ya da hastanın sağlığındaki bozulma ile neden sonuç ilişkisi içinde olması gerekirken tazminat hukukunda sözleşmeye aykırılık sağlıkta bir zarara yol açmasa da hukuka aykırılık nedeniyle hekim aleyhine karar için yeterli olacaktır. Devlet memuru hekimlerin durumu ayrıca “görev suçu” yönünden “görevi kötüye kullanma” ve “görevi yapmama” eylemleri yönünden ceza soruşturmasına ve hekim aleyhine kararların verilmesine yol açabilecektir.

Doğal olarak yapılan her “hukuka aykırılık” otomatik olarak hekim aleyhine dava açılmasına ve hekimin ceza ve tazminatla yüzleşmesine sebep olmamaktadır. Şüphe ve iddianın ortaya atılması gerekmektedir. Buna karşın ortaya atılan iddia ve savlar da otomatik

olarak hekim aleyhine bir hükme yol açmamakta, hukuka aykırılık mutlak şart olarak aranmaktadır. Özellikle 2005 yılında uygulamaya giren yeni TCK hekimlerin hukuka aykırı davranışları ile ortaya çıkan zararlar için eskisine oranla daha ağır cezalar getirmiştir. Tazminat miktarlarında da eskiye oranla oldukça artmalar görülmektedir. Ülkemizde sağlık harcamalarının büyük oranda kamu tarafından finanse edilmesi pozitif defansif tıp uygulamalarında kamu zararı ortaya çıkarmaktadır ki bu durumun tespiti halinde, hekime zararı ödemenin yanı sıra “kamu zararına yol açma” suçuna da muhatap olma sorumluluğunu yükleyebilecektir.

Malpraktis davasıyla yüzleşmekten kaçınan hekim, kaçınmasının yol açtığı zararlar konusunda suçlandığı zaman ortalama bir malpraktis suçlamasına oranla çok daha ciddi bir hukuki problem içine girecektir. Zira malpraktis uygulamaları genel olarak hata-kusur-taksir kavramları ile değerlendirilirken defansif bir tutum mutlak olarak kasıtlı bir eylemdir. Sonuçta hekimin, hastanın zarar görmesini arzu etmediği konusunda şüphe bulunmasa bile eylem hukuk dışı ve bilinçli bir eylem olduğu için “olası kast” ya da “ihmalî davranışla kasten öldürme” şeklinde yorumlanabilecektir. Özellikle negatif defansif tıp uygulamalarında hekimin salt kendi durumunu düşünerek hastanın karşı karşıya olduğu ciddi riskleri umursamadığı varsayılabilir. Defansif tıbbın bütün uygulama şekillerinde hekimin davranışı bilinçlidir. Bir başka deyişle hekim kendisi açısından gördüğü (algıladığı) risklerle hastanın karşı karşıya olduğu riskleri değerlendirmiş ve hukuk dışı olarak kendi menfaatinin gözeterek hastanın tıbbi risklerini kabullenmiş (umursamamış) varsayılacaktır.

Doğal olarak hasta ile hekim arasındaki menfaat çatışmasının tek kaynağı dava edilme riski değildir. Ancak hekimin “dava edilme riskinden korunma ya da kaçma” düşüncesi dışında başka bir menfaatinin gözeterek hastayı hukuk dışı bir şekilde riskle baş başa bırakmış olması hukukçular açısından aynı sonucu doğursa da bu, araştırmanın alanı dışındadır.

Sonuç olarak, Türkiye’de hastane hekimleri tarafından defansif tıbbın belirgin şekilde uygulanmakta olduğu görülmektedir. Yeni TCK öncesine ait defansif tıp verilerinin elimizde olmaması nedeniyle hangi boyutta etkilenmenin olduğunu söyleyemesek de bulgularımız “yeni TCK sonrası defansif tıbbın gelişebileceği” öngörülerinin (39,43,82-85) gerçekleştiğini desteklemektedir.

Defansif tıbbın kendisi tek başına temel bir problem olarak görülmeyebilir ama tıbbi malpraktis temel probleminin iyi yönetilemediğini gösteren çok önemli bir belirtidir. Bu nedenle defansif tıbbın direk kendisinin önlenmesi için yapılacak çalışmaların hiçbirisinin problemi çözmeyeceği gibi tabloyu daha da ağırlaştıracağı açıktır. Defansif tıbbın önlenmesi adına yapılacak her şeyin tıbbi malpraktis sisteminin işleyebilir ve iyi düzenlenmesi

kapsamında yapılması bir zorunluluktur. Defansif tıbbi çok iyi tanıyan ülkeler de defansif tıp uygulama verilerini tıbbi malpraktis sisteminin iyi yönetilebilmesinde belirteç olarak kullanmışlardır.

Tıbbi malpraktis sisteminin işleyebilir ve iyi düzenlenmesi kapsamında yapılacak tüm yasal düzenlemelerin temel kuralı, sağlık çalışanının “**tedirginliğini ve risk algılamasını**” dengede tutabilmek olmalıdır. Hasta aleyhine yapılan düzenlemelerde tıbbi hataların artması, hekim aleyhine yapılan düzenlemelerde defansif tıbbın artması kaçınılmazdır.

Tıp hukukunu özellikle tıbbi malpraktis hukukunu düzenleyen sistemlerin kullandığı en önemli kurum, bilirkişiliktir. Hekimlerin tıbbi malpraktis olgularını tıbbi hata yönünden değerlendiren yine bilirkişi hekimlerdir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tıbbi hata incelenmesinde bilirkişi olarak görevlendirilen adli tıp uzmanlarının rolü gittikçe artmaktadır. Adli tıp uzmanlarının, tıbbi hata iddialarında gerçekleştirilen otopsi ve otopsi dışı bilirkişilikleri için kendilerini çok daha iyi yetiştirmeleri, standartlar geliştirmeleri, ilgili uzmanlık dallarının temel standartlarına göre hareket etmeleri, tıbbi malpraktisi ve defansif tıbbi daha iyi tanımaları gerekmektedir. Adli tıp uzmanlarının tıbbi hata bilirkişiliklerinde çıta yükseltmesi hekimlerin risk algılamalarını da azaltacaktır.

Adli otopsiler, adli tıp uzmanları veya adli patoloğlar olmadan kesinlikle yapılmamalıdır. Adli tıp uzmanı tarafından yapılan otopsilerde otopsinin kalitesi istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur (4). Adli tıp uzmanları veya adli patoloğlar tarafından yapılan tıbbi hata iddiasına ait bir otopsi sonucunun yargıyı, iddia sahiplerini ve hekimi daha fazla aydınlatacağı kesindir. Bu konudaki yasal düzenlemelerin dünya standartlarına çıkarılması hekimlerin de tıbbi hata iddialarında risk algılamalarını azaltacaktır.

Adli tıp uzmanlarının diğer uzmanlık dallarının temel standartlarına göre hareket etmesi ve bu temel standartlardaki yenilikleri takip edilmesi gerektiği, yapılan yargılamada kendisine sorulan adli tıbbi soruları yanıtlandırmak için mümkün olan her durumda ilgili uzmanlık dallarından ek uzman görevlendirmesini teklif etmesi gerektiği bildirilmektedir (48).

Ülkemizde yapılan tıbbi uygulamaların geriye dönük olarak tartışılarak değerlendirilmesi akademik ortamlar dışında rutin değildir. Hekimin bir uygulamasının geriye dönük olarak değerlendirilmesi çoğu zaman ya hukuki ya da idari bir süreçte onu “**yargılama**” şeklinde olmaktadır. Oysa hukuki ya da idari soruşturma niteliği olmaksızın salt uygulama kalitesini artırmaya yönelik geriye dönük olgu değerlendirmeleri hem bireysel hekim bilgi ve becerilerini artıracak hem de sınırları belirlenmiş olan tıbbi uygulamaların pratiğe uyumluluğunu test etme olanağı sağlayacaktır. Bu alanda hasta ve hekim isminin gizli tutularak tıbbi hataların internet üzerinden “**geri bildirimini**” sağlayan ilk ve tek yasal

düzenleme İngiltere’de İngiltere ve Galler’i kapsayacak şekilde düzenlenmiştir (102). Birçok faktöre bağlı olarak tekrarlayan tıbbi hataların çözümleri üretilerek başka hekimlerin de aynı hatalara düşmesinin yasal, bilimsel ve organize sistemlerle engellenmesi, hekimler için risk azaltılması etkisi yapacaktır.

Hekimliğin bilimsel gelişiminin takibi ve yeni bilgilerin hasta yararına uygulanması gerekliliği kaçınılmazdır. Bu nedenle diploma sonrası bireysel “**yeterlilik**” sistemine geçilerek her hekimin kendi alanıyla ilgili bilgi ve beceri içinde kalması sağlanmalıdır.

Tıbbi hata iddialarının çözümlenmesinde ve yasal risk yönetiminin sağlanmasında tüm uzmanlık derneklerinin kendi alanları ile ilgili en azından minimum “**standartları**” belirleyip sürekli güncellemesi gerekmektedir. Uzmanlık derneklerinin bu alandaki çalışmaları uzmanların bilgilerinin güncellenmesini de sağlayacaktır.

Uzmanlık dallarına ait temel standartlarının belirlenmesinde, tıbbi hataların yasal geri bildiriminde ve hekimlerin yeterliliklerinin belirlenmesinde en büyük görev **uzmanlık derneklerine** düşmektedir. Bu alanlarda yapılacak çalışmalar ise risk algılamasının ötesinde direk risk azaltılması görevi görecektir.

Birçok hastalığın tanısının konulmasında öncelikle hastalığın tanınması ve daha sonrada akla getirilmesi nasıl ki en önemli etken ise defansif tıp uygulamalarından kaynaklanan tıbbi malpraktis olgularının da tanınarak diğer olgulardan ayrılması ve verilerin de yorumlanması gerekmektedir. Bu konuda tüm adli tıp uzmanlarına ve yasal tıbbi hata bilirkişilik kurumlarına büyük görevler düşmektedir.

Ülkemizde tıbbi malpraktis hatalarının değerlendirilmesinde yasal organlar olan Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu’nun ilgili ihtisas dairelerinin kararları arasında çelişki oluşturmaması için tek bir çatı altında direk Başbakanlığa veya Cumhurbaşkanlığına bağlı bir konuma getirilmelidir. Böylece, bir tıbbi hata olgusunun her iki kuruma da gitmesi önlenerek sonucun kısa sürede çıkması sağlanmış ve çelişkili sonuçların çıkması önlenerek de kurumların güvenilirlikleri artırılmış olacaktır. Bu iki unsur da hekimin risk algılamasını azaltacaktır.

Hekimler; trafik kazası neticesinde başkalarını yaralayan veya silahla bir başkasını vuran kişilerin yargılandığı kanunlarla yargılanmamalıdır. Bu nedenle hekimlerin TCK kapsamından çıkartılarak, sağlık sistemini düzenleyen tüm yönetmelik, kararname, genelge ve kanunlara “**dengeli ve hassas**” hazırlanmış tıbbi malpraktis kanunları da eklenerek tek çatı altında güncel hale getirilmesi gerekmektedir. Dağınık olmayan, okunup anlaşılır ve yorumlanabilirliği yüksek kanunların verimliliği de yüksek olacaktır. Yasal düzenlemeler yapılırken hekimin risk algılamasını ne hekim aleyhine ne de hasta aleyhine olmayacak

şekilde düzenlemek gereklidir. Sağ kol yerine sol kolu kesen hekimin hiçbir şekilde affedilmediği ve kendisini mesleğine adanmış hekimlerin de en azından dikkatli bir şekilde çalışabildiği sistemlere en önce hastaların ihtiyacı vardır. Bunu başarabilen birçok Avrupa ülkesi mevcuttur. Hasta ve hekim hakları korunarak defansif tıbbın oluşmadığı ve hekimlerin tam güven duydukları tıbbi malpraktis yasal düzenlemelerinin oluşturulması sağlık politikacılarının en önemli görevi olmalıdır. Çalışmamızın verileri, hastane hekimlerinin tedirginliğini azaltarak risk algılamalarını düşürecek en önemli düzenlemelerin bu alanda yapılabileceğini göstermektedir.

Tıp hukukunu düzenleyen kanunların dağınık olması, bazılarının eski olması, hekimin genel ceza kanunları ile yargılanıyor olması hekimlerin bu yasal düzenlemeleri **çok daha iyi** öğrenmeleri gerektiğini göstermektedir. Kendi mesleğinin yasal düzenlemelerini bilmeyen bir hekimin, **hekim haklarının hasta haklarından geri kaldığını söylemesi** çok anlamsızdır. Bu nedenle tüm hekimlerin bireysel olarak ve meslek örgütlerinin düzenleyecekleri kurslar ile tıp hukuku alanında daha fazla bilgilenmeleri gerekmektedir. Bu alandaki çalışmalarda direk risk azaltılması görevi görecektir.

Tüm tarafların çok dikkat etmesi ve tüm kararların her yönü ile incelenmesi gerektiği bir konu da, tıbbi malpraktisin sigorta ile telafi sistemidir. Eğer sağlık sistemimizde böyle bir dinamiğin uygulanmasına geçilecekse bu alanda çok profesyonelleşen sigorta sektörü ile yapılan anlaşmalarda hekim aleyhine hata yapılmamasına dikkat edilmelidir. Sigorta sisteminin ekonomik kazanç beklentileri ile malpraktis iddialarının artmasına yol açtığı bildirilmektedir (2,78,103-106). Malpraktis kanunları-sigorta- tazminat dinamiklerini iyi çalıştırabilen bazı Avrupa ülkelerinin başarılarında, bu dinamikleri iyi kullanamayan ABD deneyimlerinin iyi incelenmesi yatmaktadır.

Sigorta dinamiğinin iyi kullanılabilmesinde sigorta tazminat limitlerinin iyi ayarlanması yanı sıra, tıp hukuku alanında çalışan avukatların haksız iddialarının hekim lehine tazmin edilebileceği sistemlerin kurulması gerekmektedir. Bir hekim suçlandığı takdirde ya ceza almakta ya da beraat etmektedir. Beraat hekim için bir kazanım değildir ve beraat öncesi yaşanan süreçte oluşan kayıpları yerine koymamaktadır. Mahkeme kararıyla tıbbi uygulaması onaylanarak kusursuz bulunan hekimin suçlanma ve yargılanma sırasında kaybettiği onursal ve ekonomik değerlerinin iadesi yolunda düzenlemeler yapılmalıdır. Medyanın yargısız infazlarına karşı da caydırıcı ve uygulamada etkili önlemler alınmalıdır. Literatürde (30) de, gereksiz yere dava açan avukatların cezalandırıldığı ve doktorların açacağı karşı davalar ile yasal düzenlemeler çerçevesinde yüksek kazanma şansına sahip oldukları bildirilmektedir. Malpraktisle suçlanan hekimin haklarını standart olarak koruyacak sistemlerin

etkinleştirilmesi hekimlerin tedirginlik seviyesini düşürerek sağlık sisteminin verimini artıracaktır. İyi düzenlenmemiş sigorta dinamiği ve bu dinamikle ilişkili diğer etkenlerin kontrolsüz kullanıma girmesi ile defansif tıbbın çok belirgin bir şekilde artacağını öngörebiliriz.

Ekonomiden hukuka kadar ilgili bilim dallarının kendi alanlarında araştırmalar yapması defansif tıbbın etkilerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Hekime, hastaya, sağlık sistemine ve ekonomiye zararı olan defansif tıbbın iyi tanınması gerekmektedir. Bu amaçla bu ve buna benzer çalışmaların başka illerde, riski yüksek uzmanlık dallarında, birinci basamak hekimlerinde, diş hekimliğinde, yardımcı sağlık personelinde ve halk sağlığı alanında da yapılması gerekmektedir.

Hekimlerin tedirginlik katsayısını düşürmeyip risk algılamasını artırdığımızda; yüksek riskli branşlarda uzman hekim ve acil servislerde çalışacak nitelikli hekim bulamayabileceğimizi, sağlık harcamalarının çok artabileceğini, bugün için çok basit olan tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasında yakın gelecekte sıkıntı çekilebileceğini, çocuklarımızın eklemine içeren kırıklarında bir ortopedist veya riskli doğumlarda kadın doğum uzmanı bulamayabileceğimizi, bulsak bile ABD’de olduğu gibi kilometrelerce uzağa gitmemiz gerekebileceğini aklımızdan çıkarmamamız gerekir.

Çalışmamızı, bir hekimin ölümden döndükten sonra JAMA’ya yazdığı defansif tıbbı anlatan mektubu (107) ile bitirmek istiyoruz;

Defansif Tıp Küçük Görüldü.

Geçen cumartesi akşamı Chicago St James hastanesinde doktorlar Norman R. Brill, Branislav M. Dragisic, Aaron B. Gerber ve Clifford W. Smith cerrahi ekipleriyle birlikte istenmeyen durumlarla savaştılar ve beni peritoneal boşluğa reptüre olarak ameliyattan önce şoka neden olan rüptüre abdominal aort anevrizmasından kurtardılar.

Belirgin kötü bir sonuç olasılığıyla karşılaşınca, ekstra konsultasyon, birkaç daha fazla tetkik isteyerek ve zamanı boşa harcayarak kendilerini yanlış tedavi iddialarına karşı korumaya alabilirlerdi. Bunun yerine, olası teşhisi çabuk bir şekilde yaptılar ve benim lehime mümkün olduğunca hızlı bir şekilde ameliyata hazırlandılar ve yapılması gereken neyse onu yapmaya devam ettiler.

*Özetle, hayatımı bu doktorların bilgi, beceri ve kendilerini işlerine adamalarına borçluyum, ama işin içinde daha önemli bir şey vardı. **Hayatımı, aynı zamanda yasal trendler ve etkiler altında defansif tıp uygulamasının tüm doktorlar tarafından uygulanmaması gerçeğine de borçluyum.***

Dr. John Archer

ÖZET

Dünyada, insan haklarının gelişmesine paralel olarak hasta haklarının da gelişmesi ile hasta hekim arasındaki ilişki de değişmek zorunda kalmıştır. Hasta haklarının gelişmesi tıbbi malpraktis ve tıp hukukunun gelişmesine neden olmuştur. Bu süreçte hekimler de kendilerini korumak için defansif tıp (defensive medicine) uygulamaya başlamışlardır.

Defansif tıp kısaca; “hekimin ceza veya hukuk davalarıyla karşılaşmamak, tazminat ödememek, sigorta poliçe primlerini artırmamak amacıyla aşırı korumacı veya çekingen davranarak, tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması” şeklinde tanımlanabilir.

Çalışmada, Konya İl Merkezindeki tüm hastanelerde hasta hekim ilişkisi yaşayan 762 hekimle anket çalışması yapılarak, hastane hekimlerinin defansif tıbbi belirgin olarak uyguladıkları tespit edildi. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanesi hekimlerinin, cerrahi branş hekimlerinin, acil servislerde çalışan pratisyen hekimlerin, haklarında malpraktis davası açılanların, malpraktis sigorta poliçesi yaptıranların, yeni Türk Ceza Kanunu’nun yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerin ve her an bir malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerin istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarını daha fazla uyguladıkları tespit edildi. Defansif tıp uygulamalarının, hekim için risk oluşturan konulardaki endişeleri ile bağlantısı olduğu belirlendi.

Hekimlerin, ülkemizdeki tıbbi malpraktis dava sayılarının artmakta olduğu gerçeğinin farkında oldukları ama bu farkında olmanın gereklerini tıp hukuku konularına gereken önemi vermeyerek yerine getirmedikleri tespit edildi. Hekimlerin, komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılamadığını düşündükleri ve tıbbi malpraktis sigortası hakkındaki fikirlerin dağınık olduğunu belirlendi.

Hekime, hastaya, sağlık sistemine ve ekonomiye zararı olan defansif tıbbın kendisi tek başına temel bir problem olarak görülmeyebilir ama tıbbi malpraktis temel probleminin iyi yönetilemediğini gösteren çok önemli bir belirticidir. Bu nedenle birçok araştırmacının da belirttiği gibi defansif tıbbın direk kendisinin önlenmesi için yapılacak mevzuat ve hukuki yaptırımlarla ilgili çalışmaların hiçbirisinin problemi çözmeyeceği gibi durumu daha da kötüleştirme olasılığı yüksektir.

Tıbbi malpraktisleri önleme sisteminin işleyebilir ve iyi düzenlenmesi kapsamında yapılacak tüm yasal düzenlemelerin temel kuralı, sağlık çalışanının tedirginliğini ve risk algılamasını “dengede tutabilmek” olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Defansif tıp, tıbbi malpraktis, adli tıp, tıp hukuku

SUMMARY

The relation between the patient and doctor had to be changed as a result of the improvement of patient rights in parallel with the development of human rights in the world. The advancement in the patient rights led to development of the medical malpractice and medical law. Meanwhile, physicians started to practice defensive medicine to defend themselves.

Defensive medicine can shortly be described as the avoidance from high risk practices that may end with malpractice prosecutions because of using unjustifiable medical practices of diagnosis and treatments acting reluctantly or extremely conservative in order not to face with penalty or civil lawsuit, pay compensation and not to increase the insurance premium.

In this study, a survey was applied to 762 physicians of all hospitals in the city centre of Konya who had patient-doctor relations and it was established that the physicians used defensive medicine significantly. It was determined that the physicians at the government hospitals, surgeons, practitioners at emergency services, the doctors who were sued for malpractices, those who had malpractice insurances, those who had concerns about the practices after the new Turkish penal code had been put into effect, and those who thought that they had high risk to encounter with a malpractice trial at any moment applied positive and negative defensive medicine more, which is statistically significant. It has been determined that practicing defensive medicine is related with the concerns of the subjects which risk the physicians.

It has been established that physicians are aware of the fact that the number of malpractice cases have been increasing more and more but they do not fulfill their duty not paying necessary attention to medical law. It has also been determined that physicians think that the complication and malpractice has not been clearly distinguished and they are confused about malpractice insurance.

Defensive medicine which is harmful for the physicians, patients, sanitary system and economy can not be considered itself as a fundamental problem; however, it is an outstanding indicator revealing that basic malpractice problem has not been well administrated. Therefore, as many researchers stated, none of the attempts to change the regulations and legal sanctions to prevent defensive medicine itself directly can not solve the problem and, what is more, may deteriorate the problem.

The basic rule in all legislation and regulations for better application of medical malpractice should be to keep the balance the concerns and risk perception of the health staff.

Keywords: Defensive medicine, medical malpractice, forensic medicine, medical law.



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI
ARŞ. GÖR. DR. YUSUF AYNACI
UZMANLIK TEZİ, ANKET FORMU



HEKİMLERDE DEFANSİF (ÇEKİNİK) TIP UYGULAMALARININ ARAŞTIRILMASI



**LÜTFEN İSİM
YAZMAYINIZ**

**ORTALAMA 5
DAKİKA**

**TEŞEKKÜR
EDERİZ**

1. Kaç yaşındasınız?

.....

2. Kaç yıllık hekimsiniz?

.....

3. Cinsiyetiniz?

1. ERKEK
2. KADIN

4. Hangi sağlık kuruluşunda çalışıyorsunuz?

1. ÖZEL HASTANE
2. DEVLET HASTANESİ
3. ÜNİVERSİTE HASTANESİ

5. Görev unvanınız nedir?

1. PRATİSYEN HEKİM
2. UZMAN HEKİM
3. ÖĞRETİM ÜYESİ

6. Branşınız nedir? (Pratisyen hekimler için çalıştığı alan; acil servis)

.....

7. Tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?

1. KESİNLİKLE EVET
2. EVET
3. KARARSIZIM
4. HAYIR
5. KESİNLİKLE HAYIR

8. Hakkınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı?

1. KESİNLİKLE EVET
2. EVET
3. KARARSIZIM
4. HAYIR
5. KESİNLİKLE HAYIR

9. Tıbbi hatanız olduğu iddiası ile aleyhinize dava açıldığı oldu mu?

1. HİÇ OLMADI
2. BİR DEFA
3. İKİ DEFA
4. ÜÇ DEFA
5. ÜÇTEN FAZLA

10. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

11. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

12. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

13. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

14. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

15. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

16. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, görüntüleme tetkiklerini daha sık kullandığınız oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

17. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

18. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

19. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

20. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

21. Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

22. İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir?

1. SON DERECE YÜKSEK
2. ÇOK YÜKSEK
3. YÜKSEK
4. PEK YÜKSEK DEĞİL
5. HİÇ YÜKSEK DEĞİL

23. Tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptırıyor musunuz?

1. HİÇ YAPTIRMADIM
2. SON BİR YILDIR YAPTIRIYORUM
3. SON İKİ YILDIR YAPTIRIYORUM
4. SON ÜÇ YILDIR YAPTIRIYORUM
5. SON DÖRT YILDIR YAPTIRIYORUM
6. DAHA ÖNCE YAPTIRMIŞTİM, ŞİMDİ SİGORTAM YOK

24. Yeni “Türk Ceza Kanunu”nun 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda tedirginlik hissettiniz mi?

1. KESİNLİKLE EVET
2. EVET
3. KARARSIZIM
4. HAYIR
5. KESİNLİKLE HAYIR

25. Sizce “yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim” şeklinde düzenlenen bir belge hekimi sorumluluktan kurtarır mı?

1. KESİNLİKLE EVET
2. EVET
3. KARARSIZIM
4. HAYIR
5. KESİNLİKLE HAYIR

26. Resmi Gazete’de yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”ni okudunuz mu?

1. HİÇ DUYMADIM
2. DUYDUM, HİÇ OKUMADIM
3. KISMEN OKUDUM
4. TAMAMINI OKUDUM

27. Komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılamadığını düşünüyor musunuz?

1. KESİNLİKLE EVET
2. EVET
3. KARARSIZIM
4. HAYIR
5. KESİNLİKLE HAYIR

28. “Tıbbi Malpraktis Sigortası” yaptırmanız hekimlik uygulamalarınızı daha rahat yapmanızı sağlar mı?

1. KESİNLİKLE EVET
2. EVET
3. KARARSIZIM
4. HAYIR
5. KESİNLİKLE HAYIR

29. Tıbbi hata yapmaktan çekindiğiniz oluyor mu?

1. HER ZAMAN
2. ÇOĞU ZAMAN
3. BAZEN
4. NADİREN
5. HİÇBİR ZAMAN

KAYNAKLAR

1. Çetin G., Tıbbi Malpraktis, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48, 31-42.
2. Yorulmaz C., İstanbul Tabip Odasına Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi, İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü Tıp Bilimleri ABD., Doktora Tezi, İstanbul, 2005.
3. Polat O., Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları, 1.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005.
4. Pakış I., Ölüm Ya Da Ölüm Doğumla Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımında Adli Otopsinin Rolü, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2006.
5. Hancı İ.H., Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu: 3.Baskı, Seçkin yayıncılık, Ankara, 2006.
6. Giray A.Ü., Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi: Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999.
7. Bergen RP., Defensive medicine is good medicine, JAMA, 1974 May 27;228(9):1188-9.
8. Bell & Loop, The Utility and Futility of Radiographic Skull Examination for Trauma, 284 New Eng. J. Med., 236, 237 & 239, 1971.
9. Project, The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine, Duke Law Journal, Vol.1971, No.5.Dec.,1971, pp.939-993.
10. Bergen, How to Avoid Malpractice Claims, 211, J.A.M.A, 2233 (1970).
11. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA. 2005 Jun 1;293(21):2609-17.
12. Hershey N., The defensive practice of medicine: myth or reality. Milbank Mem Fund Q., 1972;50:69-98.
13. Klingman D, Localio AR, Sugarman J, et al. Measuring defensive medicine using clinical scenario surveys. J Health Polit Policy Law. 1996;21:185-217.
14. Defensive medicine, http://en.wikipedia.org/wiki/Defensive_medicine (1 of 2), Erişim Tarihi:18.10.2007.
15. Defensive medicine, The American Heritage® Stedman's Medical Dictionary Copyright © 2002, 2001, 1995 by Houghton Mifflin Company. Published by Houghton Mifflin Company, Erişim Tarihi: 12.11.2007
16. Defensive medicine, <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=33262>, Erişim Tarihi: 27.09.2007

17. Summerton N., Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*. 1995 Jan 7;310(6971):27-9.
18. McQuade JS. The medical malpractice crisis--reflections on the alleged causes and proposed cures: discussion paper. *J R Soc*.
19. Tancredi LR, Barondess JA., The problem of defensive medicine. *Science*. 1978 May 26;200(4344):879-82.
20. Quam L, Dingwall R, Fenn P. Medical malpractice in perspective. I--The American experience. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987 Jun 13;294(6586):1529-32.
21. Summerton N., Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract*. 2000 Jul;50(456):565-6.
22. Nelson LJ 3rd, Morrissey MA, Kilgore ML., Damages caps in medical malpractice cases. *Milbank Q*. 2007 Jun;85(2):259-86
23. Klingman D, Localio AR, Sugarman J, Wagner JL, Polishuk PT, Wolfe L, Corrigan JA., Measuring defensive medicine using clinical scenario surveys. *J Health Polit Policy Law*. 1996 Summer;21(2):185-217.
24. Kapp MB. Defensive medicine. *JAMA*. 1987 Sep 4;258(9):1176.
25. Defensive medicine, Dictionary.com Unabridged (v 1.1) Based on the Random House Unabridged Dictionary, © Random House, Inc., Erişim Tarihi: 2006, 12.11.2007
26. Defensive medicine, Merriam-Webster's Medical Dictionary, © 2002 Merriam-Webster, Inc., Erişim Tarihi: 18.10.2007
27. Coates J. Defensive medicine. *N Z Med J*. 2002 Aug 23;115(1160):U144.
28. The 1970 Professional Liability Survey, Report of the Committee on Professional Liability, Chicago, American Medical Association, June 1970.
29. Volpintesta EJ. Defensive medicine. *Conn Med*. 1993 Jan;57(1):51.
30. Hirsh HL., Defensive medicine--friend or foe? *Legal Medicine*. 1989;145-80.
31. Hersley, N., The Defensive Practice of Medicine: Myth or Reality, 50 *Milbank Mem. Fund Q*. 69 (1972)
32. American Medical Association Special Task Force on Professional Liability and Insurance. Professional liability in the '80s. Vols 1, 2, 3. Chicago: AMA, 1984.
33. Bovbjerg RR, Dubay LC, Kenney GM, Norton SA. Defensive medicine and tort reform: new evidence in an old bottle. *J Health Polit Policy Law*. 1996 Summer;21(2):267-88.
34. Morgan DL, Trail WR, Trompler VA., Liability immunity as a legal defense for recent emergency medical services system litigation. *Prehosp Disaster Med*. 1995 Apr-Jun; 10(2):82-90; discussion 90-1.
35. Panting G., Doctors on the defensive, <http://www.guardian.co.uk/society/2005/apr/01/health.comment>, Erişim Tarihi: 15.11.2007

36. In A Review of the Medical Malpractice Problem in the United States. (Health Insurance Associations of America, Washington, D.C.)
37. Report of the Secretary's Commission on Medical Malpractice (DHEW Publ. No. OS-73 89, Department of Health, Education, and Welfare, Washington, D.C. 1973)
38. N. Hersley, Milbank Mem. Fund Q. 50,96 (January 1972).
39. Odabaşı A.B, Tümer AR. Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulama Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike. STED. 2006;15-4,55-9
40. Güven T., Sağlık Çalışanı Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48,85-6
41. Civaner M., Teknoloji sağlık hizmetlerine bakışımızı nasıl etkiliyor?, Toplum ve Hekim Dergisi, 2005;20(4):279:84
42. Civaner M., Önemli bir etik sorun olarak yaşamın son dönemi, Toplum ve Hekim Dergisi, 2003; 18(2):148-51
43. 2. Sağlık Hukuku Sempozyumu, <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=19191>, Erişim Tarihi: 11.09.2007.
44. Hakeri H., Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007
45. Hershey N. Quoted in McKinlay JB, ed. Politics and law in health care policy. New York: Milbank Memorial Fund, 1973.
46. Rosenblatt RA, Detering B. Changing patterns of obstetric practice in Washington State: the impact of tort reform. Fam Med. 1988;20:101-107.
47. Grumbach K, Vranizan K, Rennie D, Luft HS. Charges for Obstetric Liability Insurance and Discontinuation of Obstetric Practice in New York: Report to the Office of Technology Assessment. Washington, DC: Office of Technology Assessment; 1993.
48. Dirnhofer R, Wyler D., Treatment failure from the viewpoint of forensic medicine Ther Umsch. 1997 May;54(5):272-9
49. Stoll P. Defensive Medicine. Beitr Gerichtl Med. 1982;40:35-40
50. Beatty Y. Good samaritan immunity: out there, but seldom used. Tenn Med. 2003 Sep;96(9):412-4.
51. Rombro RA. The Maryland good samaritan statute--immunity from civil malpractice? Md State Med J. 1974 May;23(5):48-9.
52. Sullivan B. Some thoughts on the constitutionality of good samaritan statutes. Am J Law Med. 1982 Spring;8(1):27-43.
53. Polat O., Adli Tıp, Der Yayınları, İstanbul, 2.Baskı, 2001.
54. Chen XY. Defensive medicine or economically motivated corruption? A confucian reflection on physician care in China today. J Med Philos. 2007 Nov-Dec;32(6):635-48.

55. Csiba L. [Thoughts on "defensive" medicine] *Orv Hetil.* 2007 Mar 25;148(12):531-4.
56. Muntané-Sánchez A, Valencia-Calderón C, Moro-Esteban ML, Calderón-Valdiviezo A. [Defensive cranial computerised tomography scan] *Rev Neurol.* 2007 Feb 1-15;44(3):186.
57. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, Chayama K. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World J Gastroenterol.* 2006 Dec 21;12(47):7671-5.
58. Kessler DP, Summerton N, Graham JR. Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. *Lancet.* 2006 Jul 15;368(9531):240-6.
59. Guerot C. [Medical liability: moving forward] *Presse Med.* 2006 Jun;35(6 Pt 2):1031-4.
60. Tena Tamayo C, Sánchez González JM. [Assertive medicine: a proposal against defensive medicine] *Ginecol Obstet Mex.* 2005 Oct;73(10):553-9.
61. Junod AF. [Defensive medicine practice in the United States. When Switzerland?] *Rev Med Suisse.* 2006 Feb 22;2(54):552.
62. Vimercati A, Greco P, Loizzi V, Loverro G, Selvaggi L. ["Defensive medicine" in the choice of cesarean section] *Acta Biomed Ateneo Parmense.* 2000;71 Suppl 1:717-21.
63. Hammerstein J. [Effects of defensive medicine on costs] *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 2000 Dec;94(10):800-4; discussion 804-5.
64. McCrary SV, Swanson JW. Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law: comparing Denmark and the USA. *Scand J Public Health.* 1999 Mar;27(1):18-21.
65. Lindenthal JJ, Lako CJ, van der Waal MA, Tymstra T, Andela M, Schneider M. Quality and cost of healthcare: a cross-national comparison of American and Dutch attitudes. *Am J Manag Care.* 1999 Feb;5(2):173-81.
66. Havard JD. The medical malpraxis position in the United Kingdom. *Law Med Health Care.* 1986 Sep;14(3-4):175-9.
67. US Congress; Office of Technology Assessment. Defensive Medicine and Medical Malpractice. Washington, DC: US Government Printing Office; 1994. Publication OTA-H-602.
68. Veldhuis M. Defensive behavior of Dutch family physicians: widening the concept. *Fam Med.* 1994;26: 27-29.
69. Coyte PC, Dewees DN, Trebilcock MJ. Medical malpractice. *N Engl J Med.* 1991;324:89-93.
70. Stearley H. Stearley's slant on nursing. Defensive nursing. *Revolution.* 1994 Fall;4(3):43-45.
71. Chiarella M. 'Is there such a thing as defensive nursing practice?'. *Aust Health Rev.* 1992;15(4):382-91.
72. Miller JB. Defensive dentistry. *Your Okla Dent Assoc J.* 1976 Jul;67(1):9-10.

73. Rosen ML. Defense of dental malpractice suits: some practical suggestions. N Y State Dent J. 1983 Apr;49(4):223-4.
74. Pollack BR. Risk management in the dental office. Dent Clin North Am. 1985 Jul;29(3):557-80.
75. Vimercati A, Greco P, Kardashi A, Rossi C, Loizzi V, Scioscia M, Loverro G. Choice of cesarean section and perception of legal pressure. J Perinat Med. 2000;28(2):111-7.
76. Baldwin LM, Hart LG, Lloyd M, Fordyce M, Rosenblatt RA. Defensive medicine and obstetrics. JAMA. 1995 Nov 22-29;274(20):1606-10.
77. Tussing AD, Wojtowycz MA. Malpractice, defensive medicine, and obstetric behavior. Med Care. 1997 Feb;35(2):172-91.
78. Tümer A.R., 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakalarının Komplikasyon ve Malpraktis Yönünden Araştırılması, Ankara Ü. T. F. Adli Tıp ABD. Uzmanlık Tezi, Ankara, 2002.
79. <http://www.hastahaklari.org/kotuyg-sig.htm>, Erişim Tarihi: 05.09.2007.
80. <http://www.onlinesaglik.com/default.asp?syf=haber&id=743>, Erişim Tarihi: 05.09.2007.
81. <http://www.ido.org.tr/default.asp?ID=1450>, Erişim Tarihi: 07.09.2007.
82. <http://www.ido.org.tr/default.asp?ID=195>, Erişim Tarihi: 07.09.2007.
83. <http://www.istabip.org.tr/icerik/etik-kurul-toplanti-tutanaklari/>, Erişim Tarihi: 04.09.2007.
84. www.izmirtabip.org.tr/images/docs/torba.doc, Erişim Tarihi: 07.09.2007.
85. <http://www.medimagazin.com.tr/mm-kurultaya-seflik-damgasi-h-35056.html>, Erişim Tarihi: 01.11.2007.
86. <http://www.medimagazin.com.tr/mm-ya-komplikasyonlar-ne-olacak-h-46802.html>, Erişim Tarihi: 01.11.2007
87. <http://www.medical-tribune.com.tr/files/MT2-04.pdf>, Erişim Tarihi: 07.04.2008.
88. <http://biyoetik.org.tr/haberler/malpraktis.htm>, Erişim Tarihi: 06.09.2007.
89. Baş T., Anket nasıl hazırlanır, uygulanır, değerlendirilir?, Seçkin Yayıncılık, 4.Baskı, Ankara, 2006.
90. Namal A., 2. Sağlık Hukuku Sempozyumu, <http://www.turkhukuk sitesi.com/showthread.php?t=19191>, Erişim Tarihi: 11.09.2007.
91. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Yayınları, Ankara, 1998.
92. Özdemir, M.H., Salaçin, S., Ergöner, A. (2000) Hasta hakları yönetmeliği ve hekim duyarlılığı, J Med Ethics., 8: 32-37.
93. Hasta Hakları Yönetmeliği, www.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 01.02.2008.

94. Gündoğmus ÜN., Hekimlerin Yasal Sorumluluğunun Yüksek Sağlık Şurası Açısından İrdelenmesi, Adli Tıp Bülteni, 1997;2(3) 127-30.
95. Ertan A., Tıbbi Uygulama Hatalarına Bağlı Mortalite Ve Morbiditede Anestezinin Yeri, Adli Tıp Bülteni, 1996;11(3)80-84.
96. Ertan A., Adli Tıp Kurumu'nda Değerlendirilen Olgularda Saptanan Anestezi Hataları ve Önlenilebilirliği, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2007.
97. Gürdeniz M. Türk Ceza Kanunu: Hekimler ve sağlıkortamına ilişkin maddeleri, yorumlar, öneri ve eleştiriler. Hekimce Bakış, Ocak-Haziran 2005, Sayı 62: 36
98. Çelik F., 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile oluşan “Hekimlik Mesleğine Yönelik Kaygılar”. Hekimce Bakış, Ocak- Haziran 2005;62:15.
99. Yaşar Teke H., Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması, Türkiye Klinikleri J Foren Med 2007, 4:61-67
100. ACOG committee opinion, Coping with the Stress of Malpractice Litigation International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2001, 74: 65–66.
101. Gündoğmuş, Ü.N., Ersoy, N., Biçer, Ü. (1998) Yüksek Sağlık Şurası Kararlarının Etik Açısından Değerlendirilmesi, Toplum ve Hekim, 13:8-14.
102. <http://www.biyoeetik.org.tr/haberler/malpraktis.htm>, Erişim Tarihi: 06.09.2007.
103. Teerawattananon, Y., Tangcharoensathien, V., Tantivess, S., Mills, A. (2003) Health sector regulation in Thailand: recent progress and the future agenda. Health Policy, 63(3): 690-704.
104. Kessler, D.P., McClellan, M.B. (2002) How liability law affects medical productivity, Journal of Health Economics, 21:931–955.
105. Michael, H., Cohen, J.D., Eisenberg, D.M. (2002) Potential physician malpractice liability associated with complementary and integrative medical therapies, Ann Intern Med., 136:596-603.
106. Stillman, M.J., (2003) A difference of degrees, JAMA, 290(9): 1135.
107. Archer J., Letter: Defensive medicine disdained, JAMA, 1975 Oct 6;234(1):24.