

T.C.
İZMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇEKİNİK (DEFANSİF) TIP

Dr. Mehmet SELÇUK

Tez Danışmanı
Yar. Doç. Serkan ÇINARLI

İZMİR - 2015

TEZ ONAY SAYFASI

İZMİR ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans Programı 134006016 numaralı öğrencisi Mehmet Selçuk'un hazırladığı "Defansif (Çekinik) Tıp" adlı Yüksek Lisans Tezi ile ilgili savunma sınavı 15/01/2015 günü saat 10.30-12.00 arasında yapılmış, tez sunumu ve sorulan sorulara alınan yanıtlar sonunda adayın BAŞARILI / BAŞARISIZ olduğuna OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Serkan Çınarlı

İzmir Üniversitesi Hukuk Fakültesi

İdari Hukuku Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi

Üye

Prof. Dr. Mehmet Merdan Hekimoğlu

İzmir Üniversitesi Hukuk Fakültesi

İdari Hukuku Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi

Üye

Yrd. Doç. Dr. Hüsnü Turanlı

İzmir Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Ticaret Hukuku Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi

YEMİN METNİ

Yüksek lisans Tezi "Çekinik (Defansif) Tıp" adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

15/01/2015

Mehmet SELÇUK

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi
Çekinik (Defansif) Tıp
Mehmet SELÇUK

İzmir Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Hukuku

Çekinik tıp (Defansif tıp); sağlıkçuların tıbbi uygulama kusurları (malpraktis) nedeniyle yaptırımlardan (idari, cezai, hukuki ve etik yaptırımlardan) korunmak için yaptıkları uygulamalardır. Çekinik tıpta amaç sağlık hizmeti alanın yararı değil, sağlıkçuların çıkarlarını düşünerek davranmalarıdır.

Hekimlerin defansif davranmalarının en büyük nedeni, malpraktis korkusudur. Hekimler genellikle bunun komplikasyon olduğunu ileri sürmektedirler. Hukukçular ise her geçen gün malpraktis ve komplikasyon kavramını daha iyi anlamakta ve bunu dava dilekçelerine taşımaktadırlar. Hekimler malpraktis ve bunun sonucu karşılaşabilecekleri hukuki yaptırımlarından kaçınmak için artarak defansif tıp uygularken hukukçular da defansif tıbbi öğrenmektedirler.

Hekimlerin en büyük çıkmazı yağmurdan kaçarken doluya tutulmalarıdır. Hekimler, kasti olmayan davranışları sonucu oluşan malpraktis nedeniyle suçlandıklarında taksir sebebiyle suçlanmaktadır. Oysa defansif tıp bilinçli yapılan bir uygulama olduğundan, hekimler taksir değil kast sebebiyle suçlanacak ve daha ağır yaptırımlarla karşılaşabileceklerdir. Benzer şekilde medyada yakın zamanda oluşan dünyanın en büyük maden kazalarından biri olan Soma maden kazasında, şüpheliler ihmallerinden dolayı taksir yerine kasten ölüme sebebiyet vermekten yargılanacakları yazılmıştır.

Çalışmamızda yer alan anket soruları 220 hekime uygulanmıştır. Çalışmamızın evreni İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan

hekimlerden oluşmaktadır. Hekimlerin daha önce yapılan çalışmalara benzer bir tutum izledikleri idari ve hukuki (cezai ve tazminat) yaptırımlardan korktukları tespit edilmiştir. Bizim çalışmamız ve başka çalışmalar neticesinde hekimlerin yaygın olarak defansif davrandıkları saptanmıştır. Hekimlerin yeterince defansif tıp bilgileri olmamasına karşın son zamanlarda artan malpraktis korkuları bulunmaktadır. Hekimler hem pozitif defansif tıp, hem negatif defansif tıp uygulamaları gerçekleştirdikleri halde bir bölümünün defansif tıp kavramını duymadıkları, hatta defansif tıbbın içeriğini bilmedikleri anlaşılmaktadır. Hekimlerinin bir bölümü bu uygulamaların işin doğası gereği yapılması gerektiğini düşünmektedir.

Bu çalışmanın yazımı aşamasında çalışmanın yapıldığı hastanede iç hastalıkları asistanlarının, nöbetlerde, kardiyojinin ayrı bir uzmanlık dalı olduğunu bu nedenle kardiyojin hastalarına bakmaya yetkilerinin olmadığını baktıklarında oluşacak herhangi bir olumsuz durumda yetkisizlikten dolayı malpraktis yapmış sayılacaklarını düşündükleri, kısaca defansif tutum içine girdikleri gözlenmiştir.

Çalışmada defansif tıp kavramı açıklandıktan sonra, defansif uygulamaların hasta ve hekim üzerindeki sonuçları tartışılmış ve son olarak yapılan anket ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hukuku, Defansif Tıp, Hasta, Komplikasyon, Malpraktis.

ABSTRACT

Master's Thesis

Defensive Medicine

Dr. Mehmet Selçuk

İzmir University

Graduate School of Social Sciences

Medical Law

Recessive medicine is something that health professionals implement in order to protect themselves from sanctions (administrative, criminal, legal and ethical) because of the medical practice negligences (malpractice). The aim of the recessive medicine is not the benefits of health care receivers but the interests of healthcare providers.

The biggest reason for defensive behaviour of the physicians is the fear of malpractice. Physicians generally claim these was complications. As for lawyers, they better understand the malpractice and complication concepts day by day and carry these to their petitions. As the doctors increasingly use defensive medicine practices to avoid malpractice and legal sanctions as a consequence of malpractice, the lawyers keep on learning the defensive medicine.

The biggest conundrum of the physicians is that to jump out of the frying pan into the fire. When doctors was blamed for malpractice which occurred because of their unintentional behaviours, they are accused of negligent offense. Whereas, because the defensive medicine practices are intentional behaviours, they will not accused of negligent offense but of intentional crime and will possibly be imposed more severe sanctions. As an example, in Soma mining accident which one of the biggest accidents of the world in recent times, it appeared in media that the suspects will be judged from intentional murder instead of manslaughter because of their negligences.

The questions of our study was asked to 220 physicians. Study population is consisted of physicians working in İzmir Bozyaka Training and Research Hospital. We have confirmed that the physicians have followed similar

behaviours as described in previous studies, and they were afraid of administrative and legal sanctions (nonjudicial penalty and compensation). In the result of our study and the others, it was determined that physicians had behaved defensive commonly. Although physicians do not have enough defensive medicine knowledge, they have a malpractise fear which increased in the recent times. Although the physicians have used both positive and negative defensive medicine practices, it was understood that some of them did not hear about the devensive medicine notion, even they did not know the content of it. Some of the physicians think that such defensive practices should be done as a matter of course.

During the edition stage of this study, we have observed that internal medicine residents thought that the cardiology was a distinct medical specialty, so they are not authorized to give care to cardiology patients, if they did, this will be considered as malpractice in the cese of any negative event; in short, they adopted a defensive attitude.

In the study, after the explanation of defensive medicine, the consequences of defensive practices on patients and physicians was discussed and finally the survey and it's results was evaluated.

Key words: Health Law, Defensive Medicine, Patient, Complication, Malpractice.

ÇEKİNİK (DEFANSİF) TIP

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
KISALTMALAR	xi
TABLolar LİSTESİ	xii
EKLER LİSTESİ	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM TANIMLAR VE KAVRAMLAR

1.TANIMLAR	3
1. 1. Sağlık Kavramı	3
1. 2. Komplikasyon (Yan Etki) Tanımı	3
1. 3. Malpraktis (Tıbbi Uygulama Kusuru) Tanımı	4
1. 4. Defansif Tıp Tanımı	7
1. 4. 1. Pozitif Defansif Tıp	9
1. 4. 2. Negatif Defansif Tıp	13
2. SAĞLIKÇILAR ARASI DEFANSİF TIP UYGULAMALARI	15
3. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ DİNAMİKLERİ	16
3. 1. Yargılanma Korkusu	16
3. 2. Basın Yayın Kuruluşlarının Etkisi	18
3. 3. Maddi Çıkar Dürtüsü	19
3. 4. Sağlık Düzeni ve Sağlık Politikalarının Etkisi	21
3. 5. İletişim Bozukluğu	22
3. 6. Ünlenme ve Kusursuz Olma Dürtüsü	23

3. 7. Performans Düzeni	24
3. 8. Dönüşümlü Çalışılan Bölümlerde Bir Sonraki Hekime Karşı Açık Verme Korkusu	25
3. 9. Konsültan Hekimin Defansif Tutuma Engel Olma Amacı	25
4. DEFANSİF TIBBIN UYGULANDIĞI ALANLAR VE YÖNTEMLER	26
5. DEFANSİF TIBBIN YAYGINLIĞI	27
6. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ ÖLÇÜLEBİLİRLİĞİ	29

İKİNCİ BÖLÜM

DEFANSİF TIBBIN HUKUKİ BOYUTU VE DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ SONUÇLARI

1. POZİTİF DEFANSİF TIBBIN HUKUKİ BOYUTU	32
1. 1. Hastayla İlgili Bilgilerin Kaydının Özenle Tutulması	32
1. 2. Hasta ve Yasal Temsilciye Gerekli Bilgilendirmenin Yapılması	34
1. 3. Hastanın Bilgilerinin Korunması	35
1. 4. Onam (Aydınlatılmış Rıza)	38
1. 5. Gereksiz İnvaziv Tıbbi İşlem Yapmak	40
1. 6. Gereksiz Hasta Yatırmak	42
1. 7. Gereksiz Konsültasyon İsteme	43
1. 8. Gereksiz İlaç Yazma	44
1. 9. Görüntüleme Yöntemlerini Gereksiz Kullanma	45
1. 10. Gereksiz Tetkik İsteme	45
2. NEGATİF DEFANSİF TIBBIN HUKUKİ BOYUTU	46
3. DEFANSİF TIBBIN TAZMİNAT AÇISINDAN HUKUKİ BOYUTU	47
3. 1. Bağımsız Çalışan Hekim İle Hastalar Arasındaki İlişki	48
3. 2. Özel Hastane ile Hasta Arasındaki İlişki	49
3. 2. 1. Tam Hastaneye Kabul Sözleşmesi	49
3. 2. 2. Bölünmüş Hastaneye Kabul Sözleşmesi	49
3. 3. Kamu Hastanesi ile Hasta Arasındaki İlişki	50
4. DEFANSİF TIBBIN MALİYETİ	51
5. DEFANSİF TIBBIN HEKİMLERE VE HASTALARA ETKİLERİ	53

6. DEFANSİF TIBBİ ÖNLEME ÇALIŞMALARI	54
6. 1. Haksız Fiil Reformları (Tort Reform):	54
6. 2. Yargı Dışı Çözüm Yolları	57
6. 3. Yargısal Çözüm Yolları	58
6. 4. Kanıta Dayalı Çözümler	58

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ANKET ÇALIŞMASI

1. MATERYAL VE YÖNTEM	60
2. BULGULAR	63
3. YORUM	79
4. TARTIŞMA	82
SONUÇ	91
KAYNAKÇA	93
EKLER	

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BT	Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ,WHO	Dünya Sağlık Örgütü
DTB, WMA	Dünya Tabipler Birliği (The World Medical Association)
GAO	Hükümet Sorumluluk Ofisi (The Government Accountability Office)
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
MPS	Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi
MR	Manyetik Rezonans
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TCK	Türk Ceza Kanunu
TBK	Türk Borç Kanunu
TTB	Türk Tabipler Birliği
JCAHO	Sağlık Yardım Örgütleri Eşgüdüm Birleşik Komitesi (The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations)
USG	Ultrasonografi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Komplikasyon ve Malpraktis Ayrımı	6
Tablo 2 : Değişik Anket Sonuçları	29
Tablo 3 : Hekim Cinsiyeti	64
Tablo 4 : Hekim Yaş Ortalaması	64
Tablo 5 : Erkek Hekimlerin Yaş Ortalaması	64
Tablo 6 : Kadın Hekimlerin Yaş Ortalaması	64
Tablo 7 : Hekimlerin Konumu	65
Tablo 8 : Branşlar	65
Tablo 9 : Hekimlerin Yaş Aralığı	65
Tablo 10 : Hasta Hekim İlişkisi İçerisinde Geçen Süre	66
Tablo 11 : Defansif Tıp ile İlgili Bilgi ve İlgili Soruların Çözümü	66
Tablo 12 : Pozitif Defansif Tıp ile İlgili Görüş ve Tutum Sorularının Çözümü	67
Tablo 13 : Negatif Defansif Tıp ile İlgili Görüş ve Tutum Sorularının Çözümü	69
Tablo 14 : Defansif Tıp, Malpraktis ve Hukuk ile İlgili Şu Anki ve Olası Beklenti Sorularının Çözümü	70
Tablo 15 : Defansif Tıp Sorularının Toplu Çözümü	72
Tablo 16 : Tutum Düzeyi	72
Tablo 17 : Çapraz Tablo 1	73
Tablo 18 : Çapraz Tablo 2	75
Tablo 19 : Hekimlerin Branşları	77
Tablo 20 : Dahili Branş Hekimleri	77
Tablo 21 : Dahili Branş Hekimlerinin Tutum Puanı	77
Tablo 22 : Cerrahi Branş Hekimleri	78
Tablo 23 : Cerrahi Branş Hekimlerinin Tutum Puanı	78
Tablo 24 : Tutum Değişimi	78

EKLER LİSTESİ

EK 1: Anket Etik Kurul Onay Kararı	ek s. 1
EK 2: Anket Soruları	ek s. 3
EK 3: Donanımlı Dalış İçin, Dalıcı Sağlık Muayenesi Tetkik Rıza Belgesi	ek s. 5
EK 4: Rekombinant İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Kullanımı İçin Hasta Onamı	ek s. 8

GİRİŞ

Defansif tıp; sağlıkçıların tıbbi uygulama kusurları (malpraktis) nedeniyle yaptırımlardan (idari, cezai, hukuki ve etik) korunmak için yaptıkları uygulamalardır. Defansif tıpta amaç, sağlık hizmeti alanın yararı değil, sağlıkçıların kendilerini düşünerek davranmasıdır. Defansif tıp, sağlık hizmetinin koruyucu hizmetler, tanı koyma, tedavi etme, bilgilendirme ve belgelendirme gibi her aşamasında olabilir.

Batıda defansif tıp uygulamaları Türkiye'den çok önce gündeme gelip; nedenleri, sonuçları, yararları, zararları ve çözüm yolları incelenmiştir. İnceleme sonunda üretilen çözüm yolları istenen sonucu vermemiştir. Defansif tıp yoğun olarak üzerinde durulan, çözüm yolları araştırılan sorun olarak güncelliğini korumaktadır.

Ülkemizde ise defansif tıp, son yıllarda gündeme gelen bir konudur. Hekimlerin çoğu defansif tıbbi şöyle böyle duymuş, içeriğini de bilir bilmez durumdadır. Oysa hekimlerin büyük çoğunluğu defansif tıbbi bilerek veya bilmeyerek yapmaktadır. Hukuki sonuçlarını bilmedikleri için defansif tıp uygulayarak kendilerini korumayı çalışırken kendilerini güç duruma düşürmektedirler. Malpraktisten korunmaya çalışırken malpraktis yapar konuma gelmektedirler.

Ülkemizde; "hasta ölürse Allah'tan iyileşirse hekimden" anlayışı yerine "ölürse hekimden iyileşirse Allah'tan" anlayışı yerleşmesi, hekimlere defansif tıba iten nedenlerin başında gelir. Başka deyişle paternalist hekim yerine hastanın özerkliğine saygı duyan hekim anlayışı gelmiştir.

Hekimler, defansif tıp uygulama yollarını geliştirirken bir yandan Batı örnek alınarak mevzuat hızla gelişmektedir. Hukukçular da defansif tıbbi, özellikle bunun ana nedeni olan malpraktis ile komplikasyon kavramlarını kavrayıp, bunu hukuksal alanda kullanmayı öğrenmektedirler.

Bu çalışmanın amacı; İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi hekimlerine yapılan anket sonuçlarını değerlendirerek, ülkemizdeki defansif tıbbin ne durumda olduğunu, bundan kaynaklanan olumlu ve olumsuz sonuçların neler olduğunu, olumsuz sonuçları engellemek için neler yapılabileceğini ve defansif

tıbbın hukuki, idari, etik sonuçlarının neler olduğunu inceleyerek sorunların çözüm yollarını tartışmaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TANIMLAR VE KAVRAMLAR

1. TANIMLAR

1. 1. Sağlık Kavramı

Sağlık sağlıklı olmak; iyi olmak, sayrı olmamaktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ / WHO) tanımına göre; sağlık, "*Yalnızca hasta ya da sakat olmamak değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal bakımdan iyi olma halidir.*"¹

1. 2. Komplikasyon (Yan Etki) Tanımı

" *Komplikasyon; tıp bilimi ve mesleğinin verilerine uygun davranılmasına ve ortaya çıkmaması için gereken önlemler alınmasına karşın, tıbben benzer girişimlerde meydana gelme olasılığı kabul edilen risklerdir.*"² "Hekim, tıbbi girişim bilim ve meslek kurallarına uygun ve özenle yerine getirdiği takdirde, ortaya çıkan komplikasyondan dolayı sorumlu tutulamaz."³ "Komplikasyon dolayısıyla hekimin sorumlu olmadığı kabul edilebilmesi için, öngörülebilir bir komplikasyonun meydana gelmemesi ve gelmesi durumunda da olumsuz neticeyi önlemek amacıyla gereken tedbirlerin alınmasında bir kusurun bulunmaması gerekir."⁴

Sağlık uygulamalarının doğasında risk bulunmaktadır. Bunun sonucu oluşan bütün olumsuzluklardan dolayı hekim suçlanamaz, sorumlu tutulamaz. Hekim ancak bilgi, beceri eksikliği ve donanım eksikliği olmasına karşın girişimde bulunması, zamanında girişimde bulunmaması, yapılmaması gereken bir girişimi yapması gibi durumlarda ortaya çıkacak zararlardan sorumludur. Hekim, hukuka ve tıbbi kurallara uygun olarak yaptığı bir girişimin sonucunda iyileşme garantisi veremez. Ancak

¹ Ünal Er, **Sağlık Hukuku**, Savaş Yayınevi, Ankara, 2008, s. 1.

² Hasan Tahsin Gökcan, **Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk**, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013, s. 62.

³ Gökcan, s. 62.

⁴ Gökcan, ss. 62-63.

hekimin gerekli girişimi yapma ve gereken özeni gösterme yükümlülüğü bulunmaktadır.

1. 3. Malpraktis (Tıbbi Uygulama Kusuru) Tanımı

Malpraktis, Dünya Tabipler Birliği (DTB) [The World Medical Association (WMA)] 1992 yılındaki 44. genel kurulunda; "doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır" şeklinde tanımlanmıştır.⁵ Türk Tabipler Birliği (TTB), 2010 tarihli Tıbbi Uygulama Hataları Bildirgesi'nde malpraktisi, "tıbbi uygulamadaki bilgi, beceri eksikliği ya da ihmal nedeniyle hizmet sunulan kişinin sağlığına zarar gelmesi" şeklinde tanımlamıştır.⁶

[The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)], malpraktisi "Çoğunlukla halka sağlık hizmeti verilen merkezlerde bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması" şeklinde tanımlamıştır.⁷ Mala ve praxis sözcüklerinin birleşiminden oluşan malpraktis, genel anlamıyla bir mesleği profesyonel olarak yapan kişinin, o mesleği yaparken dikkat ve özen eksikliğinden kaynaklanan zarar oluşmasına denir.⁸

Bize göre; sağlık hizmeti sunucusu kuruluş ya da hekimin bilgi, beceri, donanım eksikliği ve sistem eksikliği olmasına rağmen, yapılan girişimden yada bu sayılanlarda bir eksiklik olmamasına rağmen yapılması gerekli bir girişimin yapılmamasına bağlı olarak hastanın zarar görmesi malpraktistir. Her meslek üyesinin sorumluluğu vardır, sağlık mesleği üyesi insan üzerinde çalıştığı için sorumluluğu daha çoktur, en küçük ihmal hukuki sorumluluk oluşturabilir.⁹

⁵ Türk Tabipler Birliği (TTB), Dünya Tabipler Birliği'nin Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Duyurusu (Malpraktice), **Füsun Sayek TTB Raporları / Kitapları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**, 2. Baskı, TTB Yayınları, Ankara, 2009, s. 48.

⁶ TTB, **TTB Malpraktis Bildirgesi, TTB Etik Bildirgeleri**, 1. Baskı, TTB Yayınları, Ankara, 2010, s. 22.

⁷ Gül Ertem, Esra Oksel, Ayşe Akbıyık, Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme, **Dirim Tıp Gazetesi**, Yıl: 84, Sayı: 1, 2009, s. 3.

⁸ Gürsel Çetin, **Tıbbi Malpraktis, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum No: 48**, İstanbul, Şubat 2006, ss. 31-42.

⁹ Halide Savaş, **Tıbbi Müdahale Hataları**, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013, s. 67.

Hekim, yasaların, yönetmeliklerin kısacası hukukun yasakladığı girişimleri tıp kurallarına uygun yapsa ve üstelik sonuç başarılı olsa bile bu malpraktisttir. Hukuka aykırı tıbbi girişim sırasında bir zarar olursa hekimin bunun komplikasyon olduğunu kanıtlaması onu sorumluluktan kurtarmaz.

Hastaya uygulanacak tıbbi işlemler için hastanın onamı (rızası) gereklidir. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24. maddesine göre; tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hastanın rızası olmadan yapılan işlemler suç oluşturur.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin ve vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilcisinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır.

Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahalede ile ilgili olarak önceden açıklamış istekleri göz önüne alınır.

Yeterliliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak duru kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonrası bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.

Kimi durumlarda hastanın onamı olması da yeterli değildir. Rıza alınmış olmasına rağmen bazı durumlarda bu rıza hukuka aykırı olabilir. Bu durumda rıza

alınmadan tıbbi girişim yapılmış sayılır ve bu uygulama hastanın sağlığı için gerekli olsa dahi hekimin uygulaması hukuka aykırı sayılır. Geçersiz rızaya örnek olarak aydınlatma yapılmadan alınan rıza,, belli süreyi aşmış (10 hafta) gebeliğin tıbbi zaruret olmaksızın sonlandırılması için verilen rıza¹⁰ verilebilir.

Komplikasyon ve malpraktis arasındaki ayrım aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 1: Komplikasyon ve Malpraktis Ayrımı

Tıbbi kuralara uygun girişim	Yan etki öngörülüyor	Olumsuzluk çıkıyor gerekli girişimde bulunuluyor	Sonuç kötü	Komplikasyon
Tıbbi kuralara uygun girişim	Yan etki öngörülüyor	Önlem alınıyor	Sonuç kötü	Komplikasyon
Tıbbi kurallara uygun girişim	Yan etki öngörülüyor	Önlem alınmıyor	Sonuç kötü	Malpraktis
Tıbbi kurallara uygun olmayan girişim	Yan etki öngörülüyor ya da öngörülüyor	Önlem alınmıyor ya da alınmıyor	Sonuç kötü	Malpraktis
Hukuka aykırı girişim	Yan etki öngörülüyor ya da öngörülüyor	Önlem alınmıyor ya da alınmıyor	Sonuç kötü Yada iyi	Malpraktis
Onamsız girişim	Yan etki öngörülüyor ya da öngörülüyor	Önlem alınmıyor ya da alınmıyor	Sonuç kötü	Malpraktis

Bu tablo Savaş'ın Tıbbi Hata-Komplikasyon Ayrımı tablosundan uyarlanarak hazırlanmıştır.¹¹

¹⁰ Mithat Kara, Abdullah Hızal, Sevinç Arslan Hızal, **Aydınlatılmış Onam**, İzmir Tabip Odası Yayını, İzmir, 2009, ss. 40-41.

¹¹ Savaş, s. 283.

Malpraktis, aydınlatma alanında ise aydınlatma kusuru, tedavi alanında ise uygulama kusuru (tedavi kusuru) ve organizasyon alanında ise organizasyon kusuru olarak adlandırılır. Bunların tümüne malpraktis adı verilir.¹²

Öğretide malpraktisi azaltmak üzere:

- . Hastalarla iyi iletişim kurmak, ne yapıldığını neden yapıldığını açıklamak
- . Takip ve kontroller için düzgün bir sistem kurmak
- . Risk konusunda açık olmak
- . Ortalama bir hizmet ve uygulama standardı belirlemek
- . Yalnız klinik öykü ve muayene ile ilişkili tetkikler yapmak
- . Güç olguları meslektaşlarla tartışmak ve birlikte değerlendirmek
- . Açık düzgün ve ayrıntılı belgelendirme yapmak
- . İstenen tetkikin gerekliliğini ve hastaya katkısını değerlendirmek
- . Öğrenilmesi gerekenleri öğrenmek
- . Kursa gitmek¹³ önerilmektedir.

1. 4. Defansif Tıp Tanımı

Hekimler dava edilme olasılığından korunmak amacıyla gerekli gereksiz çok sayıda tetkik, uygulamalar ve konsültasyon isterler yada yüksek riskli hastalardan kaçınırlar.¹⁴ Defansif tıp; "Tanı ya da tedaviye ilişkin kaynakların öncelikle hasta için değil olası malpraktis davalarından korunmak amacıyla kullanılması." şeklinde de tanımlanmaktadır.¹⁵ Defansif tıp çoğunlukla, hekimin tanı ve sağaltımdan çok hasta tarafından açılacak davadan korunmak amacıyla tanısal tetkikler, tedaviler ve yöntemler uygulaması olarak tanımlanabilir.¹⁶

¹² Hakan Hakeri, **Tıp Hukuku**, 5. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2012, s. 515.

¹³ Sara Williams, On The Defensive, **United Kingdom Casebook**, Cilt: 19, Sayı: 1, 2011, ss. 8-11. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)

¹⁴ **Definition of Defensive Medicine**, <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=33262>. (Erişim Tarihi: 31/7/2014)

¹⁵ **Definition of Defensive Medicine From Wikipedia**, <http://en.wikipedia.org/wiki/Defensive-medicine>. (Erişim Tarihi: 31/7/2014)

¹⁶ Laura D. Hermer, Howard Brady, Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform, **J Gen Intern Med**, Cilt: 25, Sayı: 5, 2010, ss. 470-473. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

Sağlık düzeni ile ilgili hoşnutsuzluklar, malpraktis dava artışlarını ve bunun doğal yansıması olarak tazminat miktarlarındaki artışı getirmiştir.¹⁷ Durmadan artan çok yüksek tazminat ödemeleri, haklarını daha çok arayan hastalar, sağlık hukukunda uzmanlaşan avukatlar, çok büyük idari yükler, sigorta şirketlerince sigorta yapılmama olasılığını arttırmış, hekimlerin sakin davranışlarına karşı diğer zorlayıcı etmenler hekimleri malpraktis sorumluluğundan kurtulmak için defansif uygulamalara itmiştir.¹⁸ Hekimler malpraktis olaylarında, sanık olmaktan ve ağız iyi laf yapan, zeki, kurnaz bir avukat tarafından sorgulanmaktan endişe etmektedir.¹⁹

Defansif tıp; hekimlerin sorumluluk altına girmemek için , önerilen tıbbi alışılmış uygulamalardan ve öngördüğü tanılardan kaçınmadır.²⁰ Hukuk ve ekonomide defansif tıp; sosyal olarak olması gereken tutardan çoğunun harcanması olarak tanımlanır.²¹

Basının sorumsuzca yayınları hastaları önyargılı duruma getirmiştir.²² Basındaki ödülü andıran milyon dolarlık davalar, bir çok kişiyi malpraktis nedeniyle dava açmaya yönlendirmektedir.²³ Davalık olma korkusu defansif tıp uygulamalarının en önemli nedenidir.²⁴ Bazı yazarlar, yalnız sağlık çalışanlarının değil, sağlık kuruluşlarının da yöntem olarak bu çeşit davranışlar içine girebileceğini söyleyerek; defansif tıbbi, hekim ya da hastanelerin tıbbi uygulamaları, tıbbi uygulama hatası suçlaması ile karşılaşmamak için kısıtlamaları ya da gereksiz olarak uygulamaları şeklinde tanımlamıştır.²⁵

¹⁷ Gerard Panting, **Doctors on the Defensive**, <http://www.guardian.co.uk/society/2005/apr/01/health.comment>. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

¹⁸ David Michael Studdert, M. M. Mello, W. M. Sage, C. M. DesRoches, J. Peugh, K. Zapert, T. A. Brennan, Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians In a Volatile Malpractice Environment, **JAMA**; Cilt: 293, Sayı: 21, 2005 Jun1, ss .2609-2617. (Erişim Tarihi: 31/7/2014)

¹⁹ H. L. Hirsh, Defensive Medicine--Friend or Foe? **Legal Medicine**, 1989, ss.145-180. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

²⁰ Marjan Veldhuis, Defensive Behavior of Dutch Family Physicans, Widening The Concept, **Fam Med**, Sayı: 26, Cilt: 1, Ocak 1994, ss. 27-29. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

²¹ Michelle M. Mello, Amitabh Chandra, Atul A. Gawande, David M. Studdert, National Costs of The Medical Liability System, **Health Affairs**, Cilt: 29, Sayı: 9, 2010 Eylül, ss. 1569-1577. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

²² P. Stoll, Defensive Medicine, **Beitr Gerichtl Med**, Sayı: 40, 1982, ss. 35-40 (Erişim Tarihi: 11/10/2014)

²³ L. R. Tancredi, J. A. Baroness, The Problem of defensive medicine, **Science**, Cilt: 200, Sayı: 4344, 26 Mayıs 1978, ss. 879-882. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

²⁴ Panting Gerard., **Doctors on the Defensive**, <http://www.guardian.co.uk/society/2005/apr/01/health.comment>. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

²⁵ S. Yahata, A Study of Defensive Medicine in Japan, **Applied Ethics**, Hokkaido Universty Press, Sapporo, 2011, ss 175-186, (Erişim Tarihi: 11/10/2014)

Kısacası defansif tıp uygulamaları; öncelikli olarak davadan korunmak için kanıta dayalı tıp kuralları içinde uygulanan tıbbi işlemlerdir.²⁶

Defansif tıp, genellikle tıbbi uygulama hatası suçlamalarından korunmak için hekimlerin daha çok tıbbi testler yapması, hasta ile ilişki sırasında gereksiz prosedürler izlemesi, vizit yapması ya da tam tersine riskli hastalardan ve riskli tanı ve tedavi yöntemlerinden uzak durmasıdır.²⁷ Hekimin ana görevi, işini tıp etiği ve hukuka uygun yapmasıdır.²⁸ Defansif tıp buna uymamaktadır.

Defansif tıpta amaç; hasta yararı değil hekim yararındır. Hekimin yaptığı tıbbi girişimler sonucu oluşacak olumsuzlukların sorumluluğundan korunmak için başvurduğu yollardır. Hekim, bu yollarla kendini korumayı çalışır, kendini savunmaya çalışır. Kendini savunma amacıyla yaptığı davranışları kanıtlamak olanaksız olabilir. Çünkü bir hekimin defansif tıp amacıyla yaptığını bir başka hekim gerekli olduğunu düşünerek yapabilmektedir.

Defansif tıp iki yolla yapılır:

1. Gerekmeyen işlemleri yaparak.
2. Gerekli işlemleri yapmayarak.

Defansif tıp iki ana dalda incelenir:

1. Pozitif defansif tıp (Güvence Davranışı).
2. Negatif defansif tıp (Kaçıngan Davranış).

1. 4. 1. Pozitif Defansif Tıp

Pozitif defansif tıp, gerekli olan uygulamaları eksiksiz yapma ve gerekme de hekimin kendini savunmada güçlendirmek için uygulamalar yapma uğraşdır. Bunlar çok çeşitli yollarla yerine getirilir.

Pozitif defansif tıp uygulamaları:

1. Hastaneye yatması gerekmeyen hastanın yatırılması.
2. Gerekmeyen tahlillerin yapılması.

²⁶ Parveen Kumar, The Myth of Inexpensive Defensive Medicine, **Health Affairs**, Cilt: 29, Sayı:11, 2010, s. 2126. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

²⁷ U. S. Congress, Health Program Office of Technology Assesment, **Impact of Legal Reforms on Medical Malpractice Costs**, Washington, 1993, s. 13. www.fas.org/ota/reports/9329.pdf (Erişim Tarihi: 06/06/2011)

²⁸ Hakeri, s. 412.

3. Gerekmeyen görüntüleme incelemelerinin yapılması.
4. Gerekmeyen ilaçların yazılması.
5. Gerekmeyen konsültasyonların istenmesi.
6. Sık ziyaret yapma.
7. Gerekmeyen ameliyatların yapılması.
8. Ayrıntılı kayıt tutma.
9. Hasta ve yakınlarının memnuniyetine aşırı özen gösterme.
10. Hasta ve yakınlarını bilgilendirmeye aşırı özen gösterme.
11. Aydınlatılmış onam belgelerine aşırı özen gösterme.
12. Hastayla ilgili olumsuzlukları fazla ayrıntılı olarak tutanağa dökme.

Pozitif defansif tıp hukuk sisteminin kabul ettiği hizmet standartlarınca geçerli görülen, hastaya marjinal yada tıbbi yararı olmadan, yalnızca tıbbi uygulama hataları (malpraktis) davaları ile sonlanabilecek olumsuzluklar için ek uygulamalarda bulunmaktadır.²⁹

Pozitif defansif tıp uygulayan kişinin amacı olumsuzlukları azaltmaktır. Bunun için hastaların medikal haklarını kullanmasına engel olmaya çalışır. Uygulanan hizmetin standart olduğunu belgelerle kanıtlamaya çalışır, bunu gelecekte herhangi bir dava söz konusu olduğunda başlamadan sonlandırmak için yapar. Hekim, tıbben gerekmeyen tetkikler ve konsültasyonlar ister. Hastaların kontrol ve takiplerini artırır. Ayrıca tıbben gerekmeyen ilaçları önerir.³⁰

Hekimlerin bu tip uygulamalar yapmasının nedenlerinden birisi, tanı ve tedavi sırasında hiçbir uygulama eksikliği yapılmadığını, tüm standartların fazlasıyla yapıldığını, sonuçta prosedür konusunda hiçbir eksikliğin olmadığını kanıtlamaktır.³¹ Pozitif defansif tıp uygulamaları malpraktis korkusuna aşırı tepki vermek olarak nitelendirilmiş ve duruma göre hastaya sunulan sağlık hizmeti kalitesi üzerine olumlu ya da olumsuz etki yapacağı belirtilmiştir.³² Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de pozitif defansif tıbbın en büyük teşvik kaynağı hastanın var

²⁹ Studdert ve diğerleri, ss. 2609-2617.

³⁰ Studdert ve diğerleri, ss. 2609-2617.

³¹ Yahata ss. 175-186.

³² Project, The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine, **Duke Law Journal**, Cilt: 1971, Sayı: 5, 1971, ss. 939-993. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

olan sağlık sigortasıdır. Bylelikle hekim de hasta da bakım giderlerini yüklenmemektedir.³³

Hekimler arasında özellikle pozitif defansif tıp uygulamalarının için tanı ve tedavi güvenirliliğini arttırması açısından olumlu olduğu yönünde tartışmalar vardır.³⁴

Hastaya ayrıntılı bilgilendirmenin artışı, müşteri memnuniyeti davranışlarının geliştirilmesi, tanı ve tedavi yöntemlerinin tüm aşamalarda denetlenmesi ve hastalık bilgilerini içerir kayıtların tutulması gibi pozitif defansif tıp uygulamaları kalite artırıcı durum olarak görülmektedir.³⁵

Pozitif defansif tıp için yapılan uygulamalar, sağlık giderlerini aşırı arttırmak yanında kendilerinden kaynaklanan komplikasyon veya beklenmeyen riskler ortaya çıkarabilmektedir.³⁶

Kimi görüşlere göre, görüntüleme tekniklerinin sık kullanılması tanı sırasında bulguların gözden kaçmasını sıfırlayacaktır. Buna yanıt tüm görüntüleme yöntemlerinin zararlı radyoaktif ışın içerdiği ve hastaların sağlığını tehlikeye atacağıdır.³⁷

Pozitif defansif tıp uygulamaları arasında olan ve hastaların zarar görme olasılığı yüksek olan uygulamalar biyopsi ve sezaryen gibi girişimlerdir. Bunlar hem maliyet hem de hastaların sağlığı ve psikolojisi üzerine olumsuz etkiler yapabilmektedir.³⁸ Pozitif defansif tıpta hekim kendini korumak için tıbben gerekmeyen işlemler yapar, gerekli işlemleri abartarak yapar ya da daha önce yeterince göstermediği zen borcu üzerinde daha çok durur. Bunları yaparak olası soruşturmalara önceden hazırlıklı olmaya çalışmaktadır. Hekim bylelikle olası suçlamalara karşı "ben onları gereğince yaptım işte kanıtı" demeye hazır olduğunu düşünmektedir.

³³ Daniel P. Kessler, Evaluating the Medical Malpractice System and Options For Reform, **J. Econ Perspect**, Cilt: 25, Sayı: 2, 2001, ss. 93-110. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

³⁴ Richard P. Bergen, Defensive Medicine Is Good Medicine, **JAMA**, Cilt: 228, Sayı: 9, 1974, ss. 1188-1189. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)

³⁵ N. Summerton, Positive and Negative Factors in Defensive Medicine: A Questionnaire Study of General Practitioners, **BMJ**, Cilt: 310, Sayı: 6971, 1995, ss. 27-9. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

³⁶ Tancredi ve diğerleri, ss. 879-882.

³⁷ Tancredi ve diğerleri, ss. 879-882.

³⁸ Summerton, ss. 27-29.

Tıbbın konusu olan insan nesnel ve ruhsal olarak değişkendir. Malpraktis olayı incelenirken hastanın o anki durumunun belirlenmesi yeterli olmayıp geriye dönük tıbbi kayıtlar üzerinden inceleme yapılması gerekmektedir. Bu yolla yapılanlar, yapılması gerekip yapılmayanlar ya da yapılmaması gerekip de yapılanlar belirlenmektedir.

Bilgiler artık bilgisayar ortamında saklandığından herhangi bir bilgi aynı anda sağlık kurumları içinde ve dışında birden çok yere (poliklinik, acil servis, yatış, tahlil, görüntüleme, hastane eczanesi, özel eczane, SGK, özel sigorta kurumları, banka gibi özel kurumlar, ölüm bildirim sistemi) işlendiğinden bunları değiştirmek olanaksız olmaktadır. Bunu bilen hekim, kayıtları düzgün ve zamanında tutmaktadır. Birçok işlemi yapmadan kayıt olanağı yoktur.

Onam (aydınlatılmış rıza) belgesi en önemli belgelerden biridir. Mayıs 2014 tarihli hasta hakları yönetmeliğindeki değişiklikle onam belgesinin önemi göz önüne konmuştur.³⁹ Bu belge eskiden yalnız ameliyatlardan önce "Ameliyatı kabul ediyorum, ad, soyad ve imza" biçiminde hasta dosyasındaki bir kağıdın arkasındaki kısacık bir nottan ibaretken, genel vekaletnameleri andırır onam belgelerine, oradan da son zamanlarda kişiye özel özgün onam belgelerine dönüşmüştür. Onam belgeleri geliştikçe defansif tıbbın özellikleri daha çok ve rahatlıkla görülebilmektedir.

Ek-1'de ayrıntılı ve defansif tıp özellikleri taşıyan bir onam belgesi yer almaktadır. Bu onam belgesi, kamu hastanesinde "balık adam olabilir" sağlık raporlarında kullanılan bir belgedir. Hekim, kendini güvence altına almak için ayrıntılı bir onam hazırlamış ve pozitif defansif tıp uygulamasını onam belgesinde uygulamıştır ama defansif tıbbın içeriğini bilmediği için bu onamda kendini zora sokacak ve hukuken geçersiz olan beyana yer vermiştir. Beyan şöyledir.

'Bu formda bahsi geçen, gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının ve meslek hastalıklarının bilincindeyim. Kararımdan dolayı oluşabilecek riskleri kabul ediyorum, muayenemi yapan kurum ve kişilere bu nedenle her hangi bir suçlamada bulunmayacağıma taahhüt ediyorum'.

Hekim yukarıdaki yazıyı hastaya imzalatırmakta ve bu yazı ile kendini koruduğunu düşünmektedir. Bu hekim şikayete bağlı olmayan bir konuda alacağı taahhüdün kendini korumayacağını gözden kaçırmıştır. Hekimin "Yüksek

³⁹ T.C. Resmi Gazete, 18/11/2014, Sayı: 25674.

çözünürlüklü akciğer tomografisi tetkikini kendi hür irademle yaptırmak istemiyorum. Direkt uzun kemik ve eklem grafilerini (röntgen) çekirmek veya manyetik rezonans (MR) ile kemik ve eklem görüntülenmesini kendi hür irademle yaptırmak istemiyorum." yazısını imzalatarak sorumluluktan kurtulduğunu sanması da yanlıştır. Hekim, gerek gördüğü bir tetkik eksik olmasına karşın tıbbi muayeneyi tam sayarak rapor veremez. Balık adam zarar görürse hekim tıbbın gereklerini yerine getirmediği için malpraktis ile suçlanabilir.

1. 4. 2. Negatif Defansif Tıp

Negatif defansif tıp; yapılması gereken uygulamalardan kaçınma yoluyla gerçekleşir.

Negatif defansif tıp uygulamaları:

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

Defansif uygulamalar hekimlerin yasal risklerden korunmak için yaptıkları uygulamalardır. Bunlar arasında; yüksek riskli prosedürleri ve durumları reddetme, invaziv prosedürlerden kaçınma ve yüksek riskli hastaları ameliyat yapmaktan kaçınma gibi davranışlar yer alır.⁴⁰ Hekimler dava edilmektense defansif tıp uygulamayı yeğlemektedirler.⁴¹ Malpraktis sebebiyle dava olasılığı yüksek tedavi uygulamalarından kaçınmak için hekimlerin uyguladıkları negatif defansif tıp

⁴⁰ Studdert ve diğerleri, ss. 2609-2617.

⁴¹ Kessler, ss. 93-110.

uygulamalarının nicelikleri kadar tedavilerin niteliklerine etkisi de önemli sorun oluşturmaktadır.⁴²

Negatif defansif tıbbın sağlık giderlerine etkisi azdır ama yararlı tanı ve sağaltım uygulamalarının yapılmaması hastanın sağlığına olumsuz etki yapabilir.⁴³

Büyük kentlerde uzman hekimler negatif defansif tıp uyguladıklarında, kent halkı alternatif sağlık hizmetlerine ulaşmada güç durumda kalmaktadır.⁴⁴ Çünkü büyük kentlerde bulunan üst düzey sağlık kuruluşlarının defansif davrandığında hasta eş değer bir kuruluş bulmakta zorlanmaktadır.

Riskli vakalardan korunmak için yapılan sevkler sevk sırasında komplikasyon olasılığı doğursa da bir üst birime yollandığından sağlık hizmetinin kalitesini artıracak için olumlu davranış olarak görülmektedir.⁴⁵ Her hekimin görevi, etik olarak elindeki olanaklar ölçüsünde hastasının tedavisini yapmaktır. Hekim elinde imkanlar var iken riskli hastaları başka sağlık kuruluşlarına sevk etmesiyle tıbbi etik dışına çıkmaktadır.

Hastanın sevk nedeniyle uğrayacağı zararların sonucunda hekim yasal yaptırımlarla karşılaşabilecektir. Bazı sağlık kuruluşları ile hekimler ticari nedenlerle bu tür davranışları alışkanlık haline getirerek daha az zaman ve maliyet gözetmektedirler.⁴⁶

Negatif defansif tıp uygulamalarından en çok etkilenen hastalar, en fazla malpraktis suçlamasıyla karşılaşan uzmanlık dallarının hastalarıdır. Yapılan çalışmalarda Birleşik Devletlerde özellikle kadın doğum uzmanlarının doğum yaptırmaktan kaçındıkları, pek çok travma kliniğine kafa travmalı hastaların alınmadığı bazen bu bölümlerin kapatıldığı, bazı sağlık kuruluşlarında çocuk hastalıkları hizmetinin azaldığı belirtilmiştir.⁴⁷

Bir hekim ya da sağlık kuruluşu olanakları o hasta için yeterli değilse sevk etme işlemi tıbbın gereğidir, doğru bir davranıştır, etikdir. Ama bir hekim ve sağlık kuruluşu olanakları yeterliyken, risklerden kaçınmak için hastayı başka yere sevk

⁴² Project, The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine, **Duke Law Journal**, Cilt:1971, Sayı: 5, 1971, ss. 939-993. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

⁴³ Tancredi, ss. 879-882.

⁴⁴ Studdert ve diğerleri, ss. 2609-2617.

⁴⁵ Bergen, ss. 1188-1189.

⁴⁶ M. C. T. Morrison, Negative Medicine, **Journal of Royal Society Of Medicine**, Cilt: 87, Sayı: 3, 1994, ss. 127-128. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

⁴⁷ Yahata, ss. 175-186.

etmekle, zaman kaybından ve nakil sırasındaki yetersiz olanaklardan dolayı hastanın zarara uğramasına neden olan negatif defansif tıp davranışları etik değildir ve hukuka aykırıdır.

Riskli tedaviyle hastayla kumar oynamanın yanlışlığı kadar, başka bir yöntem bulunmadığı halde bundan uzak durmakta aynı sonuca çıkacaktır.⁴⁸

Bizce de riskli olgulardan kaçınmak için yapılan sevkler ülkemizdeki sevk zincirinin yerleşmesine yardımcı olma açısından olumludur. Böylelikle yönetimin uygulamada güçlük çektiği sevk zinciri amacı dışında kullanılsa da varlığı hatırlanmaktadır.

2. SAĞLIKÇILAR ARASI DEFANSİF TIP UYGULAMALARI

Defansif uygulamalar (savunmacı davranışlar) yaşamın her alanında kişiler arası özel ilişkilerden her türlü iş yaşamına dek görülür. Her iş kolunda, kuruluş ve hizmet üretenler ile hizmet alanlar (müşteriler) arasında görülebildiği gibi çalışanlar arasında ve kuruluşlar ile çalışanlar arası da defansif uygulamalar görülmektedir. Sağlık alanında kuruluş ve çalışanlar arası defansif uygulamalar ile çalışanlar arası defansif uygulamaların ayrı bir özelliği vardır. Diğer işkollarındaki kurum içi defansif davranışlar kurum içi sorun olarak kalmaktadır. Sağlıkta kurum içi gibi görünen davranışlar sonuçta bir biçimde hastalara dönmektedir. Hatta doğrudan hastalara yapılmaktadır.

Kurum içi defansif tıp uygulamaları, pozitif defansif uygulaması olarak konsültasyon istemede, negatif defansif uygulaması olarak sevklerde görülür. Konsültasyonun gerekli olduğu için değil defansif tıp amacıyla istenmesinin amacı; sorumluluğu başka hekime yüklemek yada bölüşmektir. Konsültasyon istenen hekim de sorumluluğu üstlenmemek için konsültasyonu yerine getirirken kaçamak davranmaktadır. Bunu, hastalığın kendi branşını ilgilendirmediğini kanıtlamaya çalışarak, konsültasyonu başka branşlara yönlendirerek ya da konsültasyon isteyen hekimi bıktırarak tetkikler isteyerek yapar. Konsültan hekim, bunu genelde hastanelerde olanaksızlık nedeniyle gecikerek yapılabilen çeşitli tahlil, bilgisayarlı

⁴⁸ Morrison, ss. 127-128.

tomografi, MR, MPS ve anjiyografi gibi tetkikleri önerme yoluyla yapmaktadır. Bu istekleri yerine getiren hekimler de defansif uygulama olarak, yollanan materyalin yetersiz olduğunu, BT, MRG ve USG tetkiklerde hastanın uyumsuzluğu, hastada gaz olması gibi nedenlerle raporlamanın sağlıklı biçimde yapılamadığını öne sürerek yuvarlayarak yanıtlamaktadır. Negatif defansif uygulama olarak yapılan sağlık kuruluşları içi ve aynı hastane içi sevklerde komplike hastalardan korunmak için yatakları sorunsuz hastalarla dolu tutma ya da dolu gösterme yollarına gidilmektedir. Kısacası hekimlerin hastalar ile hukuki sorumluluktan korunmak için kendi aralarında yaptıkları uygulamalar sonuçta hasta üzerinden yapılmaktadır. Hekimler, hukuki sorumluluktan kurtulmak için doğrudan defansif uygulama yaptıkları gibi birbirlerine sorumluluk atmaya çalışırken hastaya dönüp tekrar defansif uygulama yapmaktadırlar.

3. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ DİNAMİKLERİ

Defansif tıp uygulamalarına kaynak olan nedenler:

1. Yargılanma korkusu.
2. Basın yayın kurumlarının etkisi.
3. Maddi çıkar dürtüsü.
4. Sağlık düzeni ve sağlık politikalarının etkisi.
5. Bozuk iletişim.
6. Ünlenme ve kusursuz olma dürtüsü.
7. Performans düzeni.
8. Dönüşümlü çalışılan bölümlerde bir sonraki hekime karşı açık verme korkusu.
9. Konsültan hekimin defansif tutuma engel olma amacı.

3. 1. Yargılanma Korkusu

Türkiye'de de Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere İngiltere, İspanya, Japonya, Finlandiya gibi ülkelerde olduğu tıbbi sorumluluk davaları

artmaktadır.⁴⁹ Ancak hekimler bu konuda paranoid düşüncede olmamalıdır. Tıbbi yargılamalar düşünüldüğü kadar çok değildir. Hekimler bir tetkiki yapmayı gerekli görmedikçe bu gerekçe onları savunmak için yeterlidir. En iyi korunma yolu hekimin klinik tercihini bilimsel olarak açıklayabilmesidir. Bunun için tıbbi kayıtların düzenli ve ayrıntılı tutulması önemlidir.⁵⁰

Günümüzde artık hemen hemen tüm hastalara potansiyel davacı olarak yaklaşılmakta ve sağlık kaynakları acımasızca kullanılmaktadır.⁵¹ Hekimler son yıllara dek hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerine alışkın değilken, son yıllarda şikayetlerle sık karşılaşmaya başlamışlardır. Koşullu tepki kuralı gereği, kendileri ya da diğer hekimler hakkında yapılan şikayetlerden dolayı hasta ve hasta yakınlarından korkar olmuşlardır. Hasta ve yakınları potansiyel şikayetçi olarak görülmekte, hekim tedirgin olmaktadır. Yakın zamana dek hastaların hekimlerle ilgili sağlık kurumları içinde yaptıkları yakınmalar sonuçsuz kalmakta, hekim de kendini güvende hissetmekteydi. Bunda toplumda yazılı şikayet yerine sözlü şikayet alışkanlığının bulunmasının da katkısı çok olmaktadır. Oysa artık telefonla yapılan şikayetler dahi işleme konulmakta hekimlerin soruşturulmasına neden olmaktadır. Her şikayet için hekim yazılı savunma vermek durumunda kalmakta, kendini aklamakla yükümlü tutulmaktadır.

Bazı hastalıklar tedaviye rağmen iyileşmeyip kötüleşebilir. Sağlık riskli bir alandır. Hekimin görevi, güncel tıp standartlarına uygun tıbbi uygulamada bulunmaktır. Tıp bilimine uygun tıbbi tedaviye rağmen hasta sağlığına kavuşmazsa hekim sorumlu değildir. Tıp kurallarına ve hukuka uygun davrandığı sürece ortaya çıkan durumlar komplikasyondur. Tıp ve hukuk kurallarına aykırı davranış halinde oluşan malpraktisten hekim sorumludur.

Dünya Tabipler Birliği'nin "Tıpta Yanlış Uygulama" konulu duyurusunda, 1992 yılında davaların artma nedeni olarak "tıp bilgisinin artması, tıbbi teknolojinin ilerlemesi, hekimleri geçmişte yapamadıkları bazı işlemleri yapmaya itmektedir, bu

⁴⁹ Oğuz Polat, **Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları**, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005, ss. 267-275.

⁵⁰ Cal Woodward, Defensive Medicine Starts at the Top in the United States, **CMJA**, Cilt: 182, Sayı: 8, 18 Mayıs 2010, ss. 109-323. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)

⁵¹ Elad Asher, Sari Greenberg-Dotan, Jonathan Halevyi, Shimon Glick, Haim Reuveni, Defensive Medicine in Israel-A Nationwide Survey, **PLOS ONE**, Cilt: 7, Sayı: 8, e42613 2012, <http://www.plosone.org/rticle/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0042613>. (Erişim Tarihi: 30.07.2013)

ilerlemeler, çoğunlukla ağır riskleri de içerir" denmiştir.⁵² Hastalıkların doğasında yalnız iyileşme değil, tedavinin doğasında iyileşmeme olasılığı da bulunur. Bu nedenle tıbbi uygulamalar yüksek riskli davranışlar olarak kabul edilir.⁵³

Hekimler dava açılma riskini azaltmak için her geçen gün daha çok defansif tıp uygularken, istemeyerek malpraktis riskini artırmaktadır.⁵⁴

Yıllar içinde tıbbi tedavi seçeneklerinde hızla artış ve gelişme olmasına karşın sağlıkta yüksek risk aynı ölçüde sürmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarını kaygılandırmaktadır. Bu kaygının davranışsal yansıması olarak tüm dünyada tartışılmaya başlanan defansif tıp uygulamaları kavramı gelişmektedir.⁵⁵

3. 2. Basın Yayın Kuruluşlarının Etkisi

Basın yayının kuruluşlarının sağlık üzerindeki etkisini tartışmadan önce toplumda hekimin nasıl algılandığını tartışmak yararlı olacaktır. Hekim yasa, yönetmelik, etik ve tıp kurallarıyla bağlı bir kişidir. Hekim, bilgisi ile hukukun izin verdiği ölçüde tanı ve tedavi ile yükümlü kişidir. Sağlık kurumunun donanımından, işleyiş düzeninden sorumlu değildir. Sağlık kurumunun yeri, fiziki yapısı, çalışan sayısı, hastalara ileri zamana randevu verilmesi (muayene, tahlil, görüntüleme, yatış), hatta SGK'ya bağlı hastaların kullanacakları ilaç ve tıbbi malzemelerin niteliği ve niceliği vs. konusunda karar verme yetkisi olmayan kişidir. Yaygın olarak hastalar, hekimin bunları düzeltebileceğini düşünürler. Sıkça hastalar ve yakınları, hekimleri sorumlu ve yetkili olmadıkları halde, sağlık kurumlarında araç gereç eksikliği, yatak bulunamaması, çeşitli ilaçların yazılamaması, ameliyatlarda protez markasının tercih edilememesinin sorumlusu olarak görmektedir.

Medyada reyting amacıyla yada bilemediğimiz başka nedenlerle sıkça sıradan tıbbi vakalar bile "skandal var" başlığı ile büyük yer ve zaman ayrılmaktadır.

⁵² Türk Tabipler Birliği (TTB), Dünya Tabipler Birliği'nin Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Duyurusu (Malpractice), **Fusun Sayek TTB Raporları / Kitapları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**, 2. baskı, TTB Yayınları, Ankara, 2009, s. 48.

⁵³ R. Dirnhofer, D. Wyler, Treatment Failure From the Viewpoint of Forensic Medicine, **Ther Umsch**, Cilt: 54, Sayı: 5, 1997, ss. 272-279. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

⁵⁴ Williams, ss. 8 -11.

⁵⁵ Dirnhofer ve diğerleri, ss. 272 - 279

Basın yayın kuruluşlarının, hastaların şikayetlerindeki artışa etkisi tüm dünyada tartışılmaktadır. Sağlık toplum için önemli bir durum olduğundan basın yayın kuruluşlarında sağlık haberleri sıkça yer almaktadır. Özellikle ABD ve benzer ülkelerde basın yayın kuruluşlarının hekimlerin tutumları üzerine baskıcı etkisi artmaktadır.

Ülkemizde hekimlere karşı olumsuz tutum izleyen medya, en küçük vakaya açıkça tıbbi hata olup olmadığı belli olmadan dahi "sağlık skandalı" olarak günlerce yer vermektedir.⁵⁶ Medya bunu yaparken reyting sağlamak için hekime yüklenmektedir. Hükümet ve özel sağlık kuruluşlarının oluşturdukları sisteminin hiç kusuru yokmuşçasına hekimler aleyhine yazılar yazılmakta ve sağlık üzerinde baskı kurulmaktadır.

Halk da medyanın yanlış yönlendirmesi ile sistemi hiç sorgulamadan olumsuzluklardan hekimler sorumluymuş gibi hukuki ve fiziki saldırılarını sık sık ortaya koymaktadır.

Casebook dergisinin yaptığı bir ankete göre, MBS üyesi sağlık çalışanlarının %70'i medya eleştirilerinin defansif tıp uygulamalarında önemli bir etken olduğunu belirtmiştir. Singapur ve Hong Kong gibi ülkelerde medyanın tıp uygulamaları için eleştirileri çok daha acımasızdır. Tıp mesleği, çeşitli özel uygulamalar içermesine karşın yoğun eleştiriler, tıp mesleğinin özel niteliklerine zarar vermektedir.⁵⁷

3. 3. Maddi Çıkar Dürtüsü

2012 yılında Amerikan Adalet Birliği'nin "Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Gerçekler" adı ile yayınladığı bildiride, defansif davranışın kaynağı olarak marplaktis davalarından korunmak olduğu belirtilmiştir. Hükümet Sorumluluk Ofisi [The Government Accountability Office (GAO)]'e göre doktorlar, defansif tıbbi kazançlı olduğu için uygulamaktadır. Doktorlar bu durumu gelir arttırıcı olarak görmekte, bu nedenle ek tetkikler ve işlemleri sık ölçüde istemektedir. Florida'da sağlık otoriteleri, tanısız görüntüleme merkezleri ve klinik laboratuvarlarında, hekimlerin ek gelir için ek tetkikler istediklerini saptamışlardır. ABD'de federal

⁵⁶ Fahri Ovalı. "Hasta Güvenliği Yaklaşımları", **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Sayı: 1, 2010, ss. 33-43.

⁵⁷ Williams, ss. 8-11.

kanunlar ile aynı tetkikin sık aralıklarla istenmesi engellenmiştir.⁵⁸ Amerika Hastaneler Birliği hastaların hekimle bağlantılı merkezlere yönlendirilmesinin yasaklanmasını istemektedir. Hekimler getirisi yüksek olan hastaları kendi hastanelerine ya da görüntüleme merkezlerine yönlendirmektedir. Karmaşık hastaları da devlet hastanelerine yönlendirerek giderlerini artırmakta ve devlet hastanelerini güçsüzleştirmektedir. Ülkemizde de bu tür uygulamalara tanık olmak mümkündür. Hatta performans sistemi uygulanmaya başlandığından beri bu durum resmi sağlık kurumlarında da görülebilmektedir.

Ülkemizde de muayenehaneciliğin yaygın olduğu dönemde hekimler tarafından devlet hastanelerine gelen hastalara negatif defansif tıp uygulanarak özel muayenehanelere ya da mesai saati sonrası çalıştıkları özel kurumlara yönlendirme yapılmaktaydı. Muayenehaneye gelen hastanın tekrar devlet hastanesine gelişiinde hastayı memnun etmek için bu kez pozitif defansif tıp uygulanmaktaydı. Bu hastaya birçok konuda öncelik sağlanıp, bolca tetkik istenip, güler yüzle davranılmaktaydı. Muayenehaneciliğin ortadan kalkması ve hastalarının sözlü ya da yazılı hatta telefonla bildirdikleri şikayetlerinin işleme konmaya başlaması üzerine hekimler bu kez zarar görmemek için yine pozitif defansif tıp uygulamaları yapar olmuşlardır.

Bu durumda daha çok pozitif defansif tıp uygulanmakta negatif defansif tıp daha az yapılmaktadır. Eskiden hastayı muayenehaneye getirmek için yapılan yoğun negatif defansif tıp malpraktis soruşturmalarının artması üzerine oldukça azalmıştır. Hekimler gerekli ilaçları yazmama, gerekli tetkikleri istememe, yatacak hastayı yatırmama, ameliyatı geciktirme durumlarında olası bir malpraktis davasında kendilerine savunmada güçlük çekme korkusuyla bunları bırakmışlardır. Artık hastayı başka yere yönlendirmek gibi kendi açılardan zararsız olduğunu düşündükleri negatif defansif tıp yöntemlerini uygulamaktadırlar.

Muayenehanecilik döneminde para kazanmak için uygulanan negatif defansif tıp yerine muayenehanecilik sonrası malpraktis nedeniyle para kaybetmemek için pozitif defansif tıp yapılır olmuştur.

⁵⁸ The American Association for Justice, The Truth About "Defensive Medicine, **Washington DC**, 2012. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

3. 4. Sağlık Düzeni ve Sağlık Politikalarının Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bireylerin biyo-psiko-sosyal iyilik durumu içinde olmasında, yaşadıkları ülkenin sağlık düzeni ve sağlık politikalarını ana sorumlu görmektedir.

Anayasamızda çeşitli maddelerde sağlık düzeninden ve bireylerin sağlığından sorumlu olarak devlet gösterilmektedir. Anayasanın 56. maddesi açıkça göstermektedir ki sağlıktan öncelikle devlet sorumludur.

Anayasa madde 56:

"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek ,çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devletin, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak;insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

Bu madde ile birlikte Anayasanın 58, 59 ve 61. maddeleri göstermektedir ki sağlıktaki düzeni ve denetimi sağlamak hekimin değil devletin yükümlülüğüdür.

Anayasa madde 58: Fıkra 2.

"Devlet gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır."

Anayasa madde 59: Fıkra 1.

"Devlet her yaştaki Türk vatandaşlarının beden ve ruh sağlığını geliştirecek tedbirleri alır,sporun kitlelere yayılmasını teşvik eder."

Anayasa madde 61:

Devlet harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleriyle , malül ve gazileri korur ve toplumda kendilerine yaraşır bir hayat seviyesi sağlar.

Devlet, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirler alır.

Yaşlılar,Devletçe korunur, Yaşlılara Devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir.

Devlet, korunmaya muhtaç çocukların topluma kazandırılması için her türlü tedbiri alır.

Bu amaçla gerekli teşkilat ve tesisleri kurar veya kurdurur."

Ama en küçük bir sorunda bile hekimlerin suçlanmasında idarenin hekimleri savunmada zayıf kaldığı görülmektedir. İşin ilginç iktidar ve muhalefetin bu

davranış da uyum içinde olmasıdır. Halk da anayasadan habersiz hekimlere yüklenmektedir.

3. 5. İletişim Bozukluğu

Ayhan Uludağ'ın yaptığı bir çalışma göstermektedir ki; iletişim kökenli çatışmalar hasta ile sağlık çalışanının karşılaşmasında en önemli sorun durumuna gelmiştir. Hatta "hasta ve sağlık personelinin sağlık nedeniyle bir araya gelmeleri sonucunda yaşanan memnuniyetsizliklerin sadece % 17,9'unun tıbbi kaynaklı olması, şikayetlerinin en büyük nedeninin % 40,4 oranında iletişim kaynaklı sorunlar olması düşündürücüdür" denilmektedir⁵⁹.

Brown; tıbbın riskli bir uğraş alanı olduğunu bu nedenle hekimlerin hastalara iyi sonucu garanti edemeyeceğini, ama hasta ile yeterli iletişimde bulunduğu, hasta ve yakınlarına yeterli bilgilendirme yapıp ve yapılan uygulamalar düzgün biçimde belgelendirildiğinde, şikayet ve dava olasılığının azalacağı belirtmektedir⁶⁰.

Bize göre; hekimlerin meslekleri gereği insanlarla en iyi iletişimi kurabilecek donanımda kişiler olması ve yine meslekleri gereği insanlarla en iyi iletişimi kurması gereken insanlar olması gerekirken, en kötü iletişimin olduğu bir alanın baş oyuncularını arasında bulunmaktadır. Ülkemizde 1970'li yıllara dek kentler bir yana kasabalarda bile sağıol yerine "mersi" sözcüğünün çokça kullanıldığı, tıp fakültelerinde kulak kiri, uyluk kemiğı, böbrek, alyuvar, akyuvar sözcüklerini kullanan öğrencilere öğretim görevlisinin "halk ağzıyla konuşma, bilimsel konuş" diye uyardığı bir dönemden geldiğimiz unutulmamalıdır. Böyle yetişen öğrenciler de hekim olunca hastayla onun anlayacağı dille değil anlaşılmaz bir dille yani bilimsel bir dille konuşmuşlardı. Hekimlerin hastayla konuşmaları çoğı kez "karanlıkta göz kırpmannın" ötesine geçmemiştir. İletişim biliminde bugün yanlış olarak görülmektedir.

Sağılık kurumlarının az, hekimlerin çok az olduğu ve muayenehaneler için yeterince hastanın bulunduğu ve ben "hasta için en iyisini düşünürüm" (babacıl

⁵⁹ Ayhan Uludağ, Hastane Hasta Hakları Kurallarının İletişim Sorunu İçerikli Başvuru Bakışı: Konya Hastaneler Örneğı, **Türkiye Klinikleri J Med.** Cilt: 31, Sayı: 3, 2011, ss. 653-663. (Erişim Tarihi: 9/10/2014)

⁶⁰ Williams, ss. 8-11.

hekim) düşüncesinin bulunduğu bir dönemde iletişim kurmaya gereksinme duyulmazdı.

Kanaatimizce bugün iletişimin yetersiz oluşunun en önemli nedeni sağlık kurumlarında sistem gereği hastalara yeterli süre ayıramamasıdır. Zamanımızda iletişim bozukluğunun en büyük nedeni sağlık sisteminin kendisidir. Hekimler bu sağlık sisteminde zorunlu olarak bulunmaktadır.

3. 6. Ünlenme ve Kusursuz Olma Dürtüsü

Her insanda olduğu gibi hekimlerde de ünlü olma dürtüsü bulunmaktadır. Buna karşılık hastalarda da hekimden kusursuz uygulama beklentisi vardır.

Bir hekim çokça tetkik ve tahlil yaptığında seyrek görülen bir bozukluğu saptayabilir. Örneğin erken dönem malignite belirleyebilir. Bu durum hekimin adının toplumda ünlenmesine ve iyi bir hekim olarak bilinmesine neden olabilir.⁶¹ Bu nedenle hekimler ender görülen bir hastalığı ya da klinik belirti vermemiş bir durumu saptamak için olanaklar ölçüsünde gereğinden fazla inceleme yaparak pozitif defansif tıp yapar duruma gelmektedirler.

Hekimlerdeki ünlenme dürtüsünün hastalardaki karşılığı kusursuz uygulama beklentisidir. Psikolog Prof. James Reason, tıp mesleğinin uygulanmasında en büyük çıkmazın hastaların mükemmel tıbbi uygulama beklentisi olduğunu ve bu beklenti doğrultusunda hekimlerin mesleğin adına kara çalma korkusuyla defansif tıp uyguladıklarını belirtmiştir.⁶²

Kanaatimizce zamanımızda ünlü olma dürtüsünden çok, küçük düşme korkusu defansif tıpta daha çok etkilidir. Bir hekimin incelemede eksiklik yaptığı ya da bolca inceleme yapmadığı için tanı koyamadığı bir hastalığı başka bir hekim pozitif defansif tıp uygulayarak tespit ederse küçük düşme korkusu hekimi pozitif defansif tıba itmektir.

⁶¹ Williams, ss. 8-11.

⁶² Williams, ss. 8-11.

3. 7. Performans Düzeni

Hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının sağlıkta performans sistemi gereği geçimlerini temin etmek adına tıbbi endikasyon dışı yada zorlama endikasyonlu işlem yapmaya yöneltmeleri; iyi hekimlik değerleri, hasta hakları ve hekim sorumluluğu ile bağdaşmamaktadır.⁶³

Bir tıbbi uygulamanın hukuki olması için 5 koşul vardır. Bunlar şunlardır.

- . Uygulamayı yapan hekim (yetkili sağlıkçı) olmalıdır.
- . Hukuken yasaklanmış olmamalı.
- . Hastanın aydınlatılmış onamı (rızası) olmalı.
- . Uygulamayı gerektiren tıbbi endikasyon olmalı.
- . Tıbbi kurallara uygun olmalı.

Hekimlerin görevi yalnızca hastanın hastalığının tedavisi için gerekli uygulamaları yapmaktır. Yukarda sözü geçen kurallara göre aşağıdaki son dört koşul çiğnenmektedir. Çünkü defansif uygulamaların büyük çoğunluğu tıbbi gereklilik dışı yapılmaktadır. Hekim bu nedenle cezai, hukuki (tazminat), etik ve memur ise idari açıdan sorumlu duruma düşmektedir. Ancak bugün için defansif tıbbin kanıtlanması olanaksız görüldüğü için hekimler yaptırımlara uğramamaktadır.

Eskiden resmi kurumda çalışan hekimlerin gelirini maaş ve muayenehane kazancı oluşturmakta idi. Günümüzde hekim, 209 sayılı kanunla maaş artı performans ödentisi ile çalıştırılmaya başlandı.⁶⁴ Kamu kesimlerinde çalışan hekimlerin muayenehaneleri kapandıktan sonra hekimlerin gelirini maaş artı performans geliri oluşturmaya başlamıştır. Hekimlerin resmi kurumda negatif defansif uygulama yaparak muayenehaneye yönlendirdikleri hastayı muayenehane sonrası tekrar hastaneye geliştirmek için pozitif defansif tıp uygulama yapıldığı kanısı vardı. Performans sisteminin başlamasıyla negatif defansif tıp ile pozitif defansif uygulama zamanlamalarında ve biçiminde değişiklik olmuştur. Bu değişimde son zamanlarda artan dava ve şikayet edilmedeki artışın da etkisi vardır. Hekimler malpraktis nedeniyle şikayet edilme olasılığı olan ve getirisi az olan

⁶³ Türk Tabipler Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Etik Çalışma Grubu. **Sağlık Sisteminde Performans Uygulamasının Mesleki Değerleri Etikleri ve Etik Sorunlar Çalıştayı Sonuç Bildirgesi**, 9 Nisan 2011.

⁶⁴ **Resmi Gazete**, 209 Sayılı Kanun, 9/1/1961, Sayı. 10702, Tertip: 4, Cilt: 1, s. 1001.

hastalara negatif defansif tıp uygularken, performans nedeniyle diğer hastalara genelde kendilerini tercih etmesi için pozitif defansif uygulamalara başlamışlardır. SGK paket uygulamasına geçince defansif tıp uygulama biçimi yine değişmiştir. Paket uygulamasında hastanın yattığı bölüme ve hastalığın türüne göre fiyatlandırmada yapılmaktadır. Bazı durumlar paket dışında tutulmaktadır. Bu nedenle paket uygulaması olan yerde negatif defans tıp, paket sınırı olmayan yerde pozitif tıp uygulanmaktadır.

Bir hekim bu gün için kanıtlanamasa bile gerçekte bildiği ceza yasasına, hukuka, etiğe aykırı olan defansif tıbbi uyguladığında herhangi bir adi suçludan farkı kalmayacağını bilinciyle davranmalıdır.

3. 8. Dönüşümlü Çalışılan Bölümlerde Bir Sonraki Hekime Karşı Açık Verme Korkusu

Dönüşümlü çalışılan bölümlerde (yoğun bakım, acil servis vs.) çoğunlukla defansif uygulamalarla karşılaşılır. Bu uygulamalarda bir sonraki hekimin eksik yapıldığını düşündüğü tetkik ve girişimlerden dolayı diğer çalışanların yanında önceki hekimin eleştirisine engel olma amacı güdülür. Bu amaçla yapılan tetkik ve girişimler ötesinde başka sağlık kurumlarına yapılan sevkler de olmaktadır.

3. 9. Konsültan Hekimin Defansif Tutumuna Engel Olma Amacı

Müdavi hekimin konsültan hekimin tetkik vs. istemleri ile defansif uygulamalarda bulunmasına engel olma amacı güder. Bu nedenle hastanın hekimince konsültan hekimin istekleri öngörülerek yapılan uygulamaları içerir. Performans sistemi nedeniyle hastaları belirli süreden fazla hastanelerde tutmalarının getirisi az ama onların yerine yeni yatan hastanın getirisi daha çoktur. Müdavi hekim hastaya karşı olası sorumluluktan kurtulmak amacıyla konsültasyon istediğinde konsültan hekim bu durumu bildiğinden geç çıkacak tetkikleri isteyerek konsültasyonu sonuçlandırmaktan kurtulmaya yada sorumluluğu bölüşmeye çalışmaktadır.

4. DEFANSİF TIBBIN UYGULANDIĞI ALANLAR VE YÖNTEMLER

Genel cerrahi, acil tıp, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, beyin cerrahisi, gastroenteroloji ve radyoloji gibi bir çok branşta yaygın olarak defansif tıp uygulamalarının yapıldığı gösterilmiştir.⁶⁵ Malpraktis davaları açısından yüksek riskli sayılan bu dallar dışında, aile hekimliği, psikiyatri ve diş hekimliği gibi orta ve düşük riskli uzmanlık alanlarında da defansif tıp uygulaması söz konusudur.

Dr. Ben Paxton ve arkadaşlarınca yapılan bir çalışmaya göre⁶⁶ görüntüleme donanımları kendilerinin olduğu zaman hekimlerin radyolojik incelemelerinin yüksek oranda (% 86) negatif (patolojik olmayan) sonuçlar olduğu görülmüştür. Dr. Ben Paxton ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık sisteminin görüntüleme incelemelerine yaptığı ödemenin son 10 yılda önemli ölçüde arttığının belirlenmesi defansif tıbbın yaygılaştığının göstergesidir. İrlanda'da 450 hekim ile yapılan bir çalışmada dava edilme korkusuyla doktorların % 62'sinin çok daha ayrıntılı kayıt tuttuğu, % 61'inin doğru hasta izlemek için daha dikkatli davrandığı saptanmıştır. Yedi ülkede 3000 hekime uygulanan ankette; hekimlerin hangi durumlarda defansif tıp uyguladıkları, hangi şikayetlerden ve davalardan korunmak için bunu yaptıkları sorulduğunda; % 73'ü dava ve şikayetlerden korunmak için, % 77'si eskisine göre daha çok defansif davrandığını, % 78'i tüm tıp uygulamasını etkileyecek biçimde defansif uygulamada bulunduğunu, % 41'i davalardan ve şikayetlerden korunmak için kesin prosedürler yerine geliştirdikleri özel prosedürler oluşturup uyguladıklarını, % 61'i ileri incelemelere başladığını, % 37'si tedavi alışkanlarında değişiklik yaptığını, % 76'sı hasta takiplerinde özenli olduğunu, % 54'ü aşırı konsültasyon istediğini ve % 83'ü daha ayrıntılı kayıtlar tuttuğunu belirtmiştir.

⁶⁵ Toru Hiyama, Masahanu Yoshihara, Shinji Tanaka, Yuji Urabe, Yoshihiko Ikegami, Tatsuma Fukuhara, Kazuaki Chayama, Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Japan, **World J Gastroenterol**, Cilt: 12, Sayı: 47, 2006 Aralık 21, ss. 7671-7675. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

⁶⁶ B. E. Paxton, A Case Study in Lumbar Spine MRI and Physician Self - Referral of İmaging, **RSNA** 2011, Abstract SSK, ss. 08-97. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

5. DEFANSİF TIBBIN YAYGINLIĞI

Defansif tıp uygulamalarının oldukça sık olduğu kanısı bulunmasına karşın yaygınlığı ve özellikleri çok tartışmalıdır.

ABD de yapılan çalışmada defansif tıbbın % 79-93 oranında görüldüğü, bu uygulamaların acil tıp, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı ile diğer yüksek riskli dallarda yaygın olduğu görülmüştür.⁶⁷ Avrupa'da en sık İtalya'da görülen defansif tıp % 80 oranında bulunmaktadır.⁶⁸ Defansif tıp İsrail'de % 60 sıklığında uygulanmaktadır.⁶⁹

Japonya'da yapılan bir anket çalışmasında gastroenteroloji uzmanları arasında % 98 oranında defansif tıp uygulaması saptanmıştır.⁷⁰

Olearly ve arkadaşları 2010 yılında tıp fakültesi 4. sınıf öğrencileri ve 3. yıl asistanları arasında bir anket çalışması yapmışlardır. Yapılan çalışmada asistanların % 96 en az bir pozitif defansif tıp uygulaması, % 43 en az bir negatif defansif tıp uygulaması yaptığı belirlenmiştir.⁷¹ Yapılan çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin % 92 en az bir negatif defansif tıp uygulaması, % 34 en az bir pozitif tıp uygulaması yaptığı belirlenmiştir. Tıp eğitimi gören kişilerin dava korkusuyla klinik uygulamalarında çok sık defansif davranışta buldukları belirlenmiştir.

Son 20 yıldaki sezaryenli doğumdaki belirgin artış defansif tıbbın en önemli göstergesidir.⁷²

Pensilvanya 'da 2005 yılında yapılan bir araştırmada malpraktis suçlamasıyla karşılaşma olasılığı yüksek tıp dallarından 824 hekimle anket yapılmıştır. Katılan hekimlerin % 93'ü meslek hayatları boyunca her hangi bir şekilde defansif tıp uyguladıklarını belirtmişlerdir. Bu hekimlerin % 88'i malpraktis davasıyla karşılaşmış, hekimlerin % 59'u pozitif defansif tıp, % 52'si negatif defansif tıp uygulamıştır. Bu hekimlerin % 51'nin sigorta şirketleri kabul etmediği için

⁶⁷ **Definition of Defensive Medicine From Wikipedia,** <http://en.wikipedia.org/wiki/Defensive-medicine>

⁶⁸ Francesco Traina, Medical Malpractice: The Experience in Italy, **Clin Orthop Relat Res**, Cilt: 467, Sayı: 2, 2009, ss. 434-442. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)

⁶⁹ **Definition of Defensive Medicine From Wikipedia,** <http://en.wikipedia.org/wiki/Defensive-medicine>

⁷⁰ Hiyama ve diğerleri, ss. 7671-7677.

⁷¹ Kevin J O'Leary, Jennifer Choi, Katie Watson, Mark V. Williams, Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine, **Acad Med**, Cilt: 87, Sayı: 2, 2012, ss. 142-148. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

⁷² Williams. ss. 8-11.

sorumluluk sigortasının olmadığı görülmüştür.⁷³ İtalya'da 2008-2009 yılında 307 cerrahla yapılan araştırmada bu hekimlerin % 77,9'unun en az bir kez defansif tıp uyguladıkları görülmüştür.⁷⁴

Anket formları hazırlayarak telefon ve e-posta ile hekimlere ulaşılarak en az bir pozitif ve en az bir negatif defansif tıp uygulamaları sorusuna yanıt veren hekimlerin defansif tıp uyguladığı kabul edilmiştir.⁷⁵

Yurdumuzda defansif tıp uygulamaların yaygınlığı yeterince ölçülmüş değildir. Ancak ülkemizde son yıllarda sezaryen artışı bunun en belirgin örneğidir. Ülkemizde 1993-1998 yılları arasında sezaryen % 14 iken 2013 yılında % 21, 2005 yılında % 40,7, 2011 yılında % 46 ve 2012 yılında ve 2013 yılının ilk üç ayında % 51,1 olarak belirlenmiştir.⁷⁶

Ülkemizde defansif tıp uygulamaları ile ilgili güncel çalışmalar Kolcu ve ark. tarafından tasarlanmış ve çeşitli branşlarda uygulanmıştır. Bu çalışma serisinde dünyada ilk olarak "defansif tıp uygulamaları tutum düzeyi" hesaplanmıştır. Aynı zamanda çalışmacı ekip tarafından oluşturulmuş olan anketin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları da yapılarak "Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeği" oluşturulmuştur. Aşağıdaki anket sonuçlarını gösteren tablo 2 bu kişilerin çalışmalarından alınarak hazırlanmıştır.

⁷³ Studdert ve diğerleri, ss. 2609-2617.

⁷⁴ Maurizio Catino, Why Do Doctors Practise Defensive Medicine, The Side Effects Of Medical Litigation, **Safety Science Monitor** Article 4, Cilt: 15, Sayı: 1, ss. 1-12. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)

⁷⁵ Toru ve diğerleri, ss. 7671-7677.

⁷⁶ T.C.S.B. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2012, s. 80.

Tablo 2: Değişik Anket Sonuçları^{77,78,79,80}

	İzmir Ege Doğum Evi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler İle Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (2013)	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Çalışan Diş Hekimlerinin Defansif Diş Hekimliği Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma (2013)	İzmir Karşıyaka İlçesinde görev yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (2014)
Tutum düzeyi	(n: 62)	(n: 66)	(n: 81)
Çok iyi	% 24,2	% 45.5	% 21.0
İyi	% 50	% 33.3	% 49.3
Orta	% 25,8	% 15.2	% 23.5
Zayıf	% 0	% 6.0	% 6.2

6. DEFANSİF TIP UYGULMALARININ ÖLÇÜLEBİLİRLİĞİ

Defansif tıp uygulamaları bir davranış kalıbı olduğundan ölçülmesi güçtür. Her ülkede hekimlerin davalardan korunma davranışları farklı olabilir⁸¹. Objektif sınırları kesin olmadığından, bir hekim için defansif uygulama olarak düşünülen uygulama bir başka hekime göre iyi hekimlik uygulaması olabilmektedir. Değerlendirmede değişik düzeydeki sağlık birimlerinin koşullarının da değişik

⁷⁷ Giray Kolcu, T. C. S. B. İzmir Ege Doğum Evi Ve Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı Hekimler İle Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, 2013

⁷⁸ Giray Kolcu, Aysel Başer, İnci Kolcu, Mehmet Yıldırım, Kurtuluş Öngel, İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler ile Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi, 7. Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 25-29 Eylül 2013, PS. 135.

⁷⁹ Başer Kolcu, Mukadder İnci, Giray Kolcu, Aysel Başer, Kurtuluş Öngel, Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Çalışan Diş Hekimlerinin Defansif Diş Hekimliği Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma, 6. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Uluslararası Bilimsel Kongresi, İstanbul, 21-23 Kasım 2013, PB. 047.

⁸⁰ Aysel Başer, Giray Kolcu, Yıldırım Çiğirgil, Binnaz Kadıncık, Kurtuluş Öngel, İzmir Karşıyaka İlçesinde görev yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi, 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Antalya, 23-27 Nisan 2014, P. 218

⁸¹ Laura D. Hermer, Howard Brady, Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform, J Gen Intern Med, Cilt: 25, Sayı: 5, 2010, ss. 470-473. (Erişim Tarihi:17/10/2014)

olabileceği unutulmamalıdır.⁸² Hekimlik bir sanat ve ustalık ıraclık işi olarak kabul görür ve hekimlik ustalardan ıracılara aktarılan davranış kalıplarından oluşur. Pozitif defansif uygulamalarının olumsuzluklarını önemseyenler kadar yararları olduğunu düŐünenler de bulunmaktadır. Günümüzde sağlık giderleri karŐılayıcılarının (sigorta kuruluşları, sosyal güvenlik kurumları, devlet) maliyet artışı yaratmadığı durumlarda pozitif defansif tıbbi önemseyip nemsemeyecekleri belirsizdir.

Hastalar çoğunlukla defansif tıp nedeniyle bol tetkik, konsültasyon yapılmasından memnun olmaktadır. Ülkemizde hastalar, "doktor her Őeyimi yaptırdı, MR'ımı bile çektirdi, istediğim ilaçları yazdı daha ne olsun" düŐüncesindedirler.

Bu sözlerin doğruluğunu inansak bile defansif tıbbın objektif olarak kanıtlanması oldukça güçtür. Subjektif olarak bakarsak da defansif tıbbın belirtileri yaygın olarak görülmektedir.

Defansif tıp uygulamalarını belirlemenin en uygun yolunun hekimlerle yapılan anketlerin olacağı yaygın kabul gören görüŐtür.

⁸² Summerton, ss. 27-29.

İKİNCİ BÖLÜM

DEFANSİF TIBBIN HUKUKİ BOYUTU VE

DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ SONUÇLARI

Her toplumda bireylerin uyması gereken toplumsal davranış kuralları vardır. Bunlar dört kümede toplanır; ahlak, görgü, din ve hukuk.⁸³ Her eylem gibi tıp uygulamalarının da toplumun davranış kurallarına uyması gerekir. Defansif tıp uygulamaları tüm bu kurallara uymamaktadır. Ancak çalışmamızda ilk üçünü tartışmayacağız.

Defansif tıbbın hukuki sonuçları defansif tıbbın yapısından kaynaklanır. Defansif tıbbın özü sağlık hizmetinde gerekli işlemin yapılmaması ya da gereksiz işlemin yapılmasıdır. Hekimin görevi hastalıkları tedavi etmek ve amaçla tanıdan başlayarak her aşamada gerekli işlemleri yeterince uygulamaktır. Yeterincenin anlamı, ne çok ne eksik gereği ölçüsünde işlem uygulamaktır.

Pozitif defansif tıp uygulaması içinde bulunan; aydınlatılmış onam alma, hasta ile ilgili belgelerin daha düzenli tutulması, hastanın sırrının saklanması, hukukun yasakladığı tıbbi uygulamalardan uzak durma gibi uygulamalar hasta yararına olduğu için bunların yapılması hukuki sorun oluşturmaz, yapılmaması yani ihmali hukuki sorun oluşturur.

Hekim, sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında anayasa, yasa, hasta hakları yönetmeliği, hekimlik meslek etiği kuralları, evrensel ve yerel ahlak kurallarına uyması gereken kişidir. Ancak Dünya Tabipleri Birliği'nin Uluslararası Hekimlik Etiği'nin bazı kurallarında, hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile çelişmektedir⁸⁴

⁸³ Er, s. 4.

⁸⁴ Dünya Tabipleri Birliği'nin Uluslararası Hekimlik Etiği'nin bazı maddeleri:

- Kendisini, insan onuruna saygı ve merhamet ile tamamen profesyonel ve ahlaki bağımsızlıkla yetkin tıbbi hizmet sunmaya adanır.
- Hastalara ve iş arkadaşlarına dürüst davranır ve etik dışı ya da yetkisiz bir biçimde çalışanları ya da yolsuzluk ve aldatmaya karışanları, gerekli yetkililere bildirir.
- Yerel ve ulusal mesleki ahlak kurallarına uyar.
- Her zaman insan yaşamını saygıyı aklında bulundurur.
- Sağlık hizmeti sunarken hastanın çıkarına en uygun biçimde davranır.
- Hastalarına tam bir bağlılık duygusu ile bağlıdır. Muayene ya da tedavinin kendi kapasitesinin üstünde olduğu durumlarda, gerekli beceriye sahip başka bir doktora danışır ya da hastayı sevk eder.
- Hasta gizliliği kavramına saygı gösterir. Hasta razı olduğunda ya da hasta ya da diğer kişiler için gerçek ve olası bir tehlike bulunuyorsa ve bu tehdit ancak gizliliğin bozulması ile ortadan kaldırılabiliyorsa, özel bilgiyi açıklamak etikdir.

Ülkemizde hukuki sorumluluk; cezai, hukuki (tazminat) ve idari sorumluluk olarak kümelenmektedir.⁸⁵

1. POZİTİF DEFANSİF TIBBIN HUKUKİ BOYUTU

Pozitif defansif tıp uygulaması içinde bulunan; aydınlatılmış onam alma, hasta ile ilgili belgelerin daha düzenli tutulması, hastanın sırrının saklanması, hukukun yasakladığı tıbbi uygulamalardan uzak durma gibi uygulamalar hasta yararına olan ve hukukun istediği davranışlardır. Bunların yapılmasına gösterilen özen pozitif tıbbin iyi yönde olan gelişimindedir. Hasta haklarına uymama, uygulama ve etik kusurlarla ilgili şikayetler, hasta şikayetlerinin çoğunu oluşturur, bunlarında azı yargıya ulaşmaktadır.

Hekimin görevi uygulamalarında, en nitelikli tıbbi bakımı sağlamak ve hastaya en büyük yararı sağlamaktır. Bunun dışındaki amaçlarla yapılan uygulamalar olumsuz davranışlar olarak nitelendirilir.⁸⁶

1. 1. Hastayla İlgili Bilgilerin Kaydının Özenle Tutulması

Hastalarının bilgilerinin özenle tutulması ve bunların gizliliğinin korunması, anayasamızdan başlayarak genel ahlak kuralları çerçevesinde bile uyulması gerekli bir durumdur. Uyulmaması cezai, hukuki, etik ve idari yaptırımlar doğurabilir.

Hasta kayıtlarının düzenli tutulması ve korunması, defansif tıp uygulaması olmasına karşın olumlu sonuç doğurduğundan hem idari hem hukuki açıdan ve sağlık açısından olumlu bir tutumdur. Sağlık Bakanlığı'nın "Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi"nde uygulama kuralları belirlenmiştir. Kayıtların düzenli ve özenli tutulması, hastanın sağlığı ve tedavisi açısından gerekli ve yararlıdır. Hepsinden önemlisi defansif tıp, suçlamalarından korunmak ve kurtulmak için hekimin elindeki en önemli savunma aracıdır.

- Tıbbi olarak gerekli olduğunda, aynı hastanın bakımında görev alan meslektaşlarıyla iletişime geçer. Bu iletişim hastanın mahremiyetine saygı göstermeli ve gerekli bilgiyle sınırlı olmalıdır.

⁸⁵ Kerem Yılmaz, **Defansif Tıp**, Seçkin Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, 2014, s. 60.

⁸⁶ Yılmaz, s. 152.

Kayıtların düzenli tutulması sağlık hizmetleri kalite standardı denetim kurumlarının üzerinde önemle durduğu konudur.⁸⁷

Hastanın kişisel bilgileri yanı sıra yapılan uygulamalarda kullanılan tüm malzemelerin doğru belgelenmesi de gerekmektedir. Ödemelerde de doğru belgelendirme gerekir, ödemeyi kişinin kendinin yapması ya da başka kişi ve kurumların ödeme yapmasının önemi yoktur. Ekteki Yargıtay Hukuk Genel Kurulunun 20. 03. 1996 tarihli yargı kararı buna örnektir.⁸⁸

⁸⁷ **National Patient Safety Goals (The Joint Commission)**,

2011/2012 http://www.jointcommission.org/assets /1/18/2011-2012_npsg_ presentation_ final_8-4-11.pdf. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

⁸⁸ T.C. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu

E. 1996/4-21 K. 1996/191 T.20.03.1996

İlgili mevzuat 818-Borçlar Kanu

Özet: Görevi gereği düzenlemesi gereken raporu kendisi düzenlemeyen, başkası tarafından düzenlenen raporda hastaya takıldığı belirtilen kalp pilleri ile ilgili bilgilerin doğruluğunu araştırmayan davalı, kusurludur ve ödençe ile sorumlu tutulması gerekir.

Dava : Dava haksız eylem nedeniyle tazminat istemine ilişkindir. Davacı kurum tarafından Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesine sevk edilen on bir hastaya anılan hastanede ucuz ve değişik markada kalp pilleri takıldığı halde Doç. Dr. F.Ö.`nün daha pahalı ve değişik markada kalp pili takılmış gibi raporlar düzenleyerek bu raporlara göre davalı I.G. tarafından düzenlenen faturalarla bedellerinin tahsil edilmesi suretiyle kurumun zarara uğratıldığı gerekçesiyle oluşan zararın ödetilmesini istemiştir.

Davalı, yoğun iş temposu içerisinde firma sahibi tarafından düzenlenen raporda yazılı olan pilin ticari adını ve fiyatını bilmesi ve geçen süre içinde raporda yazılı pilin hastaya takılan pil olup olmadığını takip etmek gibi idari formalitelerle uğraşmasına imkan olmadığını, kurum zararına neden olmadığını, kusurun bulunmadığından davanın reddi gerektiğini savunmuştur.

Kurum tarafından sigortalı kalp hastalarına kalp pili takılması konusunda izlenen yöntemlere göre; SSK kalp pili pazarlayan firma ile kalp pili temini için protokol imzalamakta, sigortalıya kalp pili gerektiğinde bu firmadan temin edilmektedir. Operasyon sonrası sigortalıya pili takan hastane Kalp ve Damar Cerrahi Bölümü tabibi rapor düzenlemekte ve düzenlenen bu raporda kullanılan pilin markası, model ve aksesuarı belirtilmektedir. Davalı görevi ve kurum işleyişi gereği düzenlenmesi gereken raporları düzenlemediği gibi, imzalatılmak için getirilen raporlarda belirtilen kalp pillerinin cerrahi müdahale ile takılan pilin marka, model ve aksesuarlarını yansıtmayı yansıtmadığını hasta dosyası ile karşılaştırarak doğruluğunu kontrol etmemiştir. Basit bir karşılaştırma ile farklılığı anlayabilecek durumda olmasına rağmen bu görevini yerine getirmemiş olması nedeniyle davalı kusurludur ve deliller doğrultusunda belirlenecek tazminat ile sorumlu tutulması gerekir.

Mahkemece, yukarıda açıklanan hususlar gözetilmeksizin, hasta dosyalarına kullanılan pil ve malzemeler hakkındaki bilgilerin gerçeğe uygun şekilde yazıldığı, olayda kötü niyet olmadığı, I.G. tarafından düzenlenen bazı raporları iş yoğunluğu nedeniyle imzaladığı gerekçesi ile kusurlu olmadığı kabul edilerek davalı ile ilgili davanın da reddedilmiş olması, bozmayı gerektirir..." gerekçesiyle bozularak dosya yerine geri çevrilmekle yeniden yapılan yargılama sonunda; mahkemece önceki kararda direnilmiştir.

Karar : Hukuk Genel Kurulu'nca incelenerek direnme kararının süresinde temyiz edildiği anlaşıldıktan ve dosyadaki kağıtlar okunduktan sonra gereği görüldü: tarafların karşılıklı iddia ve savunmalarına, dosyadaki tutanak ve kanıtlara, bozma kararında açıklanan gerektirici nedenlere göre, Hukuk Genel Kurulu'nca da benimsenen Özel Daire bozma kararına uyulmak gerekirken, önceki kararda direnilmesi usul ve yasaya aykırıdır. Bu nedenle direnme kararı bozulmalıdır.

Sonuç : Davacı vekilinin temyiz itirazlarının kabulü ile, direnme kararının Özel Daire bozma kararında gösterilen nedenlerden dolayı BOZULMASINA, oybirliği ile karar verildi. **Dinamik mevzuat ve kararlar** www.dinamik hukuk.com.tr. (Erişim Tarihi: 15/9/2014)

1. 2. Hasta ve Yasal Temsilciye Gerekli Bilgilendirmenin Yapılması

Hasta ve yakınlarına gerekli açıklamalarda bulunmak yasal zorunluluk olmakla birlikte hem hastayı rahatlatmakta, hem de açıklama sırasında iyi ilişki kurulması şikayet olasılığını azaltmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği madde 15, madde 19, madde 31'de bilgilendirmenin gereği belirtilmektedir.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 15- Hastaya;

- a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- c) Diğer tam ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- ç) Muhtemel komplikasyonları,
- d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 19- Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.

Hastaya veya yakınların, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi yukarıdaki fıkrada şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır.

Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 31- Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın, uygulanacak tıbbi müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği sair tıbbi işlemleri de kapsar. Ancak, tıbbi işlemlerin uygulanmasında, bu Yönetmelikte ve diğer mevzuatta belirlenen hakların ihlal edilmemesi için azami ihtimam gösterilir.

Hastanın, uygulanacak tıbbi müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği sair tıbbi işlemleri de kapsar. Tıbbi işlemlerin uygulanmasında, bu Yönetmelikte ve diğer mevzuatta belirlenen hakların ihlal edilmemesi için azami ihtimam gösterilmelidir.

Hasta Hakları Yönetmeliği madde 19'a ekteki 28. 12. 2007 tarihli Danıştay kararı iyi bir örnek oluşturur.⁸⁹

⁸⁹ T.C. Danıştay 10. Daire
E. 2005/8407 K. 2007/6526 T. 28.12.2007

1. 3. Hastanın Bilgilerinin Korunması

Hastanın sırrının saklanması Anayasa ile güvence altına alınmıştır. Anayasanın 20. maddesinde bu düzenlenmiştir.

Anayasa Madde 20- Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatın gizliliğine dokunulamaz.

-Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisi ile ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzenlenmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler , ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir.

Kişisel verilerin gizliliği ile ilgili olarak TCK'de çok sayıda düzenleme bulunmaktadır. TCK madde 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139 ve 140 da kişisel veriler ile ilgili düzenlemeler bulunmaktadır. TCK madde 136 ve 137 ise bu konuda hekimleri yakından ilgilendiren bölümlerdir.

Özet : Doğrulama testi yapılmadan, pozitif çıkan HIV testi sonucunun açıklanması nedeniyle uğranılan zararın, hizmet kusuru ilkesi uyarınca idarece tazmin edilmesi gerektiği hakkında.

İstemin Özeti : Davacıları" yakını olan .. 'nun, ... Devlet Hastanesinde yaptırdığı HIV testinin sonucunun pozitif çıktığını öğrenmesinin neden ve etkisiyle 9.1.2004 tarihinde intihar etmek suretiyle yaşamını yitirmesi nedeniyle uğranıldığı ileri sürülen zarar karşılığı 30.000 YTL maddi ve 300.000 YTL manevi tazminatın yasal faizi ile birlikte ödenmesi istemiyle açılan dava sonucunda, Kayseri İdare Mahkemesince; davanın reddi yolunda verilen kararın, temyizden incelenerek bozulması istenilmektedir.

Savunmanın Özeti : Temyiz isteminin reddi gerektiği savunulmaktadır.

Karar : Anayasanın 125. maddesinde, idarenin kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararları ödemekle yükümlü olduğu hükme bağlanmıştır.

İdarenin yürütmekle yükümlü olduğu bir hizmetin kuruluşunda, düzenlenişinde veya işleyişindeki nesnel nitelikli bozukluk, aksaklık veya boşluk olarak tanımlanabilen hizmet kusuru; hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi hallerinde gerçekleşmekte ve idarenin tazmin yükümlülüğünün doğmasına yol açmaktadır.

Sağlık Bakanlığının sağlık kurum ve kuruluşlarına gönderdiği 29.4.1993 tarih ve 05300 sayılı yazının "HIV/AIDS TANISI" başlıklı bölümünün ilk paragrafında, "HIV vücuda girdikten 12 hafta kadar sonra meydana gelen antikorların kan serumunda gösterilmesi ile ön tanı mümkündür. Bugün en fazla kullanılan antikor testi ELİSA yöntemidir. ELİSA testi (+) bulunduğu kesin tanı için Doğrulama Testi "Westem Blot" yapılır. Doğrulama testi yapılmadan pozitif sonucu geçerli olmaz ve hiç kimseye açıklanamaz" kuralına yer verilmiştir.

Zararın, zarara uğrayanın tutum ve davranışından kaynaklanması halinde, idarenin tazmin sorumluluğu tamamının ortadan kalkabileceği gibi, durumuna göre idarenin kısmen sorumlu olacağı da tazminat hukukunun bilinen ilkelerindedir.

Ancak, dava konusu olayın oluş şekli, hastalığın niteliği ve özelliği dikkate alındığında, davacılar yakının idarenin ağır hizmet kusurunun neden ve etkisiyle intihar etmek suretiyle yaşamını yitirmesi sonucunda doğan zarar ile idari faaliyet arasında uygun nedensellik bağı bulunmaktadır.

Bu durumda İdare Mahkemesince verilen kararda hukuki isabet görülmemiştir.

Sonuç : Açıklanan nedenlerle, davacılar temyiz isteminin kabulüne, Kayseri İdare Mahkemesinin 6.7.2005 tarih ve E:2004/1359, K:2005/930 sayılı kararının bozulmasına, yeniden bir karar verilmek üzere dosyanın adı geçen idare mahkemesine gönderilmesine, 28.12.2007 tarihinde oybirliğiyle karar verildi. **Sinerji Mevzuat ve İçtihat Programı** (Erişim Tarihi:19/5/2014)

TCK Madde 136- Kişisel verileri hukuka aykırı olarak bir başkasına veren, yayan veya ele geçiren kişi, bir yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

TCK Madde 137- Yukarıdaki maddelerde tanımlanan suçların;

a) Kamu görevlisi tarafından ve görevinin verdiği yetki kötüye kullanılmak suretiyle,

b) Belli bir meslek ve sanatın sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle, işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

Hastaların bilgilerinin gizliliğine özen göstermeyen hekim kamu görevlisiyse TCK'nin 258. maddesine göre suç işlemiş sayılır.

Türk Ceza Kanunu Madde 258- (1) Görevi nedeniyle kendisine verilen veya aynı nedenle bilgi edindiği ve gizli kalması gereken belgeleri, kararları ve emirleri ve diğer tebligatı açıklayan veya yayınlayan veya ne suretle olursa olsun başkalarının bilgi edinmesini kolaylaştıran kamu görevlisine, bir yıldan dört yıla kadar hapis cezası verilir.

(2) Kamu görevlisi sıfatı sonra erdikten sonra, birinci fıkrada yazılı filleri işleyen kimseye de aynı ceza verilir.

Bilgilerin gizli tutulması hasta haklarının da gereğidir. Hasta Hakları Yönetmeliği madde 23'e göre hasta izin verdiği bile açıklama hastanın kişilik haklarını kökten etkiliyorsa, hastanın zarar görme olasılığı varsa yapılamaz, eğer açıklanırsa sorumlular yani açıklayanlar cezalandırılır.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.

Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.

Hukuki ve ahlaki yönden geçerli haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.

Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.

Anayasa, TCK ve Hasta Hakları Yönetmeliğinin ilgili maddeleri hekimi cezai, hukuki, idari ve etik (Tabipler Odası) açıdan yaptırımlara uğratabilir. Hekimlik andının, "Hastamın bana açtığı sırları, yaşamını yitirdikten sonra bile gizli tutacağıma" bölümü hekime hastanın sırrını saklama yükümlülüğü getirir ve hekime yaptırım nedenidir.⁹⁰ DTB'nin 1983 Venedik-İtalya Genel Kurulu'nda aynı konu

⁹⁰ Hekimlik Andı

Hekimlik mesleğinin bir üyesi olarak kabul ettiğim şu anda; yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma, mesleğimi bana öğretenlere, hak ettikleri saygıyı ve minnettarlığı göstereceğime, mesleğimi vicdanımla ve onurumla uygulayacağıma, önceliği her zaman hastamın sağlığına vereceğime, **hastamın bana açtığı sırları, yaşamını yitirdikten sonra bile gizli tutacağıma**, tıp

görülmüştür. "Hekim, hastanın ölümünden sonra bile, hasta hakkında bildiği her şeyle ilgili bütün gizliliği sürdürecektir." sözü bunun önemini gösterir⁹¹. Bunun gözetilmemesi ancak yaşam riski söz konusu ise bozulabilir. "Hasta gizliliği kavramına saygı gösterir. Hasta razı olduğunda ya da hasta ya da diğer kimseler için gerçek ve olası bir tehlike bulunuyorsa ve bu tehdit ancak gizliliğin bozulması ile ortadan kaldırılabiliyorsa, özel bilgiyi açıklamak etikdir"⁹². Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu kararı buna örnek oluşturmaktadır. Bu kararda hekimin hastanın görüntüsünü göstermek yoluyla kimliğini açıklamasının sorumluluğa neden olacağı vurgulanmaktadır⁹³.

mesleğinin yüce geleneklerini ve saygınlığını, bütün gücümle koruyacağıma, Meslektaşlarımı kardeşlerim sayacağıma; yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel yönelim, toplumsal konum ya da başka herhangi bir özelliğin, görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğime, insan yaşamına en üst düzeyde saygı göstereceğime, bana gözdağı veriliyor olsa bile, tıbbi bilgimi, insan haklarını ve birey özgürlüklerini çiğnemek için kullanmayacağıma, kararlılıkla, özgürce ve onurum üstüne, ant içerim. Türk Tabipler Birliği (TTB), Dünya Tabipler Birliği'nin Cenevre Bildirgesi (Mesleki Bağlılık Yemini), **Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**, 2. baskı, TTB Yayınları, Ankara, 2009, s. 176.

⁹¹ Türk Tabipler Birliği (TTB), Dünya Tabipler Birliği'nin Venedik Bildirgesi (Hekimlik Ahlakı Uluslararası Yasası), **Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**, 2. Baskı, TTB Yayınları, Ankara, 2009, s. 16.

⁹² Türk Tabipler Birliği (TTB), Dünya Tabipler Birliği'nin Venedik Bildirgesi (Dünya Tabipler Birliği'nin Uluslararası Hekimlik Etiği), **Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**, 2. Baskı, TTB Yayınları, Ankara, 2009, s. 174.

⁹³ T.C. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu

E. 2011/4-424 K. **2011/520** T. 13.7.2011

ÖZET : Davacı doktor olup canlı olarak yayınlanan televizyon programına konuk olarak katılmış, akciğer kanseri olan dava dışı kişinin görüntüleri yayımlandıktan sonra "Beş ay sonra aramızda olmayacak" biçiminde açıklamada bulunmuştur. Bu konu bir süre basın ve tıp çevrelerinde tartışılmış, birçok yazı ve açıklama yayınlanmıştır. Davacı eldeki bu dava ile İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu üyeleri ve Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Başkanının bu konuda basına verdikleri açıklama ve söyleşiler sırasında söyledikleri sözlerin kişilik haklarına saldırı oluşturduğunu ileri sürerek manevi tazminat istemiştir.

Yerel mahkemece, davalılardan Gencay G. ile Hüseyin Demirdizen'in yaptığı açıklamaların mesleki görüş açıklaması niteliğinde olup kişilik haklarına saldırı oluşturmadığı benimsenerek bu davalılar hakkındaki istem reddedilmiş; diğer davalı A. B.'in açıklamasında ise hiç gerekmediği halde davacının "1991 yılında iki ayrı şehirde doktorluk yapıyor gözüktüğü için altı ay meslekten men cezası aldığını" söylemesinin kişilik haklarına saldırı oluşturduğu gerekçesiyle bu davalı hakkındaki istemin bir bölümü kabul edilmiştir.

Davacının davranış kurallarına aykırı davranışı nedeniyle cezalandırılmasının gündemde olduğu bir sırada eskiden böyle bir ceza alıp almadığının sorulması ve bu sorunun yanıtlanması günceldir. Davacının aldığı cezanın türü ve nedeninin açıklanması davacının kamuoyu önünde güvenilirliğinin sarsılması sonucunu doğurmaz.

Şu durumda, davalılardan Ayşegül B.'in açıklamasının gerçek ve güncel olduğu, öz ve biçim dengesinin korunduğu kendisine yöneltilen sorular karşısında cevap vermesinin görevinin bir gereği olduğu kabul edilerek davacının kişilik haklarına saldırı oluşturmadığı sonucuna varılmalıdır.

1. 4. Onam (Aydınlatılmış Rıza)

Hastadan aydınlatılmış onam almak tıbbi girişimin ön koşullarındandır. Öğretide tıbbi girişimin hukuka uygun olması için 4 koşulun varlığı aranır.

Tıbbi Girişimin Koşulları:

1. Tıbbi girişim için tıbbi gereklilik (endikasyon) bulunmalı
2. Hastanın aydınlatılmış onamı (rızası) olmalı
3. Tıbbi girişimi yapan hekim yetkili olmalı
4. Yapılacak tıbbi girişim kanuna aykırı olmamalı

Bu koşullar bir arada olmak zorundadır. Hastanın onamı anayasa, yasa ve hasta hakları yönetmeliği gereğidir. Ahlaken de bu gereklidir. Anayasanın 17. maddesi tıbbi girişimde hastanın onamını gerekli kılar. Hasta Hakları Yönetmeliği madde 24 de hastanın onamının (rızasının) gerekliliğini belirtmektedir.

Anayasa madde 17- Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirmeye hakkını sahiptir.

Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.

Hastadan onam alırken olası komplikasyonların mutlaka söylenmesi gerekir. "Ancak ortalama bir hasta bakımından karar verilmesinde etkili olmayabilecek on binde bir olasılıklı bir hastalık veya komplikasyon riskinin de açıklanması zorunlu görülmemelidir."⁹⁴ Avusturya Yüksek Mahkemesi 1982 yılında vermiş olduğu ilk kararında % 1 ile % 3 arasında değişen bir risk konusunda aydınlatma sorumluluğu kabul ederken, sonraki yıllarda % 0,5 olası riskin açıklanmasını kabul etmiştir. Hakeri bu ölçüde aydınlatma yükümlülüğünün kabul edilemez olduğunu

Yerel mahkemece açıklanan yönler gözetilerek, istemin tümünden reddedilmesi gerekirken, yerinde olmayan yazılı gerekçeyle, davalılardan Ayşegül B.'in manevi tazminat ile sorumlu tutulmuş olması usul ve yasaya uygun düşmediğinden kararın bozulması gerekmiştir...), Gerekeşiyle davalılardan Ayşegül B. yararına bozularak dosya yerine geri çevrilmeyle yeniden yapılan yargılama sonunda; mahkemece önceki kararda direnilmiştir. Hukuk Genel Kurulu'nca incelenerek direnme kararının süresinde temyiz edildiği anlaşıldıktan ve dosyadaki kağıtlar okunduktan sonra gereği görüldü:
SONUÇ : Davalılardan Ayşegül B. vekilinin temyiz itirazlarının kabulü ile, direnme kararının Özel Daire bozma kararında gösterilen nedenlerden dolayı HUMK.nun 429.maddesi gereğince BOZULMASINA, 13.07.2011 gününde, oybirliği ile karar verildi. **Sinerji Mevzuat ve İçtihat Programı** (Erişim Tarihi:19/5/2014)

⁹⁴ Gökcan, s. 155.

düşünmektedir.⁹⁵ Hasta tıbbi uygulama sırasında ve sonrasında kusur olmasa da oluşması ihtimali olan zararlı sonuçları (komplikasyonları) bilerek onam vermelidir ki; tıbbi müdahale hukuka uygun olmalıdır.⁹⁶

Hayati tehlikede bulunan ve acilen ameliyat edilmesi gereken; ameliyat edilmediği takdirde yaşamını kaybetme tehlikesi bulunan hastaya, ameliyat sonucunda sinir sisteminde zarar meydana gelebileceği bildirilmeyen olayda Avusturya Yüksek Mahkemesi ortalama bir insanın bu durumda bu tür zarara karşın ameliyata izin vereceğine karar vermiştir. "Buna göre müdahalenin hayati önem taşıdığı hallerde de müdahalenin risklerinin belirtilmesi gerekir. Aksi takdirde hastanın ameliyata rıza göstermeme ihtimalinin bulunması, aydınlatmanın yapılmamasının gerekçesi olamaz."⁹⁷

Onam, aydınlatılmadan alınırsa, yapılacak işlem tıbbi, ahlaka, mevzuata ve kamu düzenine aykırı olması nedeniyle hastanın sonradan tedaviyi istememesi durumunda geçersizdir.⁹⁸

Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin kararı aydınlatılmış onamı önemini vurgulamaktadır⁹⁹.

⁹⁵ Hakeri, s. 290.

⁹⁶ Savaş, s. 67.

⁹⁷ Hakeri, s. 192.

⁹⁸ Kara ve diğerleri, ss. 40-41.

⁹⁹ T.C. Yargıtay 4. Hukuk Dairesi

E. 1976/6297 K. 1977/2541 T. 7.3.1977

Davamıza konu olan olay şöyledir. 13.7.1972 günü 1948 doğumlu (Y) karnındaki bir rahatsızlığı nedeniyle Sosyal Sigortalar Kurumu Buca Hastahanesi Kadın Dahiliye servisine yatmıştır. Tedavisi sırasında davacı 19.7.1972 günü yine hastalanmış ve nisaiye mütehasssının ilgili olması nedeniyle, acele, olarak ambulans ile aynı kurumun Tepecik Doğum Evine sevk edilmiş ve davalı hekim tarafından muayene edilmek üzere odaya alınmış ve Jinekolojik muayenesi sırasında davalı hekim tarafından rektal tuşe yapılmış bu sırada baş parmağı ile hymene tazyik etmek suretiyle annüler olan kızlık zarının saat 6 hizasında yırtılmasına sebep olmuştur. Bu yönde taraflar arasında uyuşmazlık konusu olmadığı gibi ayrıca dosyalar münderecatından, dilenen tanıkların beyanından, davalının ikrarından, raporlardan ve özellikle Yüksek Sağlık Şurasının 26 Kasım 1973 gün 6663 sayılı raporundan anlaşılmaktadır.

Davalı aleyhine açılan ceza davası, yüksek sağlık şurasının anılan raporundaki (hekim kusurunun bulunmadığı) görüşüne dayanılarak beraatle sonuçlanmış ve müdahilin temyizi üzerine dava Yargıtay 4. Ceza Dairesince 1803 sayılı Af Yasası hükümlerince ortadan kaldırılmıştır.

Hukuk Hakimi de aynı rapordaki görüşe dayanarak tazminat davasını reddetmiş bulunmaktadır.

Doktrinde Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğu için bazı şartların gerçekleşmesi öngörülmüştür. Bunlar sırasıyla;

A) Hekimin tıp mesleğini icraya kanunen yetkili olması,

B) Hastanın rızası bulunması,

C) Eylemin tıp biliminin objektif ve subjektif sınırları içinde kalmasıdır.

İlk koşul olayımızda mevcuttur.

Hastanın rızasının bulunması koşuluna gelince;

1. 5. Gereksiz İnvaziv Tıbbi İşlem Yapmak

Pozitif defansif tıpta yapılan uygulamalar tıbbi zorunluluk olmadan hekim ve sağlık işletmesinin kendini olası dava edilmekten korumak ya da dava edildiğinde savunmada kullanmak için yaptığı gereksiz işlemlerdir. Kısacası hastanın bedenine zorunluluklar dışında dokunulmasıdır. Hukukta ve etikte insan onur sahibi bir varlıktır. İnsan üzerinde tıbbi bir zorunluluk olmadan hiçbir işlem yapılamaz. Bu Anayasamız madde 17'de belirtilmektedir.

Anayasanın 17. maddesinin ikinci fıkrasına göre, pozitif defansif tıp amacıyla gerekmeyen tıbbi uygulamalar yapmak hukuka aykırıdır. Hastanın rızası olsa bile tıbbi zorunluluk olmadan tıbbi girişim yapılamaz. Çünkü tıbbi girişimin temel koşullarından biri tıbbi gereklilik (endikasyon) bulunmasıdır. Tıbbi gereklilik olup da yapılan işlemde dolayı zarar oluştuğunda ortada kast yoktur. Uygulamada genelde bu taksirli eylem kabul edilir ve sayılır, buna göre yaptırım uygulanır. Defansif tıbbin amacı hastanın yararı değil hekimin kendi çıkarı olduğuna göre endikasyonun varlığından ve iyi niyetten söz edemeyiz. Ayrıca bilerek ve isteyerek yapıldığına göre kasıtlı bir fiildir, yaptırımlar buna göre belirlenir.

Tıbbi işlemler; ameliyatlara, invaziv girişimler, damarsal girişimler, görüntülemeler kişi üzerinde bazen yaralanma veya ölüme neden olabilir. Bu

Davalının, rızasının bulunduğu kabul edilse dahi az yukarıda açıklanan şekilde muayenenin muhtemel sonuçları, riski davacıya bildirilmemiştir. Bu yönün ispatı davalı doktora düşer. Çünkü bu tür muayenelerde bazen kızlık zarının bozulabileceği tıbbi adli raporunda açıklanmıştır. Diğer bir deyimle bu muayene sonunda her halde kızlık zarının bozulacağı tıbben kabul edilmemiştir. O halde nadiren de olsa bu böyle bir sonucun yani riskin meydana geleceği açık olarak davacıya bildirilmeliydi. Olayımızda davalı hekim, aydınlatma görevini yerine getirdiğini, bütün veri ve sonuçları tıp bilimine uygun olarak davacının anlayacağı biçimde bildirdiğini iddia ve ispat etmediğine göre meydana gelen ve Türk Ceza Kanununda da mayubiyet olarak nitelenen zararlı sonuçtan sorumludur. (Bayraktar - age - 127 vd.). Kaldı ki, olayın özelliği davacının bu riski bilmesi gerektiği sonucunu kabule de olanak vermemektedir. Zira, tuşe rektumdan yapılmıştır.

Nihayet, HUMK.hükümlerine göre hakim ancak, olayların özelliğine uyduğu, dayanakları gösterdiği, inandırıcı olduğu takdirde bilirkişi raporları ile bağlıdır. Bunun dışında bazı ayırık durumlar hariç hangi merci ve makam tarafından verilirse verilsin, anılan nitelikleri haiz olmayan bilirkişi raporları bağlayıcı sayılmaz. Yüksek Sağlık şurası raporu da bu niteliktedir. Çünkü rapor, gerekçeli ve inandırıcı değildir. Hekimin, muayenenin muhtemel sonuçlarını hastaya bildirip bildirmediği konusu üzerinde durulmamıştır. Kaldı ki ceza davasında kast bulunmadığından beraat kararı verilmiştir. Hukuk Hakimi Borçlar Kanununun 53.maddesine göre, bu beraat kararı ile bağlı değildir. İhmali davranış tazminat hükmedilmesi için yeterlidir. Bu ihmal ise, meslek kurallarına aykırı davranıştır. O halde, davalının yaptığı muayenenin muhtemel sonuç ve tehlikelerini davacıya açıkça bildirdiği sabit olmadıkça davalı tazminatla sorumlu olacaktır. Aksi düşüncelerle verilen karar anılan nedenlerle bozulmalıdır.

SONUÇ : Temyiz olunan kararın gösterilen nedenlerle (BOZULMASINA), oybirliğiyle karar verildi.
Sinerji Mevzuat ve İçtihat Programı (Erişim Tarihi:19/5/2014)

yaralanmalar ölümle sonuçlanabilir. Bir kişinin yaralanmasını ve ölmesine neden olmak TCK'ya göre suçtur.

Tıbbi girişimin hukuki olması için gerekli 4 koşuldaki biri tıbbi girişim için tıbbi gereklilik (endikasyon) olması gereğidir. Tıbbi gereklilik olmadan yapılan işlemler hukuka aykırı olacaktır. Endikasyon olmadan yapılan girişimsel işlemi taksirli fiil olarak kabul edemeyiz, çünkü bilerek ve isteyerek yapılır. Defansif tıp kapsamında yapılan uygulamalar da tıbbi endikasyon olmadan yapıldığı için yaralama ile sonuçlanırsa bu kasten yaralama suçunu oluşturacaktır.

Hekimlerin hastalara verdiği zararlar (malpraktis) genellikle taksir ile işlenmiş kabul edilmektedir. Çünkü hekimlerin hastayı tedavi ederken bile bile zarar vermek istemeyecekleri kabul edilmektedir. Ama defansif tıp amacıyla yapılan uygulamalar bilerek yapıldığından oluşan zararların taksir ile değil olası kast veya kastla yapıldığını kabul etmek gerekir. En iyi olasılıkla olası kast olarak değerlendirilmelidir.

TCK madde 21, 22 ve 23'de taksir ve kast açıkça tanımlanmaktadır.

TCK Madde 21- (1) Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır

suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir.

(2) Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemi halinde olası kast vardır. Bu halde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda müebbet hapis cezasına, müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda yirmi yıldan yirmi beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur; diğer suçlarda ise temel ceza üçte birden yarısına kadar indirilir.

TCK Madde 22- (1) Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiği hallerde cezalandırılır.

(2) Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeden gerçekleştirilmesidir.

(3) Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır.

(4) Taksirle işlenen suçtan dolayı verilecek olan ceza failin kusuruna göre belirlenir.

(5) Birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda, herkes kendi kusurundan dolayı sorumlu olur. Her failin cezası kusuruna göre ayrı ayrı belirlenir.

(6) Taksirli hareket sonucu neden olunan netice, münhasıran failin kişisel ve ailevi durumu bakımından, artık bir cezanın hükmedilmesini gereksiz kılacak derecede mağdur olmasına yol açmışsa ceza verilmez; bilinçli taksir halinde verilecek ceza yarından altıda birine kadar indirilebilir.

TCK Madde 23- (1) Bir fiilin, kastedilenden daha ağır veya başka bir neticenin oluşumuna sebebiyet vermesi halinde, kişinin bundan dolayı sorumlu

tutulabilmesi için bu netice bakımından en azından taksirle hareket etmesi gerekir.

Bu düzenlemeler ve tıbbi girişim kuralları açıkça gösteriyor ki defansif tıp uygulamaları taksirle değil kişiye kasten zarar vermedir.

1. 6. Gereksiz Hasta Yatırmak

Defansif tıp amacıyla yatmasına tıbbi zorunluluk olmayan hastaya yatış yapmak onu gereksiz yere özgürlüğünden yoksun bırakmak olarak düşünülebilir. Bir kimseyi özgürlüğünden yoksun bırakmak Anayasa madde 19'a aykırıdır.

Anayasa Madde 19- Herkes, kişi hürriyeti ve güvenliğine sahiptir. Şekil ve şartları kanunda gösterilen:

*Mahkemelerce verilmiş hürriyeti kısıtlayıcı cezaların ve güvenlik tedbirlerinin yerine getirilmesi; bir mahkeme kararının veya kanunda öngörülen bir yükümlülüğün gereği olarak ilgilinin yakalanması ve tutuklanması; bir küçüğün gözetim altında ıslahı veya yetkili merci önüne çıkarılması için verilen bir kararın yerine getirilmesi; toplum için tehlike teşkil eden bir akıl hastası, uyuşturucu madde veya alkol tutkunu, bir serseri veya hastalık yayabilecek bir kişinin bir müessesede tedavi, eğitim ve ıslahı için kanunda belirtilen esaslara uygun olarak alınan tedbirlerin yerine getirilmesi; usulüne aykırı şekilde ülkeye girmek isteyen veya giren, ya da hakkında sınır dışı etme yahut geri verme kararı verilen bir kişinin yakalanması veya tutuklanması; halleri dışında kimse hürriyetinden yoksun bırakılamaz.
.....*

Hekim hastaya pozitif defansif tıp uyguladığında ve hastaneye yatması gerekmeyen hasta yatırıldığında hastanın özgürlüğünü kısıtlamakta, vücudu üzerinde gereksiz işlem yapılarak da yaralama ve bazı hallerde ölüm gerçekleşmektedir. Ayrıca hasta aşırı işlem yapıldıkça daha ağır hastalık olasılığı korkusuyla ruhsal olarak da zarar görmektedir.

Temel tıbbi girişim kuralları gereğince tıbbi gereklilik (endikasyon) olmadan hiçbir tıbbi uygulama yapılamayacağına göre böyle bir yatış hukuka aykırı olacaktır. Hasta hakları yönetmeliği madde 11'e göre endikasyonsuz hasta yatırılmaz.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 11- Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

Hasta hakları yönetmeliği 24. maddesine göre alınması gereken rıza hileli olduğu için böyle bir durumda geçersiz olacaktır. Çünkü hasta bu onamı hastalığının

gerektirdiğini sandığı için vermektedir. Üstelik hileyle alınmış bir onam olduğu için kötü niyetlidir, açıkça hukuka aykırıdır.

Anayasanın 19. maddesine göre mahkeme kararı olmadan kimsenin özgürlüğü kısıtlanamaz. Gereksiz hasta yatırarak o kişinin özgürlüğünü kısıtlamak ise bu anlamda suçtur.

İlk bakışta tıbbi bir uygulama için uzak görünen TCK' nın 109. maddesi bakımından eğer hastanın yatışı ve yapılan invaziv girişimler performans gelirini yada başka bir nedenle maddi çıkar sağlamak amacıyla yapılmış ise bu durumda bu maddelerdeki suçun oluşup oluşmadığının tartışılabilmesi gerekir.

Türk Ceza Kanunu Madde 109- (1) bir kimseyi hukuka aykırı olarak bir yere gitmek veya bir yerde kalmak hürriyetinden yoksun bırakan kişiye, bir yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir.

(2) Kişi, fili işlemek için veya işlediği sırada cebir, tehdit veya hile kullanırsa, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Bu suçun;

c) Kamu görevinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle;

f) çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,

İşlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek bir kat artırılır.

(4) Bu suçun mağdurun ekonomik bakımdan önemli bir kaybına neden olması halinde, ayrıca bin güne kadar adli para cezasına hükmolunur.

(6) Bu suçun işlenmesi amacıyla veya sırasında kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış hallerin gerçekleşmesi durumunda, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

1. 7. Gereksiz Konsültasyon İsteme

Konsültasyon istemek hastaya bedenen zarar vermediği için hukuki bir sorun oluşturduğu pek düşünülmez. Fazladan konsültasyon istemenin, sağlıkta niteliği artıracak, tanı ve tedaviyi olumlu yönde etkileyecek bir uygulama olduğu düşünülebilir. Gereksiz konsültasyon istemek gerekli ve yeterli sağlık hizmeti alma hakkına aykırıdır. Hasta hakları yönetmeliği 6. maddesine aykırıdır.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 6- Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çevresinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerine de içerir.

Fazladan yapılan her işlem gibi gereğinden çok konsültasyon isteme de zaman yitimine ve gider artışına neden olmaktadır. Sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanları, hastalarına karşı sorumludur. Basiretli tacir müşterisini uğrattığı zarardan nasıl sorumlu ve bu zararı gidermekle yükümlü ise sağlık kuruluşu ve hekimler de yükümlüdür. Giderleri karşılayan kişi, hasta ya da kuruluş zararın tazminini hekimden isteyebilir.

Hekim gereksiz konsültasyon istemekten uzak durmak kadar gereğinde konsültasyon istemenin de etik gereği olduğunu unutmamalıdır. 1983 Venedik Bildirgesinde "Hekim hastalarına tam bir bağlılık duygusu ile bağlıdır. Muayene ya da tedavinin kendi kapasitesinin üstünde olduğu durumlarda, gerekli beceriye sahip başka bir doktora danışır ya da hastayı sevk eder"¹⁰⁰ denilmektedir.

Bu durum gereksiz konsültasyon istemede olduğu gibi gereksiz görüntüleme, gereksiz tahlil istemede, gereksiz ilaç yazmada ve gereksiz hasta yatırmada da söz konusudur.

1. 8. Gereksiz İlaç Yazma

Gereksiz ilaç yazma, her şeyden önce tıp etiği açısından yanlış bir davranıştır. Her ilacın insan vücudunda etkisi olabilir. Görünürde ilaç verildiğinde kişide her zaman belirli etki olmayabilir. Gereksiz ilaç yazıldığında yan etki oluşması riski artar, çok özel bir durum oluşturur. Tıbbi olarak bilerek ve isteyerek yazıldığı için bu ilacın yan etkilerinin komplikasyon sayılmaması gerekir. Komplikasyon ceza hukuku bakımından bir yaptırım gerektirmemektedir. Hekim ve sağlık kuruluşu kendi çıkarları için bilerek ve isteyerek ilaç verdiklerinden sonuçta ortaya çıkan neticeden kasten sorumlu olmalıdırlar.

Hastanın gereksiz yere ilaç verildiğini bilmesi halinde buna onam vermeyeceği varsayılabilir. Onam verse bile tıbbi endikasyon olmadığından geçersiz olacağına göre işlem hukuka aykırı olacaktır. Anayasanın 17. maddesine, Hasta Hakları Yönetmeliğinin 6. ve 24. maddesine aykırı olacaktır.

¹⁰⁰ Türk Tabipler Birliği (TTB), Dünya Tabipler Birliği'nin Venedik Bildirgesi (Dünya Tabipler Birliği'nin Uluslararası Hekimlik Etiği), **Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**, 2. baskı, TTB Yayınları, Ankara, 2009, s. 173.

1. 9. Görüntüleme Yöntemlerini Gereksiz Kullanma

Hastalıkların tanı ve tedavisinde büyük yarar sağlayan görüntüleme işlemleri radyoaktif maddeler yaymaktadır. Bu nedenle yararları yanı sıra önemli yan etkileri de bulunmaktadır. Bu yöntemlerin aşırı kullanılmasının özellikle uzun vadede kanser gibi hastalıklara neden olabileceği tartışılmaktadır¹⁰¹. Kimi araştırmacılar tarafından görüntüleme yöntemlerinin sık kullanılmasının erken tanıda önemli olduğu ve bu uygulamanın tıbbın iyi uygulamalarından olduğu ileri sürülmektedir¹⁰².

Gereksiz görüntüleme yöntemleri, Anayasanın 17. maddesine, HHY'nin 6., 11., 24. maddelerine aykırıdır. Bir hekimin ya da sağlık kuruluşunun ekonomik çıkar sağlamak için gerekmediği halde görüntüleme uygulaması yapması sonucunda oluşan yan etkiler komplikasyon olarak kabul edilemez. Bu durumda kasten veya olası kastla yaralama suçu oluşabilir.

1. 10. Gereksiz Tetkik İsteme

Gereksiz tetkik ve tahlil isteme Anayasanın 17., Hasta Haklarını Yönetmeliği 6., 11. ve 24. maddelerine aykırıdır.

Pozitif defansif tıp uygulamaları suç oluşturduğunda, şu ana dek anlatılan durumlar dışında hekim kamu görevlisi ise şartlar oluştuğunda TCK 257. maddesi 1. fıkrasına göre de suç oluşabilir.

Türk Ceza Kanunu Madde 257- (1) Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerini aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kanun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Bu madde kişilerin mağduriyetine ve zararına neden olmayı ya da kişilere haksız çıkar sağlamayı suç sayar. Pozitif defansif tıp uygulamaları, gereksiz hasta yatırmak, gereksiz ilaç yazmak, gereksiz girişimlerde bulunmak vs. kişilere zarar vermekte yada haksız çıkar sağlamaktadır. Hekim kamu görevlisi ise fiilleri buna uymaktadır.

¹⁰¹ Amy Berrington de Gonzalez, M. Mahesh, K. P. Kim, M. Bhargavan, R. Lewis, F. Mettler, C. Land, Projected Cancer Risks From Computed Tomographic Scans Performed in The United States in 2007, **Arch Intern Med**, Sayı: 169, ss. 2071-2077. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

¹⁰² Bergen, ss. 1188-1189.

2. NEGATİF DEFANSİF TIBBIN HUKUKİ BOYUTU

Pozitif defansif tıp ortaya bir eylem koymakla (icrai bir hareketle) yapıldığından, her eylemde olduğu gibi olumlu ve olumsuz sonuç olabilir. Olumsuz durumların yaptırımları da olabilir. Negatif defansif tıp uygulanırken çoğunlukla ortada bir eylem yok gibi görünmesine karşın yapılmayan durum yapılması gereken duruma eşdeğer durumda olabilir. Yani ihmali bir hareket bulunabilir.

Negatif defansif tıbbi uygulamalar; sağlık kuruluşunun ilk ve son basamak oluşuna, eldeki teknik olanaklara ve hekimin tıbbi algısına göre değişkenlik gösterir.¹⁰³

Negatif defansif tıp çoğunlukla karmaşık ve riskli hastalıkları olan hastaları başka yerlere yönlendirme, sevk etme biçiminde yada komplikasyon riski çok tedavi yöntemleri yerine tedavi etkisi daha az ama komplikasyon riski az tedavi yöntemleri uygulamak biçiminde olur. Bu duruma, beğenmesi güç, yakınması çok olan hastalardan uzak durmak da eklenebilir.

İnsanların genetik, cinsiyet, gençlik, yaşlılık gibi farklılıkları yanı sıra hastalıkları da basit yada karmaşık olabilir. Herkesin iyileşme hakkı vardır. Hekim hasta ayırımı yapamayacağı gibi hastalık ayırımı da yapamaz.

Hekimin bilgi ve teknik donanımı imkan vermesine karşın karmaşık hastalıklı hastalara bakmaması hasta haklarını ihlal etmesi demektir. HHY 6. maddesine göre sağlıkta hakkaniyet kuralı, 11. maddesine göre tıbbi gereklere uygun tedavi hakkı, 14. maddesine göre tıbbi özen görme hakkı ihlal edilmiş olur.

Negatif defansif tıbbi uygulayan hekim kamu görevlisi ise, negatif defansif tıp amacıyla riske girmemek için yapabileceği girişimleri yapmamakla görevini yapmamış ya da ihmal etmiş de olmaktadır. Bu durum TCK'nin 257. maddesini de ihlal eder.

Defansif tıp uygulama nedenlerinden birinin de parasal çıkar elde etme olduğu değerlendirilirse durum daha iyi anlaşılır. Çünkü karmaşık hastalara bakmak, belirli tedavi süresinden sonra daha az performans parası getirmektedir. SGK bazı tedaviler için gideri ne olursa olsun sabit ödeme yapmaktadır. Bu yüzden hekimler karmaşık hastaları üstlenmekten kaçınmaktadır. Çünkü bu tür hastalar için daha çok

¹⁰³ Yılmaz, s. 154.

tetkik gerekmektedir ve bu hastalar hastanede daha uzun süre kalmaktadırlar. Bundan kaynaklanan giderler paketten karşılanmaktadır. Bu tür hastaların sağlık kurumuna getirisi düşük olmaktadır. Basit hastalıkları olan hastalar SGK'nun uyguladığı paket uygulamasında hekime daha çok para kazandırmaktadır. Sağlık kurumu ve hekimler basit hastalara yer açmak için karmaşık hastalara negatif defansif tıp uygulamaktadır. Kısacası hekim menfaat sağlamak için negatif tıp uygulamaktadır. Yani yapması gereken görevi yapmamakta ya da ihmal etmektedir. Hastaneler az gelir getiren karmaşık hastalar için birimler kurmak yerine, yüksek gelir getiren ayaktan hastalar için çevre semtlere poliklinik açmayı yeğlemektedir.

Hekim, tedavi etmesi gereken hastaya bakmayıp, gerekmediği halde başka bir yere yönlendirdiğinde ulaşım süresi içinde hastaya bir zarar gelirse bundan sorumlu olacaktır. Kişi ölür ise TCK madde 83'e göre kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi, hastanın vücut bütünlüğü zarar görür ise TCK madde 88'e göre kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi söz konusu olabilir.

Negatif defansif tıp uygulaması sırasında vücut bütünlüğünün zarar görmesi, kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesini açıklayan TCK 88. maddede açıklanmaktadır.

Kısacası hastanın sağlık hakkına ulaşmada zaman yitimine neden olan her türlü defansif tıp uygulamaları hukuka aykırıdır.

3. DEFANSİF TIBBIN TAZMİNAT AÇISINDAN HUKUKİ BOYUTU

Hekim ve sağlık kurumları defansif tıbbi uygulamalardan dolayı karşılaştıkları cezai, idari ve deontolojik (Tabipler Odası) yaptırımlar dışında, hastanın zarara uğraması halinde tazminatla da yükümlüdürler. Hasta, vücut bütünlüğünün bozulması, sırlarının saklanmaması ve diğer nedenlerle duyduğu acı, üzüntü ve uğradığı maddi kayıplar için kamu görevlisi olmayan hekim ve sağlık kurumundan hatta varsa gerekli denetim eksikliğinden dolayı Sağlık Bakanlığından (devletten) tazminat isteme hakkına sahiptir. Kamu görevlisi hekimin fiilleri bakımından ise şartları varsa idareye karşı tam yargı davası açılır.

Hekim ile hasta arasında ilişkiler, hekimin statüsüne göre değişir. Hekimin, bağımsız çalışması, bağımlı çalışıyorsa kamuda ve özelde (gerçek veya tüzel kişi yanında) çalışmasına göre ilişkiler değişik olmaktadır.¹⁰⁴

3. 1. Bağımsız Çalışan Hekim İle Hastalar Arasındaki İlişki

Bağımsız çalışan hekimle hasta arasındaki ilişki üçe ayrılır¹⁰⁵.

- . Sözleşme ilişkisi
- . Vekaletsiz iş görme ilişkisi
- . Haksız fiil ilişkisi

Sağlık hizmetlerinde sözleşme ilişkisi, TBK'na göre genelde vekalet sözleşmesi olarak kabul edilir. Vekalet sözleşmesinin özellikleri, vekilin müvekkiline karşı iş görme borcu altına girmesi, müvekkilin isteği yönünde iş görmesi, süre sınırlaması olmaması, eylemde başarı garantisi olmaması ve vekilin iş sırasında bağımsız olması özellikleri hekimin konumuna uymaktadır. Vekalet sözleşmesinin hukuki dayanağı Türk Borçlar Kanunu 502. maddesi ve 506. maddesidir.

*Türk Borçlar Kanunu Madde 502 - (1) Vekalet sözleşmesi, vekilin vekalet verenin bir işini görmeyi veya işlemi yapmayı üstlendiği sözleşmedir.
(2) Vekaletle ilişkin hükümler, niteliklerine uygun düştikleri ölçüde, bu Kanunda düzenlenmiş olan iş görme sözleşmelerine de uygulanır.
Türk Borçlar Kanunu Madde 506 - (1) Vekil vekalet borcunu bizzat ifa etmekle yükümlüdür. Ancak vekile yetki verildiğinde veya durumunun zorunlu ya da teamülün mümkün kıldığı hallerde vekil, işi başkasına yaptırabilir.*

Estetik girişimler ve diş protez işlemleri TBK 470. maddesinde eser sözleşmesi olarak görülmektedir.

Türk Borçlar Kanunu Madde 470- Eser sözleşmesi, yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşmedir.

Acil ve beklenmedik durumlarda (ameliyatın genişletilmesi) sözleşme yapılması olanaksız ise, "vekaletsiz iş görmenin" olduğu varsayılır.¹⁰⁶ Sözleşmeye aykırı, vücut bütünlüğüne zarar veren davranışlar haksız fiil olarak değerlendirilir.

¹⁰⁴ Er, s. 35.

¹⁰⁵ Mehmet Ayan, *Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk*, Kazancı Yayınları, Ankara, 1991, s. 49.

¹⁰⁶ Hakeri, s. 497

3. 2. Özel Hastane ile Hasta Arasındaki İlişki

3. 2. 1. Tam Hastaneye Kabul Sözleşmesi

Hastanın özel hastane başvurmasıyla hasta ile hastane arasında "hastaneye tam kabul sözleşmesi" kurulur. Hastane hem sağlık hem otel hizmeti ile yükümlü ise hekim ifa yardımcısı durumdadır. İfa yardımcısının sorumluluğu TBK 116. maddesinde düzenlenmiştir.

TBK 116- (1) Borçlu, borcun ifasını veya bir borç ilişkisinden doğan hakkın kullanılmasını, birlikte yaşadığı kişiler ya da yanında çalışanlar gibi yardımcılarına kanuna uygun surette bırakmış olsa bile, onların işi yürüttükleri sırada diğer tarafa verdikleri zararını gidermekle yükümlüdür.

(2) Yardımcı kişilerin fiilden doğan sorumluluk, önceden yapılan bir anlaşma ile tamamen veya kısmen kaldırılabilir. Uzmanlığı gerektiren bir hizmet, meslek ve sanat, ancak kanun veya yetkili makamlar tarafından verilen izinle yürütülebiliyorsa, borçlunun yardımcı kişilerin fiillerinden sorumlu olmayacağına ilişkin anlaşma kesin olarak hükümsüzdür.

Hekiminden kaynaklanan zarardan dolayı hastaya karşı, TBK madde 121/1'e göre hastane yöneticisi, madde 116'ya göre hastane işleticisi sorumludur. Hekimin davranışı haksız fiil oluşturursa, hastaya karşı madde 66'ya göre hastane işleticisi ve haksız fiile dayalı olarak hekim de sorumludur.¹⁰⁷

Özel hastanelerde gerçekleştirilen tıbbi girişimlerin sorumluluğu kural olarak girişimi yapan sağlık personelinindir. Ancak ayrıca hastanenin sorumluluğu da söz konusu olur. Hastane, çalışanların seçiminde özensiz davranmaktan sorumlu tutulabilir¹⁰⁸. Hekimin özensiz davranışlarından kaynaklanan hasta zararları için ödenen tazminatları işletmeci, hekime madde 116/2'ye göre rücu edebilir¹⁰⁹.

3. 2. 2. Bölünmüş Hastaneye Kabul Sözleşmesi

Hastane işleticisi hastane hizmetlerinden, hekim ise tedaviden sorumludur. Hasta ile hekim arasındaki ilişki vekalet sözleşmesi niteliğindedir.

Hususi Hastaneler Kanununun 33/1 maddesine göre özel hastanelerdeki kusurlardan devlet de sorumlu olabilir. Devlet özel hastanelerdeki tıbbi girişim

¹⁰⁷ Gökcan, s. 957.

¹⁰⁸ Hakeri, s. 498.

¹⁰⁹ Gökcan, s. 957.

kusurlarında doğrudan sorumlu değildir. Devletin özel kuruluşları denetim ve gözetim yükümlülüğü vardır. Bu yükümlülüğün yerine getirilmemesinden kaynaklı zarar varsa, devlet bu zarardan dolaylı olarak sorumludur.

3. 3. Kamu Hastanesi ile Hasta Arasındaki İlişki

Kamu hastanelerine gelen hasta için sözleşme söz konusu değildir. Kamu hukukundan kaynaklanan idare hukuku ilişkisi söz konusudur.

İster hizmet kusuru ister hekimin kişisel kusuru olsun olayın muhatabı idaredir. İdarenin bir kamu hizmeti yerine getirmesi sırasında oluşan kusur, hizmet kusurudur. Kamu görevlisinin kusuru hizmetle ilişkisi olduğu sürece hizmet kusuru sayılır. Bundan dolayı ortaya çıkan zarardan idare sorumludur. Hizmet kusuru ile ilgili tazminat davalarının açılma yeri idari yargıdır. Kamu görevlisinin hizmetle ilişkisi olmayan kusurları kişisel kusurudur. Anayasanın 40. maddesi 3. fıkrası ve Anayasanın 129. maddesi 5. fıkrasına göre kişi hizmet kusurundan kaynaklanan zararın tazminini devletten isteme hakkına sahiptir.

Anayasa Madde 40 Fıkra 3- Kişinin, resmi görevliler tarafından vaki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar da, kanuna göre, Devletçe tazmin edilir. Devletin sorumlu olan ilgili göreviyle rücu hakkı saklıdır.

Anayasa Madde 129 Fıkra 5- Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idari aleyhine açılabilir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde; Devlet ve diğer kamu tüzel kişileri tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin elemanları olan hekimler, hemşireler, hastabakıcılar vb. mesleki faaliyetlerini yapar iken hizmeti kendi adlarına değil, bağlı oldukları kurumun elemanı olarak verirler. Buradaki hasta ile sağlık çalışanı ilişkileri, aslında kurum hasta ilişkisi biçiminde belirirken, hastanın uğradığı zararların birincil, son yargı kararlarına göre tek sorumlusu da, kamu hizmetlerinin anonim özelliği gereği yönetim olmaktadır. Hangi şekilde olursa olsun, hizmet kusuru işleyen yönetim, hastanın bu nedenle uğradığı tüm zararları tazminleyükümlüdür¹¹⁰. Çünkü kamu sağlık kurumları, kural olarak başvuran

¹¹⁰ Sevinç Hızal, **Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hekimin ve Yönetimin Sorumluluğu**, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Kamu Yönetimi Lisan Üstü Uzmanlık Programı, Ankara, 1999, s. 77.

hastaları kabul edip, tıbbın gerektirdiği kurallar içinde tedavi yapmakla yükümlüdür¹¹¹.

İster özel ister resmi hastane olsun hasta hakları yönetmeliğine göre kusurlu personel çalıştıran kurum ve kuruluşlara karşı hastanın hak arama hakkı vardır.

Ayrıca, Hasta Hakları Yönetmeliğinin 42. ve 43. maddelerinde hastanın uğradığı zararı ile ilgili hakkını arayabileceği düzenlenmiştir.

4. DEFANSİF TIBBIN MALİYETİ

Defansif tıp uygulamalarının sağlık sunum giderlerini artırdığına yönelik yaygın kanı bulunmaktadır. Defansif tıbbın giderleri artırmadığı görüşünde olanların aksine giderleri artırdığı görüşünde olanlar daha çoktur. Bu çoğunluğun içinde de artış ölçüsünde görüş ayrılığı bulunmaktadır.

Değişik yayınlara göre; hekimlerin defansif amaçlı başvurdukları testlerin giderleri göze batacak biçimde artmaya başlamıştır. Defansif tıp uygulamalarının payının yalnız sağlık hizmeti içinde değil, sağlık giderleri içinde de arttığı düşünülmektedir¹¹².

ABD bütçe analiz uzmanlarına, göre hekimlerin dava edilmekten korunmak için uyguladıkları gereksiz testler, ABD bütçesine yıllık 5.4 milyar dolar yüklemektedir¹¹³. Amerika Sağlık Birliği'ne göre defansif tıbbi uygulamaların sağlık hizmetine yükü 84 milyar dolardır. ABD ülke düzeyinde yapılan bir çalışmaya göre defansif tıp uygulamalarının ülke bütçesine yükünün 37 milyar dolar olduğunu ve genel giderlerin % 14'nü oluşturduğu açıklanmıştır¹¹⁴.

Defansif tıbbi uygulamalar ile sigorta şirketlerinin mesleki sorumluluk sigorta primi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır¹¹⁵. Özellikle yüksek sigorta primleri ödeyen bölümlerde maliyette artma, teknik kullanımda israf artmakta hizmetin

¹¹¹ Hızal, s. 77.

¹¹² Hermer ve diğerleri, ss. 470 -473.

¹¹³ Robert A. Miller, Norma Rendon Sampson, John M. Flynn, The Prevalence of Defensive Orthopaedic Imaging: A Prospective Practice Audit in Pennsylvania, **J Bone Joint Surg Am**, Cilt: 94, Sayı: 3, e18, 2012, ss.181-186. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

¹¹⁴ Mark S. Thompson, Cynthia P. King, Physician Perception of Medikal Malpractice and Defensive Medicine, **Evaluation and Program Planning**, Cilt: 7, Sayı: 1, 1984, ss. 95-104. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

¹¹⁵ Studdert ve diğerleri. ss. 2609-2617.

niteliğinde ise önemli düşmeler izlenmektedir¹¹⁶. Dartmount kolej araştırmacılarına göre; defansif tıp uygulamalarının hizmete az yük ekledikleri düşüncesinin aksine malpraktis sigorta primlerinin hizmete yükü ortadadır. Haksız fiil reformunu savunanlar da defansif tıbbın sağlık hizmeti giderlerini artırdığı görüşündedirler¹¹⁷. Grawande; Teksas'da yaptığı bir çalışmada, prosedür ve teknoloji kullanımının giderlere diğer etmenlerden daha çok etkisi olduğunu tanımlayarak, Teksas'daki büyük malpraktis reformuna karşı aşırı giderlerin sürdüğünü belirtmiştir.¹¹⁸

Hekimlerin davalardan korunmak için defans amacıyla ek tetkikler yapması sağlık giderlerin artışından tek başına sorumlu olsaydı, haksız fiil reformları sonrası bu ülkelerde dava edilmenin sınırlanmasının ardından diğer ülkelere göre giderlerin anlamlı azalması gerekirdi.¹¹⁹

Analizcilere göre ana sorunlardan biri hekimlerin kendi sorumluluklarına ilgisizlikleridir. Hekimler sigorta primleri arttıkça sigorta poliçelerini imzalamak yerine davacıları, avukatları ve jüriyi suçlamaktadır. Periyodik malpraktis oluşmasında malpraktis sigorta primlerindeki ani artışların önemli rolü olduğu ve bu durumda sigorta pazarındaki döngüsel değişiklikler ile yakın ilişkisi olduğu sanılmaktadır. Krizler seyrek olarak haksız muamele davlarındaki artıştan ya da önemli jüri kararlarından kaynaklanmaktadır. Bu krizlerin gerçek nedenini gören siyasi analizciler defansif tıp uygulamalarının giderleriyle ilgili indirim yalanları söylemektedirler. Bu durum değerlendirmelerimizde defansif tıp uygulamalarının giderlerinin önemsenmemesi ve genel sağlık giderlerinde malpraktis'in etkisinin çok az olduğunu kanıtlar niteliktedir.¹²⁰

Ülkemizde defansif tıp çalışmaları yeni yeni yapıldığı gibi defansif tıbbın maliyeti ile ilgili de yeterli çalışma yoktur.

¹¹⁶ Studdert ve diğerleri, ss. 2609-2617.

¹¹⁷ The American Association for Justice, The Truth About "Defensive Medicine, **Washington DC**, 2012.

¹¹⁸ Hermer ve diğerleri, ss. 470 -473.

¹¹⁹ The American Association for Justice, The Truth About "Defensive Medicine, **Washington DC**, 2012.

¹²⁰ Hermer ve diğerleri, ss. 470 -473.

5. DEFANSİF TIBBIN HEKİMLERE VE HASTALARA ETKİLERİ

Defansif tıp amacıyla yapılan negatif ve pozitif uygulamalarının bazılarının yararları bazılarının zararlı sonuçları ortaya çıkmaktadır.

Hekimlerin onam alma, düzenli belge tutma, hasta ile daha yakın ilişki kurma türü tutumlardaki artış defansif tıp uygulaması olarak görülse de tıp etiği ve hasta hakları açısından olumlu bir gelişmenin göstergesi olarak değerlendirilebilir¹²¹. Yapılan çalışmalar, özellikle duygusal, isteği bitmeyen ve nasıl davranacağı belirsiz hastaların hekimleri defansif tıba yönlendirdiği ortaya koymuştur.¹²²

Hekimler defansif tıp uygulamaları yaparak hastadan daha çok ekonomik ve psikolojik yarar edinmektedir.¹²³

ABD'de yapılan bir çalışmada, görüntüleme yöntemlerinin son dönem kanser olgularında yalnızca başka bir kanserden ölme konusunda yardımcı olduğu gösterilmiştir¹²⁴. Özellikle BT çekimlerinin defansif tıbbın giderleri artırma dışında başka sakıncaları vardır, örneğin BT görüntülemeleri kanserlerin % 1,5-2'sinden sorumlu tutulmaktadır.¹²⁵

Defansif tıp uygulamalarında çok önemli ikilem; davalardan korunmak için defansif tıp uygularken, dava olasılığını artıracak gereksiz infaziv girişimler ve tedaviler yapılmasıdır.¹²⁶

Sağlık sistemi hizmet maliyetini düşürmek için hekimlere baskı yaparken öte yandan malpraktis davası baskısı altında kalan hekimler, önemli kararlar vermede tereddüt yaşamaktadırlar. Her yıl yaklaşık 44 000 Amerikalı yanlış tanı ve gereksiz prosedürler nedeniyle hastanelerde ölmektedir.¹²⁷

Hekimler ülkemizde kamu veya sağlık kurumlarında maaş ve buna ek olarak yapılan ameliyatlara, yapılan girişimler ve tetkikler başına ödemelerden oluşan ücret almaktadırlar. Bu ücretlendirme yöntemi hekimleri pozitif defansif tıp uygulamasına

¹²¹ Ali Rıza Tümer, **1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakaların Komplikasyon ve Malpraktis Yönünden Araştırılması**, Ankara ÜTF. Adli Tıp AD, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2002.

¹²² Mello ve diğerleri, ss. 2609-17.

¹²³ Hermer ve diğerleri, ss. 470 -473.

¹²⁴ Williams, ss. 8-11.

¹²⁵ Williams, ss. 8-11.

¹²⁶ P. P. Budetti, Tort Reform and The Patient Safety Movement, **Journal of American Medical Association** 2005, Cilt: 293, Sayı: 21, ss. 2660-2. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

¹²⁷ Woodward, ss. 109-323.

itmektedir. Bu durum, malpraktis sonucu dava korkusuyla birleşince pozitif defansif tıp uygulaması artmakta ve engellenememektedir.

6. DEFANSİF TIBBİ ÖNLEME ÇALIŞMALARI

Başta New Hampshire ve New York olmak üzere malpraktis anlaşmazlıklarının mahkemesiz çözümü ile ilgili yeni kural ve metodlar uygulamaya konmuştur. Bu reformlar, sağlık hizmeti verenler lehine sorumluluk sınırlayan girişimler, mahkemesiz çözüm süreçlerini iyileştirme amacıyla teşvik edilen hasta tazminat fonları, “özür dileme” kanunları, açıklama ve erken çözüm önerisi kanunları, güvenli liman kanunları gibi prosedür yenilikleri ve sorumluluğu hekimlerden hastanelere veya idari “hata yok” tazminat sistemlerine kaydıran majör kavramsal reformlar olarak sınıflandırılır.¹²⁸

6. 1. Haksız Fiil Reformları (Tort Reform)

ABD'de sağlık alanı aşırı riskli bir alan olduğundan, hekimlerin haksız fiil eyleminden dava edilme ve aşırı yaptırım korkusuyla defansif uygulama yapmamaları için haksız fiil reformları (tort reformu) yapılmıştır.

ABD'deki politika uygulayıcılarının vatandaşların sağlık sigortasını iyileştirmeye yönelik çabaları vardır¹²⁹. Bu amaçla vatandaşların haklarını gözetmek için haksız fiil reformları geliştirilmiştir. Haksız muamele düzenlemesi kısa vadede sağlık hizmeti maliyetlerini düşük oranda azaltmayı başarmıştır¹³⁰. Fakat uzun vadede sonuç değişmemiştir. Hekimlerin dava edilme korkusu ile yaptıkları eylemlerinden dolayı her yıl milyarlarca dolar harcanmaya devam etmiştir¹³¹.

Haksız muamele sistemi (tort system), eksik bilirkişilik ve uyum sağlamadaki yavaşlık nedeni ile problemleri çözebilecek bilişsel yetilere henüz sahip değildir¹³². Yine de bu reformlar, koruyucu sağlık hizmetinin maliyet olarak önemli bir

¹²⁸ R. B. Leflar, Medical malpractice reform measures and their effects, **Chest**, Cilt: 144, Sayı: 1, Temmuz 2013, ss. 306-18. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)

¹²⁹ Woodward, ss.109-323.

¹³⁰ Hermer ve diğerleri. ss. 470 -473.

¹³¹ Woodward, ss. 109-323.

¹³² R. Avraham, Clinical Practice Guidelines: The Warped Incentives in the U.S. Healthcare system, **Am J Law Med**, Cilt: 37, Sayı: 1, 2011, ss. 7-40. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

bölümünü oluşturan ödeme ve dağıtım konusunun küçük bir parçası olarak, hekimleri, tıp uygulamalarında küçük bazı değişiklikleri yapma konusunda ikna etmek için gerekli olabilir¹³³.

R. Avraham ve M. Schanzenbach'ın yaptığı bir çalışmada, tazminatlara üst sınır konması ardından koroner arter baypas greftleme veya anjiyoplasti şeklindeki uygulamalarında azalma bulunmuştur. tort reformunun koroner kalp hastalığından ölümlerde artışla birliktelik göstermediğini, tersine mortalitenin düştüğü görülmüştür.¹³⁴

Malpraktis ödemeleri ile ilgili tıbbi malpraktis reformlarının, değişik uzmanlık alanlarındaki etkisi bilinmiyor ve tartışma konusudur. S. A. Seabury, E. Helland ve A.B. Jena'nin çalışmasında üst sınırı olmayan malpraktis tazminatı ile sınırlanmış malpraktis tazminatı koşullarının, hekimlerin ortalama ödeme büyüklüğüne etkisini araştırılmıştır. Bunu hesaplamak için 1985 – 2010 dönemindeki malpraktis iddialarının bir örneğini analiz edilir. 250000 dolarlık malpraktis tazminat ödeme sınır varlığında ortalama ödemeleri, sınır yokluğuna kıyasla 59331 dolar (% 20) azalırken, az kısıtlayıcı 500000 dolarlık sınırın anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. Sınırların genel etkisi uzmanlığa göre değişkenlik gösterdi, en büyük etki çocuk hekimleri ile ilgili iddialarda görülürken en düşüğü cerrahi alt dallar ve göz hekimleri ile ilgili iddialarda görülmüştür.¹³⁵

Çok kişi malpraktis davalarının hekimleri normalde gerekmecek tetkikleri istemeye sürüklediğini ve yasal reformların gereksiz masrafları azaltabileceğine inanmaktadır. Acil servis hekimleri, yüksek maliyetli defansif uygulamalar için uygun bir ortamda iş yapmaktadır. ABD Teksas (2003), Georgia (2005) ve Güney Carolina (2005)'da acil tıbbi girişimler için malpraktis standardını ağır ihmal şeklinde değiştiren yasa çıkartır. D. A. Waxman, M. D. Greenberg, M. S. Ridgely, A. L. Kellermann, P. Heaton yaptığı çalışmada bu köklü reformların uygulamayı değiştirip değiştirmediğini araştırmıştır. Bu üç eyalette BT veya MRG kullanımında veya hastaneye yatışlarda azalma görülmüş, Teksas ve Güney Carolina'da

¹³³ Hermer ve diğerleri, ss. 470 -473.

¹³⁴ R. Avraham, M. Schanzenbach, The impact of tort reform on intensity of treatment: Evidence from heart patients, **J Health Econ**, 2014 Ağustos 13, pii: S0167-6296(14)00098-8. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.08.002. [Epub ahead of print] (Erişim Tarihi: 10/12/2014)

¹³⁵ S. A. Seabury, E. Helland, A. B. Jena, Medical malpractice reform: noneconomic damages caps reduced payments 15 percent, with varied effects by specialty, **Health Aff (Millwood)**, Cilt: 33, Sayı: 11, 2014, ss. 2048-2056. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)

faturalarda azalma bulunmamış. Georgia'da, reformla birlikte ziyaret başına acil servis faturalarında % 3.6 azalma görülmüştür.¹³⁶

ABD'de Politikacılar sağlık bakım maliyetindeki artışın önemli itici güçlerinden biri olarak defansif tıbbın gizli maliyeti olarak görmektedir. Bu doğru ise, tort reformu yüksek düzeylerde uygulayan eyaletlerde defansiv tıp uygulamaları ve buna bağlı giderlerin azalması gerekmektedir. K. T. Kavanagh, L. E. Calderon ve D. M. Saman'ın yaptığı bir çalışmada, Dartmouth Atlas Medicare Reimbursement Data bilgileri malpraktis reformu yapan eyalette defansif tıbbın yükselen sağlık bakım maliyetlerinin itici gücü olduğu hipotezini desteklememiştir. Tort reformunun sağlık harcamalarını tasarrufu üzerine genel olarak çok az bir etkisi olmuş ya da hiç olmamış görüldüğünü ortaya çıkmıştır.¹³⁷

Teknada tort reform sonrasında Teknada nüfusa göre hekim sayısının büyüme hızı ciddi derecede artmıştır. Acil cerrahi branşlarında hem hekim sayısı hem de kişi başına düşen hemşire sayısı % 55 artmıştır.¹³⁸

Tort reformu ile birlikte daha az dava açıldığı ve davalarla ilgili masrafların azaldığını, buna karşılık tort reformundan şikayet merci olan Teknada Tıp Kuruluna yapılan şikayetlerin arttığı görülmüştür. M. Stewart Ronald, J. D. Love, L. A. Rocheleau, R. Kenneth Sirinek yaptığı çalışmada tort reform öncesi (1996 – 2002) ve sonrası (2004-2010) kıyaslamasında, tıp kuruluna yapılan şikayetlerinin % 13, açılan soruşturmalarının % 33, disiplin işlemlerinin % 96, lisans iptallerinin % 47 ve mali cezaların % 367 arttığı bulunmuştur. Tüm bu artışlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. ($p \leq 0.01$).¹³⁹

¹³⁶ D. A. Waxman, M. D. Greenberg, M. S. Ridgely, A. L. Kellermann, P. Heaton, The effect of malpractice reform on emergency department care, **N Engl J Med**, Cilt: 371, Sayı: 16, 2014, ss. 1518-25. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)

¹³⁷ K.T. Kavanagh, L. E. Calderon, D. M. Saman, The relationship between tort reform and medical utilization. **J Patient Saf**, Cilt: 10, Sayı: 4, 2014, ss. 222-230. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)

¹³⁸ M. Stewart Ronald, West Molly, Schirmer Richard, and R. Kenneth Sirinek. Tort reform is associated with significant increases in Texas physicians relative to the Texas population, **J Gastrointest Surg**, Cilt: 17, Sayı:1,2013, ss. 168–178. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)

¹³⁹ M. Stewart Ronald, J. D. Love, L. A. Rocheleau, R. Kenneth. Sirinek, Tort reform is associated with more medical board complaints and disciplinary actions, **J Am Coll Surg**, Cilt: 214, Sayı: 4, 2012, ss. 567-571. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)

6. 2. Yargı Dışı Çözüm Yolları

Sağlık sistemi içinde bir çok unsur varken sadece hekimlerin ön plana koyularak tüm sorumluluğun hekimlere yüklendiği bir ortamda defansif tıp uygulamalarının artmasının önüne geçmek oldukça zordur. Üzücü olan artık hekimlerin hastalara iki gözleri yerine tek gözle baktıkları gerçeğidir, çünkü diğer gözleri kanunlarda ve mahkemelerdedir¹⁴⁰.

Alternatif fikir ise hukuk sistemlerinde köklü değişikliğe gerek olmadan kolayca uygulanabilen reformlar ile uyuşmazlığın mahkeme dışı çözülmesi yöntemidir. Bu uygulamada "hiç hata" (no fault) kuralı söz konusudur. "Medikal Malpraktis: İtalya Deneyimi" isimli makalede defansif tıp uygulamalarını ve buna bağlı maliyetleri azaltmak için mahkeme dışı çözüm reformları geliştirebileceğine değinilmektedir¹⁴¹. İskandinav ülkeleri ve Yeni Zelanda'da halihazırda yürürlükte olan kusursuz (no-fault) kompensasyon sistemi, soruna bir çözüm önerisi olarak sunulabilir. Bu sistemi 1975 yılında ilk kuran ülke İsveç'tir¹⁴². Hasta sigorta fonu ilçe vergilerinden, özel çalışan hekimlerden, dış hekimlerinden ve psikoterapistlerden toplanmaktadır. İsveç'te sağlık hizmetinden dolayı zarar gördüğüne inanan hasta, tüm hastaneler ve kliniklerde bulunan standart formları doldurur. İlk olayda hekim zarar ile ilgili rapor hazırlar. Bu rapor son karar için mahkeme konsey üyesi olarak seçilmiş uzman doktora gönderilir. Sonrasında hakim, zarar ile tedavi arasında neden-sonuç ilişkisi olup olmadığını belirlemeye çalışır. İlişki yok ise tedavi tıbbi olarak temize çıkmıştır. Bu sonuç tartışma götürmezdir. Eğer zarar ile tedavi arasında neden sonuç ilişkisi varsa davacı sistemi kompanse etmiş olur. Konu tartışılabilir hale gelir.

İtalya'da tıbbi davalar ile ilgilenen hakem heyeti vardır. Heyet bağımsız gönüllülerden oluşur. Heyette en az bir adli tıp uzmanı ve çeşitli klinik branş uzmanları bulunur. Bu heyet Alman adli tecrübesinden esinlenmiştir. Almanya'da 1970'lerde hakem heyetleri kurulmuştur. Bu heyetler malpraktis davalarını mahkeme

¹⁴⁰ Panting ss. 8-11.

¹⁴¹ Panting ss. 8-11.

¹⁴² Francesco Traina, Medical Malpractice: The Experience in Italy, **Clin Orthop Relat Res**, Cilt: 467, Sayı: 2, 2009, ss. 434-442. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)

dışı değerlendirerek hızlı sonuçlandırmayı amaçlamıştır. Heyetler, hasta ve hekime birbirlerini anlama konusunda yardımcı olmuş ve hekimlerin davranışlarında olumlu değişiklikler yapmıştır. Heyetlerin vakaları yıllar içerisinde artmış ve % 90 civarında vaka bu sistem ile çözülmüştür.

Türkiye'de de 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen 24. maddesinde yargı öncesi çözüm yolu benimsenmişti.

Defansif tıp uygulamaları modern dünyada sürekli tartışılacak bir konudur. Çünkü medikolegal sistem hiçbir zaman hekimi şikayetten ve davalardan tümüyle korumayacaktır. Yani doktorlar her zaman dava edilebilir konumda olacaktır.

6. 3. Yargısal Çözüm Yolları

Yargı görevlilerinin sağlık alanında uzman kişilerden oluşması biçiminde düzenleme yapılması düşüncesidir. Sağlık çok riskli bir alan olması kadar kendine özgü bir alandır, bu nedenle hatalı soruşturma ve yargı kararları oluşabilmektedir. Bir soruşturmada hastane yönetiminin hastane polikliniğinin cumartesi günü kapalı olduğunu bildirmesine rağmen müfettiş hastanenin açık olduğu gerekçesiyle yargıya taşınması kararı vermiştir. Müfettiş polikliniğin hastanenin özel bir bölümü olduğunu bilmemesi nedeniyle olayı yargıya taşımıştır. Böyle basit bir durumun dahi bilinmemesi böyle bir sonuç oluşturuyorsa hastanelerde sağlık hizmetinin çeşitliliği göz önünde bulundurulduğunda incelemeci ve soruşturmacı olan kişilerin bu konuda bilgili ve eğitilmiş olması gerekir.

6. 4. Kanıta Dayalı Çözümler

Kanıta dayalı tıp ve klinik kılavuzlar; hekimin tanı ve tedavi boyunca karar vermesine yardımcı olan kanıt, deneyim ve özen yollarını gösteren güncel yaklaşımlardır. Bu kılavuzlar, hekimler arasındaki görüş, yorum ve birikim farkı

nedeniyle tam benimsenmemiştir. Amerika'da hekimlerin kanıta dayalı savunmalarına karşın davacılar da ihmali davranışları öne sürmektedir¹⁴³.

Davalar ile ilgili en değerli veri hekimin genel tıp bilgisi dahilinde verdiği karardır. Hekim kararını mantıklı ve bilimsel olarak açıklayabileceğinde, dava hangi konuda açılırsa açılısın sonuç hekimin lehine olacaktır¹⁴⁴.

Sağlık sektörü oldukça dikkat çekici bir pazardır. Uzmanlık dernekleri tarafından hazırlanan kılavuzlar sağlık endüstrisinin diğer üyeleri tarafından kabul görmeyebilir. Sağlık sisteminin tüm unsurları analiz edilmelidir. Klinik uygulama kılavuzları defansif tıp uygulamalarının azaltılması için aranan çözüme yardımcı olabilir. Kılavuzlar uygun şekilde hazırlanırsa mahkemelerde kaynak olarak kabul edilebilir¹⁴⁵. Ayrıca halkı ve hükümetleri defansif tıp uygulamasının çeşitli yönleri ve etkileri konusunda uyarmak gereklidir.

¹⁴³ Serkan Çınarlı, Pınar Hanife Kara, **Amerika Birleşik Devletleri'nde Defansif Tıbbın Hukuki Boyutu ve Çözüm Önerileri**, Makale, s. 12.

¹⁴⁴ Williams, ss. 8-11.

¹⁴⁵ Avraham, ss. 7-40.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ANKET ÇALIŞMASI

1. MATERYAL VE YÖNTEM

Çalışma alanı olarak; malpraktis olasılığı yüksek olan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve bu hastaneyle fiili olarak yakından çalışan üç sağlık kuruluşunda çalışan hekimler seçilmiştir. Buralarda çalışan hekimlerin defansif tıp uygulamaları yapıp yapmadıkları ve yapıyorlarsa ne sıklıkta yaptıkları araştırılmıştır. Araştırmada yöntem olarak anket uygulaması seçilmiştir ve anket uygulaması da yüz yüze yapılmıştır.

Anket sorularımız, daha önce yapılmış olan anketler ve özellikle Dr. Giray Kolcu tarafından ülkemizde yapılan bir anketin soruları gözden geçirilerek hazırlanmıştır.

Bu çalışma ve anket için İzmir İli Güney Bölgesi, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 13.5.2014 tarih Karar No:1 ile etik kurul uygunluk onayı alınmıştır.

Hedef kitle olarak İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve bu hastaneyle fiili ilişki içindeki Karabağlar Dispanseri, Gaziemir Dispanseri, Gaziemir Devlet Hastanesi hekimleri alınmıştır. Söz konusu sağlık kuruluşları halkın çoğunluğunu simgeleyen hasta kümesine sahiptir. Buna dayanarak çalışma sonucunun Türk sağlık düzenindeki defansif tıp uygulamalarını ortaya koyabileceği değerlendirilmektedir.

Ankete başlamadan önce 5 uzman ve 5 asistana deneme testi uygulanmıştır. Uygulama sırasında yaklaşık süre belirlenmiştir. Soruları anlamalarına ve yanıtlarılarına bakılmış ve sorularda bir değişikliğe gerek görülmemiştir. Anket yaklaşık 5-6 dakika sürmüş ve tek tek ve yüz yüze yapılmıştır. Ankete katılanları etkilemekten kaçınılmıştır. Anket 15 Mayıs-25 Mayıs 2014 tarihlerinde yapılmıştır.

Hekimlere yaş, cinsiyet, uzmanlık alanı, ünvan (uzman hekim veya asistan hekim) ve hekimlik sürelerini içeren sosyo-demografik profil sorular sorulmuştur.

Hekimlerin defansif tıp ile ilgili bilgilerini ve ilgilerini ortaya koymak için aşağıdaki 4 soru sorulmuştur.

1. Çekinik Tıp (Defansif Tıp) kavramını daha önce duydunuz mu?
2. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriğini yeterince biliyor musunuz?
3. Malpraktis (Kötü tıp uygulamaları) davaları hekimlik yapma biçiminizi etkiler mi?
4. Hekimlik yaşamınız boyunca malpraktis nedeniyle soruşturma açıldı mı?

Hekimlerin pozitif defansif tıp ile ilgili görüş ve tutumlarını ortaya koymak için aşağıdaki 7 tane soru sorulmuştur.

1. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile (normalde yatış istemeyeceğim) hastaları yatırıyorum.
2. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim tetkikleri (görüntüleme, laboratuvar vs.) istiyorum.
3. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda yazmayacağım ilaçları yazıyorum.
4. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim konsültasyonları istiyorum.
5. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla daha ayrıntılı kayıt tutuyorum.
6. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla hasta ve hasta yakınlarına aydınlatma işlemine daha çok özen gösteriyorum.
7. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla onam belgelerine daha çok özen gösteriyorum.

Hekimlerin negatif defansif tıp ile ilgili görüş ve tutumlarını ortaya koymak için aşağıdaki 6 soru sorulmuştur.

1. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile (normalde sevk etmeyeceğim) hastaları sevk ediyorum.
2. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla şikayet etme olasılığı yüksek hastalardan (hasta yakınlarından) kaçınıyorum.
3. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tanı ve tedavisi güç, karmaşık hastalardan kaçınıyorum.
4. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla komplikasyon olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.

5. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla girişimsel yöntemler yerine, girişimsel olmayan yöntemleri tercih ediyorum.

6. Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguluyorum.

Hekimlerin, defansif tıp, malpraktis ve hukuk ile ilgili şu anki ya da olası durumlara göre beklenti ve görüşlerini belirlemek için aşağıdaki 7 soru sorulmuştur.

1. Önümüzdeki 10 yıl boyunca hakkınızda malpraktis nedeniyle soruşturma açılabileceğini düşünüyor musunuz?

2. Malpraktis ile ilgili konular basın yayında yer aldıkça tedirgin oluyorum.

3. Malpraktis için ek sigorta yaptırmayı düşünüyorum. (Sigorta maliyetini artırsa bile).

4. Malpraktis nedeniyle idari soruşturmalarda soruşturmacı bu konuda yetişmiş uzman kişi olsa defansif tıp uygulamalarına etkisi olur mu?

5. Malpraktis nedeniyle açılan hukuk ve ceza davasında savcı ve yargıçlar sağlık hukuku konusunda yetişmiş uzman kişi olsa defansif tıp uygulamalarına etkisi olur mu?

6. Malpraktis nedeniyle hekimin hukuki (tazminat) sorumluluğu olmasa, hasta ve hasta yakınlarına doğan tazminat alacaklarının muhatabı hekim yerine yalnızca sigorta şirketi olsa defansif tıp üzerine etkisi olur mu?

7. Sağlık mesleğinin koşullarına uygun ceza ve hukuki (tazminat) için özel yasa olsa defansif tıp azalır mı?

Hekimlerin defansif tıp ile ilgili bilgilerini ve ilgilerini ortaya koymak amacıyla sorulan 1, 2, 3, 4, numaralı sorular için % 50' lik kümeleri anlatan evet hayır seçenekleri kullanılmıştır.

Anketin çözümlenmesinde Likert ölçeği kullanılmış, tutum ve görüş belirleyen 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 ,14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 numaralı sorular için % 20'lik kümeleri tanımlayan; tamamen katılıyorum, çok katılıyorum, orta derece katılıyorum, az katılıyorum, hiç katılmıyorum seçenekleri kullanılmıştır. Değerlendirmede; tamamen katılıyorum =5, çok katılıyorum =4, orta derece katılıyorum =3, az katılıyorum =2, hiç katılmıyorum =1 olarak değerlendirilmiştir (puanlandırılmıştır). Bu değerlendirmeye göre hekimlere toplam puanlar verilmiştir. Sonuçta 100-80 arası çok iyi, 79-60 arası iyi, 59-40 arası orta, 39-

20 arası kötü olarak kabul edilmiş ve hekimlerin tutum düzeyleri buna göre belirlenmiştir.

Anket analizinin istatistiksel değerlendirilmesinde % dağılımlara göre tablolar oluşturulmuştur. Ardından sayısal olmayan değerler için çapraz ki-kare testi kullanılarak (Somer's) p ve d değerleri hesaplanmış sayısal değerler için anova ve anova tablosunda anlamlı olanlarda Somer's değerleri belirlenerek tablolarda belirlenmiştir. $p < 0,05$ olması ki-kare testi için anlamlı sayılmıştır.

Hesaplamalar için Microsoft Office Excel 2007, Statistical Program for Social Sciences (SPSS) 16.0 for Windows bilgisayar programları kullanılmış sonuçlar, tablolar p ve d değerleri tablolarda ortaya konmuştur.

2. BULGULAR

Hesaplamalarda ve tanımlayıcı istatistiksel analizlerde Microsoft Office Excel 2010, Statistical Program for Social Sciences (SPSS) 20.0 for Windows bilgisayar programları kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde öncelikler yüzde dağılımlar hesaplanarak tablolar oluşturulmuş, sonrasında sayısal olmayan değerler için çapraz tablolarda ki-kare testi kullanılarak p ve d (Somer's) değerleri hesaplanmış, sayısal değerler için anova ve anova tablosunda anlamlı olanlarda Somer's d değerleri hesaplanmış. Değerler analiz tablolarında gösterilmiştir. Güncel kaynaklarda olduğu gibi ki-kare testi için $p < 0,05$ olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın başında; dahili branş uzmanı 60, cerrahi branş uzmanı 60, dahili branş asistanı 60 ve cerrahi branş asistanı 60 olmak üzere 240 hekime ulaşmak tasarlanmış ve ulaşılmak istenen 240 hekimin bulunduğu yerlere gidilmiştir. Hekimlerin kimisi katılmak istememiş, kimisi çekinmiş, kimisi soruları eksik yanıtlamış ve kimisine de değişik nedenlerle (o an yerlerinde olmamaları ya da izinli olmaları) ulaşılamamıştır. Sonuçta ulaşılmak istenen 240 hekimin 20'si anket dışı kalmak üzere 220 hekimle anket tamamlanmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlere sorulan sosyo-demografik soruların yanıtlarının çözümü aşağıdaki gibi çıkmıştır.

Çalışmaya katılan 220 hekimin 122 (% 55,5)'si erkek, 98 (% 44,5)'i kadındır.

Tablo 3: Hekim Cinsiyeti

	Sayı	Yüzde		
Erkek	122	55,5		
Kadın	98	44,5		
Toplam	220	100,0		

Çalışmalara katılan 220 hekimin yaş ortalaması 38,6955 bulunmuştur.

Tablo 4: Hekim Yaş Ortalaması

	Sayı	En Küçük	En Büyük	Ortalama	Std. Sapma
Hekim yaşı ortalama için	220	24,00	65,00	38,6955	11,27097
hhiigs ortalama için	220	1,00	41,00	14,0000	11,56558
toplam puan	220	27,00	100,00	66,7591	14,30047
Valid N (listwise)	220				

Çalışmalara katılan 122 erkek hekimin yaş ortalaması 40,9098 bulunmuştur.

Tablo 5: Erkek Hekimlerin Yaş Ortalaması

	Sayı	En Küçük	En Büyük	Ortalama	Std. Sapma
Hekim yaşı ortalama için	122	24,00	65,00	40,9098	12,38434
hhiigs ortalama için	122	1,00	41,00	16,3197	12,79544
toplam puan	122	34,00	100,00	67,6557	14,72490
Valid N (listwise)	122				

Çalışmalara katılan 98 kadın hekimin yaş ortalaması 35,9388 bulunmuştur.

Tablo 6: Kadın Hekimlerin Yaş Ortalaması

	Sayı	En Küçük	En Büyük	Ortalama	Std. Sapma
Hekim yaşı ortalama için	98	24,00	59,00	35,9388	9,03580
hhiigs ortalama için	98	1,00	35,00	11,1122	9,08707
toplam puan	98	27,00	100,00	65,6429	13,74679
Valid N (listwise)	98				

Çalışmaya katılan 220 hekimin 81 (% 36,8)'i asistan, 139 (% 63,2)'u uzmandır.

Tablo 7: Hekimlerin konumu

	Konum			
	Sayı	Yüzde		
Asistan Dr	81	36,8		
Uzman Dr	139	63,2		
Toplam	220	100,0		

Çalışmaya katılan 220 hekimin 151 (% 68,6)'i dahili, 69 (% 31,4)'u cerrahi branş hekimidir.

Tablo 8: Branşlar

	Konum			
	Sayı	Yüzde		
Dahili	151	68,6		
Cerrahi	69	31,4		
Toplam	220	100,0		

Çalışmaya katılan 220 hekimin, 80 (% 36,4)'ünün yaşı 30'dan küçük, 47 (% 21,4)'sinin yaşı 31-40 arası, 54 (% 24,5)'ünün yaşı 41-50 arası, 39 (% 17,7)'unun yaşı 51'den büyük bulunmuştur.

Tablo 9: Hekimlerin Yaş Aralığı

	Yaş Aralığı			
	Sayı	Yüzde		
<30	80	36,4		
31-40	47	21,4		
41-50	54	24,5		
>51	39	17,7		
Total	220	100,0		

Çalışmaya katılan 220 hekimin, hasta hekim ilişkisi içinde geçen süresi 110 (% 50,0)'unda 1-10 yıl, 45 (% 20,5)'inde 11-20 yıl, 42 (% 19,1)'sinde 21-30 yıl, 23 (% 10,5)'ünde 31 yıldan çok bulunmuştur

Tablo 10: Hasta Hekim İlişkisi İçerisinde Geçen Süre

	Sayı	Yüzde		
Süre Aralığı	1-10 yıl	110	50,0	
	11-20 yıl	45	20,5	
	21-30 yıl	42	19,1	
	>31 yıl	23	10,5	
	Total	220	100,0	

Hekimlerin defansif tıp bilgi ve ilgilerini belirlemek için sorulan sorulara verilen yanıtların çözümü:

Tablo 11: Defansif Tıp ile ilgili Bilgi ve İlgi Sorularının Çözümü

	Evet	Hayır
Def. tıp duydunuz mu	% 60,9 (n: 134)	% 39,1 (n: 86)
Yeterli bilgi	% 20,0 (n: 44)	% 80,0 (n: 176)
Hek. biçim	% 86,8 (n: 191)	% 13,2 (n: 29)
Dava açıldı mı	% 10,5 (n: 23)	% 89,5 (n: 197)

(1. soru) Çekinik tıp (Defansif Tıp) kavramını daha önce duydunuz mu?, sorusuna, çalışmaya katılan hekimlerin 134 (% 60,9)'ü evet, 86 (% 39,1)'i hayır yanıtını vermiştir.

(2. soru) Defansif Tıp uygulamaları kavramının içeriğini yeterince biliyor musunuz? sorusuna, çalışmaya katılan hekimlerin 44 (% 20,0)'ü evet, 176 (% 80,0)'sı hayır yanıtı vermiştir.

Bu 2 sorunun yanıtı hekimlerin ne denli büyük bir tehlike içinde olduklarının göstergesidir. Çünkü çalışmaya katılan hekimlerin tümü şu ya da bu biçimde defansif tıp uygulaması yapmalarına karşın yaptıklarının ne olduğunu bilmeyenlerin oranı % 39,1'dur. Bilmedikleri için de defansif tıbbi uygulamaktadırlar. Ancak defansif tıbbi hukukçular bilmektedir. Bunun göstergesi defansif tıp ve malpraktis ile ilgili toplantılara ve eğitimlere hekimler kadar hukukçuların da katılmasıdır.

(3. soru) Malpraktis (Kötü tıp uygulamaları) davaları hekimlik yapma biçiminizi etkiler mi?, sorusuna, çalışmaya katılan hekimlerin 191 (% 86,8)'i evet, 29 (% 13,2)'u hayır yanıtını vermiştir.

(4. soru) Hekimlik yaşamınız boyunca malpraktis nedeniyle soruşturma açıldı mı?, sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 23 (% 10,5)'ü evet , 197 (% 89,5)'si hayır yanıtını vermiştir.

Hekimlerin pozitif defansif tıp ile ilgili görüş ve tutumlarını ortaya koymak için sorulan 7 sorunun çözümü:

Tablo 12: Pozitif Defansif Tıp ile İlgili Görüş ve Tutum Soruların Çözümü

	Tamamen katılıyorum	Çok katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Az katılıyorum	Hiç katılmıyorum
Soru6	% 14,1 (n: 31)	% 14,1 (n: 31)	% 24,5 (n: 54)	% 25,0 (n: 55)	% 22,3 (n: 49)
Soru8	% 16,4 (n: 36)	% 25,0 (n: 55)	% 25,0 (n: 55)	% 17,7 (n: 39)	% 15,9 (n: 35)
Soru9	% 7,7 (n: 17)	% 10,9 (n: 24)	% 20,0 (n: 44)	% 25,9 (n: 57)	% 35,5 (n: 78)
Soru10	% 16 (n: 36)	% 23,6 (n:52)	% 23,2 (n: 51)	% 23,6 (n: 52)	% 13,2 (n: 29)
Soru15	% 36,8 (n: 81)	% 30,9 (n: 68)	% 18,2 (n: 40)	% 10,9 (n: 24)	% 3,2 (n: 7)
Soru16	% 36,4 (n: 81)	% 33,2 (n: 73)	% 21,4 (n: 47)	% 6,4 (n: 14)	% 2,3 (n: 5)
Soru17	% 42,3 (n: 93)	% 31,8 (n: 70)	% 17,3 (n: 38)	% 6,4 (n: 14)	% 2,3 (n: 5)

(6. soru) Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile (normalde yatış istemeyeceğim) hastaları yatırıyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 31 (% 14,1)'i tamamen katılıyorum, 31 (% 14,1)'i çok katılıyorum, 54 (% 24,5)'ü orta derecede katılıyorum, 55 (% 25,0)'i az katılıyorum ve 49 (% 22,3)'ü hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 171 (% 77,7)'inin bu konuda defansif tıp uyguladığı ortaya çıkmaktadır.

(8. soru) Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim tetkikleri (görüntüleme, laboratuvar vs.) istiyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 36 (% 16,4)'sı tamamen katılıyorum, 55 (% 25,0)'i çok katılıyorum, 55 (% 25,0) orta derecede katılıyorum, 39 (% 17,7)'u az katılıyorum ve 35 (% 15,9)'i hiç katılmıyorum yanıtı vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 185 (% 84,1)'inin bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

(9. soru) Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda yazmayacağım ilaçları yazıyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 17 (% 7,7)'si tamamen katılıyorum, 24 (% 10,9)'ü çok katılıyorum, 44 (% 20,0)'ü orta derecede katılıyorum, 57 (% 25,9)'si az katılıyorum ve 78 (% 35,5)'i hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 142 (% 64,5)'sinin bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

(10. soru) Hukuki durumlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim konsültasyonları istiyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 36 (% 16)'sı tamamen katılıyorum, 52 (% 23,6)'si çok katılıyorum, 51 (% 23,2)'i orta derecede katılıyorum, 52 (% 23,6)'si az katılıyorum ve 29 (% 13,2)'u hiç katılmıyorum yanıtı vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 191 (% 86,8)'inin bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

(15. soru) Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla daha ayrıntılı kayıt tutuyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 81 (% 36,8)'i tamamen katılıyorum, 68 (% 30,9)'i çok katılıyorum, 40 (% 18,2)'i orta derecede katılıyorum, 20 (% 10,9)'si az katılıyorum ve 7 (% 3,2)'si hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 213 (% 96,8)'ünün bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

(16. soru) Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla hasta ve hasta yakınlarını aydınlatma işlemini daha çok özen gösteriyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 81 (% 36,4)'i tamamen katılıyorum, 73 (% 33,2)'ü çok katılıyorum, 47 (% 21,4)'si orta derecede katılıyorum, 14 (% 6,4)'ü az katılıyorum ve 5 (% 2,3)'i hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 215 (% 97,7)'inin bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

(17. soru) Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla onam belgelerine daha çok özen gösteriyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 93 (% 42,3)'ü tamamen katılıyorum, 70 (% 31,8)'i çok katılıyorum, 38 (% 17,3)'i orta derecede katılıyorum, 14 (% 6,4)'ü az katılıyorum ve 5 (% 2,3)'i hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 215 (% 97,7)'inin bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

Hekimlerin negatif defansif tıp ile ilgili görüş ve tutumlarını ortaya koymak için sorulan 6 sorunun çözümü:

Tablo 13: Negatif Defansif Tıp ile İlgili Görüş ve Tutum Sorularının Çözümü

	Tamamen katılıyorum	Çok katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Az katılıyorum	Hiç katılmıyorum
soru7	% 10,5 (n: 23)	% 16,4 (n: 36)	% 25,0 (n: 55)	% 28,2 (n: 62)	% 20,0 (n: 44)
soru11	% 22,7 (n: 50)	% 24,5 (n: 54)	% 25,0 (n: 55)	% 11,8 (n: 26)	% 15,9 (n: 35)
soru12	% 13,2 (n: 29)	% 14,5 (n: 32)	% 25,9 (n: 57)	% 20,5 (n: 45)	% 25,9 (n: 57)
soru13	% 15,5 (n: 34)	% 19,1 (n: 42)	% 20,0 (n: 44)	% 23,6 (n: 52)	% 21,8 (n: 48)
soru14	% 12,7 (n: 28)	% 15,5 (n: 34)	% 26,4 (n: 58)	% 26,4 (n: 58)	% 19,1 (n: 42)
soru24	% 24,5 (n: 54)	% 21,8 (n: 48)	% 28,2 (n: 62)	% 14,5 (n: 32)	% 10,9 (n: 24)

(7. soru) Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile (normalde sevk etmeyeceğim) hastaları sevk ediyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 23 (% 10,5)'ü tamamen katılıyorum, 36 (% 16,4)'sı çok katılıyorum, 55 (% 25,0)'i orta derecede katılıyorum, 62 (% 28,2)'si az katılıyorum ve 44 (% 20,0)'ü hiç katılmıyorum yanıtı vermiştir. Çalışmaya katılan hekimleri 176 (% 80,0)'sının bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

(11. soru) Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla şikayet etme olasılığı yüksek hastalardan (hasta yakınlarından) kaçınıyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 50 (% 22,7)'si tamamen katılıyorum, 54 (% 24,5)'ü çok katılıyorum, 55 (% 25,0)'i orta derecede katılıyorum, 26 (% 11,8)'sı az katılıyorum ve 35 (% 15,9)'i hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 185 (% 84,1)'inin bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

(12. soru) Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tanı ve tedavisi güç , karmaşık hastalardan kaçınıyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 29 (% 13,2)'u tamamen katılıyorum, 32 (% 14,5)'si çok katılıyorum, 57 (% 25,9)'si orta derecede katılıyorum, 45 (% 20,5)'i az katılıyorum ve 57 (% 25,9)'si hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 163 (% 74,1)'ünün bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

(13. soru) Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla komplikasyon olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 34 (% 15,5)'ü tamamen katılıyorum, 42 (% 19,1)'isi çok katılıyorum, 44 (% 20,0)'ü orta derecede katılıyorum, 52 (% 23,6)'si az katılıyorum ve 48 (% 21,8)'i hiç

katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 172 (% 78,2)'sinin bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

(14. soru) Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla girişimsel yöntemler yerine, girişimsel olmayan yöntemleri tercih ediyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 28 (% 12,7)'i tamamen katılıyorum, 34 (% 15,5)'ü çok katılıyorum, 58 (% 26,4)'i orta derecede katılıyorum, 58 (% 26,4)'i az katılıyorum ve 42 (% 19,1)'isi hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 178 (% 80,9)'inin bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

(24. soru) Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguluyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 54 (% 24,5)'ü tamamen katılıyorum, 48 (% 21,8)'i çok katılıyorum, 62 (% 28,2)'si orta derecede katılıyorum, 32 (% 14,5)'si az katılıyorum ve 24 (% 10,9)'ü hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 196 (% 89,1)'sının bu konuda defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

Hekimlerin, defansif tıp, malpraktis ve hukuk ile ilgili şu anki ya da olası durumlarla göre beklenti ve görüşlerini belirlemek için sorulan 7 sorunun çözümü:

Tablo 14: Defansif tıp, Malpraktis ve Hukuk ile İlgili Şu Anki ve Olası Beklenti Sorularının Çözümü

	Tamamen katılıyorum	Çok katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Az katılıyorum	Hiç katılmıyorum
Soru 5	% 29,5 (n: 65)	% 19,1 (n: 42)	% 31,4 (n: 69)	% 12,3 (n: 27)	% 7,7 (n: 17)
Soru18	% 40,5 (n: 89)	% 26,4 (n:58)	% 18,2 (n: 40)	% 10,9 (n: 24)	% 4,1 (n: 9)
Soru19	% 19,5 (n: 43)	% 20,9 (n: 46)	% 22,3 (n: 49)	% 21,4 (n: 47)	% 15,9 (n: 35)
Soru20	% 33,2 (n: 73)	% 31,8 (n: 70)	% 26,8 (n: 59)	% 6,4 (n: 14)	% 1,8 (n: 4)
Soru21	% 39,1 (n: 86)	% 35,9 (n: 79)	% 20,0 (n: 44)	% 3,2 (n: 7)	% 1,8 (n: 4)
Soru22	% 33,2 (n: 73)	% 30,9 (n: 68)	% 25,0 (n: 55)	% 9,1 (n: 20)	% 1,8 (n: 4)
Soru23	% 31,8 (n:70)	% 29,5 (n: 65)	% 27,3 (n: 60)	% 8,2 (n: 18)	% 3,2 (n: 7)

(5. soru) Önümüzdeki 10 yıl boyunca hakkınızda malpraktis nedeniyle soruşturma açılacağına düşünüyor musunuz?, sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 65 (% 29,5)'i tamamen katılıyorum, 42 (% 19,1)'si çok katılıyorum, 69 (% 31,4)'u orta derecede katılıyorum, 27 (% 12,3)'si az katılıyorum ve 17 (% 7,7)'si hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 203 (% 92,3)'ünün bu konudan tedirgin olduğu ortaya çıkmaktadır.

(18. soru) Malpraktis ile ilgili konular basın yayında yer aldıkça tedirgin oluyorum., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 89 (% 40,5)'u tamamen

katılıyorum, 58 (% 26,4)'i çok katılıyorum, 40 (% 18,2)'i orta derecede katılıyorum, 24 (% 10,9)'ü az katılıyorum ve 9 (% 4,1)'u hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 211 (% 95,9)'inin bu konudan tedirgin olduğu ortaya çıkmaktadır.

(19. soru) Malpraktis için ek sigorta yaptırmayı düşünüyorum (Sigorta maliyetini artırsa bile)., sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 43 (% 19,5)'ü tamamen katılıyorum, 46 (% 20,9)'sı çok katılıyorum, 49 (% 22,3)'u orta derecede katılıyorum, 47(% 21,4)'si az katılıyorum ve 35 (% 15,9)'i hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 185 (% 84,1)'inin bu görüşe katıldığı ortaya çıkmaktadır.

(20. soru) Malpraktis nedeniyle idari soruşturmalarda soruşturmacı bu konuda yetişmiş uzman kişi olsa defansif tıp uygulamalarına etkisi olur mu?, sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 73 (% 33,2)'ü tamamen katılıyorum, 70 (% 31,8)'i çok katılıyorum, 59 (% 26,8)'u orta derecede katılıyorum, 14 (% 6,4)'ü az katılıyorum ve 4 (% 1,8)'ü hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 216 (% 98,2)'sının bu görüşe katıldığı ortaya çıkmaktadır.

(21. soru) Malpraktis nedeniyle açılan hukuk ve ceza davasında savcı ve yargıçlar sağlık hukuku konusunda yetişmiş uzman kişi olsa defansif tıp uygulamalarına etkisi olur mu?, sorusun çalışmaya katılan hekimlerin 86 (% 39,1)'sı tamamen katılıyorum, 79 (% 35,9)'u çok katılıyorum, 44 (% 20,0)'ü orta derecede katılıyorum, 7 (% 3,2)'si az katılıyorum ve 4 (% 1,8) hiç katılmıyorum yanıtı vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 216 (% 98,2)'sının bu görüşe katıldığı ortaya çıkmaktadır.

(22. soru) Malpraktis nedeniyle hekimin hukuki (tazminat) sorumluluğu olmasa, hasta ve hasta yakınlarına doğan tazminat alacaklarının muhatabı hekim yerine yalnızca sigorta olsa defansif tıp üzerine etkisi olur mu?, sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 72 (% 33,2)'si tamamen katılıyorum, 68 (% 30,9)'i çok katılıyorum, 55 (% 25,0)'i orta derecede katılıyorum, 20 (% 9,1)'si az katılıyorum ve 4 (% 1,8)'ü hiç katılmıyorum yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 216 (% 98,2)'sının bu görüşe katıldığı ortaya çıkmaktadır.

(23. soru) Sağlık mesleğinin koşullarına uygun ceza ve hukuki (tazminat) için özel yasa olsa defansif tıp azalır mı?, sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin

70 (% 31,8)'i tamamen katılıyorum, 65 (% 29,5)'i çok katılıyorum, 60 (% 27,3)'i orta derecede katılıyorum, 18 (% 8,2)'i az katılıyorum ve 7 (% 3,2)'si hiç katılmıyorum yanıtı vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 213 (% 96,8)'ünün bu görüşü katıldığı ortaya çıkmaktadır.

Tablo 15: Defansif Tıp Sorularının Toplu Çözümü

	Tamamen katılıyorum	Çok katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Az katılıyorum	Hiç katılmıyorum
Soru5	% 29,5 (n: 65)	% 19,1 (n: 42)	% 31,4 (n: 69)	% 12,3 (n: 27)	% 7,7 (n: 17)
Soru6	% 14,1 (n: 31)	% 14,1 (n: 31)	% 24,5 (n: 54)	% 25,0 (n: 55)	% 22,3 (n: 49)
soru7	% 10,5 (n: 23)	% 16,4 (n: 36)	% 25,0 (n: 55)	% 28,2 (n: 62)	% 20,0 (n:44)
soru8	% 16,4 (n: 36)	% 25,0 (n: 55)	% 25,0 (n: 55)	% 17,7 (n: 39)	% 15,9 (n: 35)
soru9	% 7,7 (n: 17)	% 10,9 (n: 24)	% 20,0 (n: 44)	% 25,9 (n: 57)	% 35,5 (n: 78)
soru10	% 16 (n: 36)	% 23,6 (n:52)	% 23,2 (n: 51)	% 23,6 (n: 52)	% 13,2 (n: 29)
soru11	% 22,7 (n: 50)	% 24,5 (n: 54)	% 25,0 (n: 55)	% 11,8 (n: 26)	% 15,9 (n: 35)
soru12	% 13,2 (n: 29)	% 14,5 (n: 32)	% 25,9 (n: 57)	% 20,5 (n: 45)	% 25,9 (n: 57)
soru13	% 15,5 (n: 34)	% 19,1 (n: 42)	% 20,0 (n: 44)	% 23,6 (n: 52)	% 21,8 (n: 48)
soru14	% 12,7 (n: 28)	% 15,5 (n: 34)	% 26,4 (n: 58)	% 26,4 (n: 58)	% 19,1 (n: 42)
soru15	% 36,8 (n: 81)	% 30,9 (n: 68)	% 18,2 (n: 40)	% 10,9 (n: 24)	% 3,2 (n: 7)
soru16	% 36,4 (n: 81)	% 33,2 (n: 73)	% 21,4 (n: 47)	% 6,4 (n: 14)	% 2,3 (n: 5)
soru17	% 42,3 (n: 93)	% 31,8 (n: 70)	% 17,3 (n: 38)	% 6,4 (n: 14)	% 2,3 (n: 5)
soru18	% 40,5 (n: 89)	% 26,4 (n:58)	% 18,2 (n: 40)	% 10,9 (n: 24)	% 4,1 (n: 9)
soru19	% 19,5 (n: 43)	% 20,9 (n: 46)	% 22,3 (n: 49)	% 21,4 (n:47)	% 15,9 (n: 35)
soru20	% 33,2 (n: 73)	%31,8 (n: 70)	% 26,8 (n: 59)	% 6,4 (n: 14)	% 1,8 (n: 4)
soru21	% 39,1 (n: 86)	% 35,9 (n: 79)	% 20,0 (n: 44)	% 3,2 (n: 7)	% 1,8 (n: 4)
soru22	% 33,2 (n: 73)	% 30,9 (n: 68)	% 25,0 (n: 55)	% 9,1 (n: 20)	% 1,8 (n: 4)
soru23	% 31,8 (n: 70)	% 29,5 (n: 65)	% 27,3 (n: 60)	% 8,2 (n: 18)	% 3,2 (n: 7)
soru24	% 24,5 (n: 54)	% 21,8 (n: 48)	% 28,2 (n: 62)	% 14,5 (n: 32)	% 10,9 (n: 24)

Tutum düzeyleri belirlenmesinde katılımcılar yüzde yirmilik dilimlere ayrılmıştır. 80-100 arası çok iyi, 60-79 arası iyi, 40-59 arası orta derece ve 20-39 arası kötü olarak kabul edilmiş çalışmaya katılan hekimlerin tutum düzeyleri çözümlenmesinde, hekimlerin 38 (% 17,3)'inde çok iyi, 110 (% 50,0)'unda iyi, 66 (% 30,0)'sında orta derece ve 6(% 2,7)'sında kötü tutum düzeyi belirlenmiştir.

Tablo 16: Tutum Düzeyi

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplam Yüzde
Tutum Aralığı				
20-39 arası kötü	6	2,7	2,7	2,7
40-59 arası orta derece	66	30,0	30,0	32,7
60-79 arası iyi	110	50,0	50,0	82,7
80-100 arası çok iyi	38	17,3	17,3	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Tablo 17: Çapraz Tablo 1

	Yaş	cins	statü	branş	hhiğs	1.	2.	3.	4.
Cins	p:0,005 d:-,184								
Statü	p:0,000 d:0,698								
branş	p:0,034 d:0,156	p:0,001 d:-,231	p:0,005 d:0,191						
Hhiğs	p:0,000 d:0,851	p:0,001 d:-,173	p:0,000 d:0,643	p:0,020 d:0,141					
1.									
2.	p:0,003 d:-,159		p:0,012 d:-,167	p:0,009 d:-,174	p:0,019 d:-,158	p:0,000 d:0,370			
3.					p:0,015 d:0,094				
4.	p:0,035 d:-,143	p:0,001 d:0,193	p:0,041 d:-,125	p:0,001 d:-,200	p:0,006 d:-,140				
5.						p:0,011 d:-,187	p:0,047 d:-,152		p:0,011 d:-,161
6.				p:0,049 d:-,113				p:0,008 d:-,161	
7.	p:0,027 d:-,002		p:0,038 d:-,020					p:0,013 d:-,149	
8.								p:0,001 d:-,187	
9.								p:0,002 d:-,178	
10.								p:0,014 d:-,163	
11.	p:0,042 d:0,006	p:0,006 d:-,126						p:0,000 d:-,262	

12.	p:0,041 d:0,017							p:0,000 d:-,278	
13.									
14.	p:0,000 d:0,015								
15.						p:0,023 d:0,014			
16.	p:0,046 d:0,057								
17.									
18.	p:0,027 d:-,018								
19.									
20.									
21.									
22.									
23.	p:0,020 d:0,003								
24.	p:0,007 d:-,128					p:0,037 d:0,031	p:0,045 d:0,130		

Tablo 18: Çapraz Tablo

	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
6.	p:0,000 d:0,250																		
7.	p:0,000 d:0,325	p:0,000 d:0,515																	
8.	p:0,000 d:0,307	p:0,000 d:0,477	p:0,000 d:0,611																
9.	p:0,000 d:0,245	p:0,000 d:0,429	p:0,000 d:0,521	p:0,000 d:0,565															
10	p:0,000 d:0,327	p:0,000 d:0,442	p:0,000 d:0,577	p:0,000 d:0,727	p:0,000 d:0,621														
11	p:0,000 d:0,265	p:0,000 d:0,364	p:0,000 d:0,490	p:0,000 d:0,531	p:0,000 d:0,483	p:0,000 d:0,515													
12	p:0,000 d:0,210	p:0,000 d:0,302	p:0,000 d:0,444	p:0,000 d:0,432	p:0,000 d:0,439	p:0,000 d:0,494	p:0,000 d:0,608												
13	p:0,000 d:0,199	p:0,000 d:0,274	p:0,000 d:0,450	p:0,000 d:0,420	p:0,000 d:0,431	p:0,000 d:0,468	p:0,000 d:0,564	p:0,000 d:0,791											
14	p:0,000 d:0,219	p:0,000 d:0,361	p:0,000 d:0,424	p:0,000 d:0,499	p:0,000 d:0,460	p:0,000 d:0,487	p:0,000 d:0,475	p:0,000 d:0,510	p:0,000 d:0,505										
15	p:0,012 d:0,132	p:0,001 d:0,066	p:0,002 d:0,219	p:0,000 d:0,251		p:0,000 d:0,262	p:0,000 d:0,209	p:0,000 d:0,147	p:0,003 d:0,172	p:0,000 d:0,241									

16	p:0,008 d:0,112	p:0,000 d:0,041	p:0,017 d:0,185	p:0,002 d:0,140		p:0,002 d:0,177	p:0,000 d:0,214	p:0,001 d:0,135	p:0,000 d:0,184	p:0,001 d:0,201	p:0,000 d:0,637								
17	p:0,000 d:0,150	p:0,001 d:0,073	p:0,002 d:0,227	p:0,001 d:0,197		p:0,001 d:0,217	p:0,000 d:0,229	p:0,002 d:0,118	p:0,008 d:0,169	p:0,026 d:0,217	p:0,000 d:0,657	p:0,000 d:0,736							
18	p:0,000 d:0,273	p:0,002 d:0,073	p:0,000 d:0,335	p:0,000 d:0,325	p:0,001 d:0,253	p:0,000 d:0,306	p:0,000 d:0,366	p:0,000 d:0,267	p:0,000 d:0,318	p:0,000 d:0,390	p:0,000 d:0,284	p:0,000 d:0,302	p:0,000 d:0,368						
19	p:0,002 d:0,145	p:0,001 d:0,166	p:0,000 d:0,176	p:0,000 d:0,136	p:0,032 d:0,170	p:0,001 d:0,185	p:0,000 d:0,226	p:0,000 d:0,233	p:0,000 d:0,239	p:0,000 d:0,317	p:0,006 d:0,132	p:0,004 d:0,146	p:0,002 d:0,132	p:0,000 d:0,304					
20	p:0,001 d:0,145	p:0,016 d:0,052	p:0,000 d:0,068	p:0,000 d:0,014	p:0,004 d:-0,007	p:0,000 d:0,040	p:0,001 d:0,050	p:0,000 d:0,029	p:0,003 d:0,067	p:0,001 d:0,071	p:0,000 d:0,216	p:0,000 d:0,278	p:0,000 d:0,307	p:0,000 d:0,242	p:0,000 d:0,154				
21	p:0,000 d:0,050		p:0,000 d:-0,001	p:0,001 d:-0,034		p:0,003 d:-0,026	p:0,001 d:-0,016	p:0,000 d:-0,036	p:0,000 d:-0,032	p:0,003 d:-0,027	p:0,003 d:0,154	p:0,000 d:0,240	p:0,000 d:0,273	p:0,000 d:0,208	p:0,000 d:0,102	p:0,000 d:0,740			
22	p:0,000 d:0,172	p:0,020 d:0,177	p:0,000 d:0,121	p:0,000 d:0,075	p:0,048 d:0,087	p:0,000 d:0,105	p:0,000 d:0,152	p:0,000 d:0,119	p:0,000 d:0,130	p:0,000 d:0,029	p:0,000 d:0,208	p:0,000 d:0,186	p:0,000 d:0,247	p:0,000 d:0,158	p:0,000 d:0,185	p:0,000 d:0,490	p:0,000 d:0,484		
23	p:0,000 d:0,154			p:0,003 d:-0,018	p:0,031 d:-0,004		p:0,000 d:0,083	p:0,000 d:0,050	p:0,000 d:0,053	p:0,010 d:0,044	p:0,001 d:0,198	p:0,000 d:0,250	p:0,000 d:0,286	p:0,000 d:0,265	p:0,000 d:0,235	p:0,000 d:0,471	p:0,000 d:0,443	p:0,000 d:0,536	
24	p:0,000 d:0,136	p:0,000 d:0,352	p:0,000 d:0,340	p:0,000 d:0,340	p:0,000 d:0,321	p:0,000 d:0,352	p:0,000 d:0,415	p:0,000 d:0,380	p:0,000 d:0,379	p:0,000 d:0,396	p:0,000 d:0,209	p:0,000 d:0,155	p:0,000 d:0,189	p:0,000 d:0,367	p:0,000 d:0,363	p:0,000 d:0,264	p:0,000 d:0,218	p:0,000 d:0,352	p:0,000 d:0,352

Çalışmaya katılan hekimler cerrahi ve dahili branş olarak ayrılmadan anket çözümü sunulmuştur. Bunun nedeni çalışmanın çözümünde, dahili branşlar ile cerrahi branşlar arasında anlamlı bir farklılık olmamasıdır. Çalışmaya katılan hekimlerin 2/3'ü dahiliye branştan ve 1/3'ü cerrahi branştandır. Çalışmaya katılan hekimlerin 151 (% 68,6)'i dahili branş hekimi ve 69 (% 31,4)'u cerrahi branş hekimidir.

Tablo 19: Hekimlerin Branşları

	Sayı	Yüzde		
Dahili	151	68,6		
Cerrahi	69	31,4		
Toplam	220	100,0		

Çalışmaya katılan dahili branş hekimlerinin tutum puan hesaplamasında hekimlerin 28 (% 18,5)'i çok iyi, 79 (% 52,3)'u iyi, 40 (% 26,5)'i orta derece ve 4 (% 2,6)'ü kötü tutum puanı sergilemiştir. Bu tutum düzeyi, hem cerrahi branş hekimlerinin tutum düzeyi ile hem de tüm hekimlerin tutum düzeyi ile örtüşmektedir.

Tablo 20: Dahili Branş Hekimleri

	Sayı	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Std. Sapma
Toplam Puan	151	27,00	100,00	67,2517	14,20949
Valid N (listwise)	151				

Tablo 21: Dahili Branş Hekimlerinin Tutum Puanı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüde	Toplam Yüzde
Tutum Aralığı				
20-39 arası kötü	4	2,6	2,6	2,6
40-59 arası orta derece	40	26,5	26,5	29,1
60-79 arası iyi	79	52,3	52,3	81,5
80-100 arası çok iyi	28	18,5	18,5	100,0
Total	151	100,0	100,0	

Çalışmaya katılan cerrahi branş hekimlerinin tutum puan hesaplamasında hekimlerin 10 (% 14,5)'u çok iyi, 31 (% 44,9)'i iyi, 26 (% 37,7)'si orta derece ve 2 (% 2,9)'si kötü tutum puanı sergilemiştir. Bu tutum düzeyi hem dahili branş

hekimlerinin tutum düzeyi ile hem de tüm hekimlerin tutum düzeyi ile örtüşmektedir.

Tablo 22: Cerrahi Branş Hekimleri

	Sayı	En düşük	En yüksek	Ortalama	Std. Sapma
Toplam Puan	69	34,00	100,00	65,6812	14,54354
Valid N (listwise)	69				

Tablo 23: Cerrahi Branş Hekimlerinin Tutum Puanı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüde	Toplam Yüzde
Tutum Aralığı				
20-39 arası kötü	2	2,9	2,9	2,9
40-59 arası orta derece	26	37,7	37,7	40,6
60-79 arası iyi	31	44,9	44,9	85,5
80-100 arası çok iyi	10	14,5	14,5	100,0
Toplam	69	100,0	100,0	

Tablo 24: Tutum Değişimi

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Ortalama fark	Standart Hata Farkı	Farkın 95% Güven Aralığı	
									Alt	Üst
toplam	Equal variances assumed	,028	,868	,755	218	,451	1,57050	2,08006	-2,52910	5,67009
puan	Equal variances not assumed			,748	129,124	,456	1,57050	2,09823	-2,58087	5,72186

Defansif tıp uygulamalarını önceden duyduğunu belirten hekimler, son 10 yıl içerisinde malpraktis nedeniyle soruşturma açılabileceğini düşünmekte (p:0,011), kayıtlara daha fazla önem vermekte (p:0,023) ve hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uygulamaktadır (p:0,031).

Defansif tıp uygulamaları kavramını bildiğini belirten hekimler, son 10 yıl içerisinde malpraktis nedeniyle soruşturma açılabileceğini düşünmekte (p:0,047) ve

hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uygulamaktadır (p:0,045).

Malpraktis davalarının hekimlik yapma biçimini etkileyeceğini belirten hekimler, tıbbi gereklilik dışından hasta yatışları yapmakta (p:0,008), daha çok hasta sevk etmekte (p:0,013), daha fazla tetkik istemekte (p:0,001), daha fazla ilaç yazmakta (p:0,012), bolca konsültasyon istemekte (p:0,014), şikayet etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınmakta (p:0,000) ve karmaşık hastalardan kaçınmaktadır (p:0,045).

Malpraktis nedeniyle dava açılan hekimler, önlerindeki 10 yıl boyunca malpraktis nedeniyle dava açılabilirliğini düşünmektedir (p:0,011).

İleri yaşlardaki hekimler hasta sevkine daha fazla yönelmekte (p:0,27), medyada malpraktis ile ilgili konular yer aldıkça daha fazla tedirgin olmakta (p:0,027) ve saldırılardan korunmak için daha defansif davranmaktadır (p:0,007).

Genç hekimler şikayet etme olasılığı yüksek hastalardan daha fazla kaçınmakta (p:0,042), tanı ve tedavisi güç hastalardan kaçınmakta (p:0,041), girişimsel olmayan tedavilere yönelmekte (p:0,000), hasta ve hasta yakınlarına daha fazla bilgi vermektedirler (p:0,046).

3. YORUM

Bulgular hiç bir hekimin tüm soruları birden hayır demediğini göstermiştir. Pozitif defansif tıp uygulaması sorularına evet yanıtı verenler ankete katılan hekimlerin % 86,5'ini oluşturmaktadır. Negatif defansif tıp uygulaması sorularına evet yanıtı verenler ankete katılan hekimlerin % 81,6'sını oluşturmaktadır. Pozitif ve negatif defansif tıp uygulaması içinde bulunan hekimlerin ortalama yüzdesi 84,05 bulunmaktadır. Bu yüzde yurdumuzda hekimler arasında defansif tıp uygulamalarının ne denli yüksek olduğunu göstermektedir.

Pozitif ve negatif defansif uygulaması ile doğrudan ilgili 13 sorunun tümüne hayır diyen hekim çıkmamıştır. Bu tüm hekimlerin değişik ölçülerde defansif tıbbi uygulamasında bulunduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar defansif tıbbin hukuki, etik, ekonomik ve sağlık açısından önemini göstermektedir.

Defansif Tıp kavramını daha önce duydunuz mu? sorusuna, çalışmaya katılan hekimlerin 86 (% 39,1)'sı hayır yanıtını vermiştir. Defansif Tıp uygulamaları kavramının içeriğini yeterince biliyor musunuz? sorusuna, çalışmaya katılan hekimlerin 176 (% 80,0)'sı hayır yanıtı vermiştir. Bu sonuç hekimler arasındaki defansif tıp yapma oranının yüksekliği ile bir araya gelince ortaya çıkan durum düşündürücüdür. Hekimler içeriğini yeterince bilmedikleri uygulamaları yaparak büyük risk altına girmektedir. Anketin en ilginç sonucu 6 yıllık tıp eğitimine ek ortalama 4 yıllık uzmanlık eğitimi ile toplam 10 yıllık yüksek öğrenim gören kişilerin, tümünün defansif tıbbi uygulamasında bulunmasına karşın yarıya yakınının defansif tıbbin adını duymamaları, çoğunluğunun da içeriğini bilmemeleridir.

Hekimlerin, defansif tıp, malpraktis ve hukuk ile ilgili şu anki ya da olası durumlarla göre beklenti ve görüşlerini belirlemek için sorulan 7 sorunun çözümü: Önümüzdeki 10 yıl boyunca hakkınızda malpraktis nedeniyle soruşturma açılabilirliğine düşünüyor musunuz? sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 203 (% 92,3)'ünün, malpraktis ile ilgili konular basın yayında yer aldıkça tedirgin oluyorum, sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 211 (% 95,9)'inin, malpraktis için ek sigorta yaptırmayı düşünüyorum (Sigorta maliyetini artırsa bile) sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 185 (% 84,1)'inin, malpraktis nedeniyle idari soruşturmalarda soruşturmacı bu konuda yetişmiş uzman kişi olsa defansif tıp uygulamalarına etkisi olur mu? sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 216 (% 98,2)'sının, malpraktis nedeniyle açılan hukuk ve ceza davasında savcı ve yargıçlar sağlık hukuku konusunda yetişmiş uzman kişi olsa defansif tıp uygulamalarına etkisi olur mu? sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 216 (% 98,2)'sının, malpraktis nedeniyle hekimin hukuki (tazminat) sorumluluğu olmasa, hasta ve hasta yakınlarına doğan tazminat alacaklarının muhatabı hekim yerine yalnızca sigorta olsa defansif tıp üzerine etkisi olur mu? sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 216 (% 98,2)'sının, sağlık mesleğinin koşullarına uygun ceza ve hukuki (tazminat) için özel yasa olsa defansif tıp azalır mı? sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 213 (% 96,8)'ünün evet demesi hekimlerin malpraktisten ne denli korktuğunu göstermektedir. Bunların ortalaması % 90,5 olmaktadır. Hekimler bu korkuyla defansif tıp uygulamalarına sarılmaktadır.

Mesleklerde bilgi ve uygulamalar zaman içinde değişir. Çağdaş kurumlarda bu değişime okul sonrası ve meslek içi eğitim ile uyum sağlanmaktadır. Anket sonuçlarının defansif uygulamalar doğrultusunda bu denli yüksek çıkmasının nedeni bu eğitimlerin yetersizliğidir.

TARTIŞMA

Hekimlerin neden defansif uygulamalar da bulduklarını tartışmak için öncelikle neden şikayet edildiklerini ve şikayetlerin neden arttığını sorgulamak gerekir. Çünkü defansif tıbbın en büyük nedeni şikayet edilme korkusudur.

Hekim, eskiden baba (Paternalist, koruyucu, gözetici) hekim iken zamanımızda işçi hekim rolündedir. Bu durum ülkemiz için de geçerlidir. Babadan hesap sorulmadığı ama işçiden hesap sorulduğu gibi baba hekimden hesap sorulmamaktayken şimdi işçi hekimden hesap sorulmaktadır. Cumhuriyetin kuruluşunda parmakla sayılacak kadar Tıp Fakültesi bitirmiş hekim varken yine de yurdumuzun her köşesinde hastalar tedavi edilmekte, ilaç kullanılmakta, diş tedavisi yapılmakta ve çeşitli cerrahi girişimler yapılmaktaydı. Tıp fakültesi mezunu hekimlerin yeterli sayıda olmaması sebebiyle zorunlu olarak bu dönemde, sağlık hizmetleri halk arasında şifacı, lokman hekim olarak bilinen ve ehil olmayan kişilerin eline kalmıştı. Kırık çıkıkçılar ortopedi vakalarının tedavisini, berberler diş çekimi ve bazı cilt hastalıklarının tedavisini, askerliğini sıhhiyeciler olarak yapanlar ise ateş düşürücü, bulantı kesici, penisilin bulunan çantalarıyla köy köy dolaşarak ateşli hastalıkları tedavi eder, yaşlı ebe kadınlar doğum yaptırır, yaşlılar hafif ruh hastalıklarına okurlar üfürürler, derin hocalar ağır ruh hastalıklarını tedavi ederlerdi. Bu durum ülkemizde 70'li yıllara dek yaygın olarak, zamanımıza doğru azalarak sürmüştür. Bu duruma inanmakta güçlük çeken yeni kuşak bilmelidir ki eğitim ve araştırma hastanelerinde bile 90'lı yıllara dek hademeler hemşirelik hizmetleri, röntgen çekimi ve laborantlık yapmaktaydı. Bu kişiler bu görevleri yapmakla yükümlü olmadıklarından istek karşılığında bu işi yapan, iyilik yapan konumundaydılar. O dönemde bu kişiler toplumun bu konularında bilge kişiler sayılmakta idi. Askerliğini er ve çavuş olarak yapanların adlarının yanlarına övgü amacıyla "onbaşı, çavuş" sıfatlarının verildiği o dönemde sağlıklı uğraşanlar ayrıcalıklı kişiler sayılırdı. Sağlık hizmetinin olumsuz sonuçlarından bu kişiler sorumlu tutulmazdı. Bu kişilerin sorumlu tutulmadığı dönemlerde diplomalı hekimlerin sorumlu tutulması, halkın akıldan bile geçirilmezdi. "İyileşirse hekimden ölürse Allah'tan" düşüncesi geçerliydi.

Ülkemizde bir yandan diplomalı sağlık çalışanların sayısı artarken bir yandan da batı değer yargıları yerleşmeye başlamış ve "iyileşirse hekimden ölürse Allaktan" anlayışı da değişmeye başlamıştır.

Geçmişte diplomasız kişilerin (şifacıların) yaptıkları bu uygulamaların karşılığında ücret yoktu. Kuşkusuz bir karşılık vardı, bu hak geçmesin diye yapılan bir ödeme idi. Diplomasız sağlıkçılara ödenen, minnet borcu gereği verilen, verilmesi gereken bir armağan ahlaki bir gereklilik idi. Halk arasındaki deyişle "Hak geçmesin parası idi. Hastanın ahlaki gereklilik sonucu bir şeyler verdiği kişiyi suçlaması, dava etmesi düşünülemezdi. Bu anlayışla diplomalı hekimlere de uzun süre muayene ücreti yanı sıra sıkça armağan verildiği de bir gerçektir. Toplumumuzda anlayış değiştikçe her alanda olduğu gibi sağlıkta da hizmet ve ücret anlayışı gelmiştir. Ücret var, öyleyse kusur varsa zarar giderilmelidir düşüncesi oluşmuştur.

Hekimleri şikayet etme artışının bir nedeni de şikayet etmenin kolaylaşması olmuştur. Her şikayet dilekçesi incelenip, sonucun şikayetçiye bildirilmesi ve geri bildirimde şikayetçi haklı olmasa bile şikayet edilenin uyarıldığı anlamına gelebilecek sözler kullanılması şikayetçileri cesaretlendirmektedir. Yazılı başvurma alışkanlığı olmayan topluma 'alo şikayet hattı' ile kolay şikayet yolu açılması defansif tıbbi artışında etkili olmuştur.

Son yıllarda Hasta Hakları Yönetmeliği gereğince sağlık kurumlarında kurulan hasta hakları kurullarının, şikayet durumunda ayrıntılı inceleme yapması şikayet artışında etkili olmuştur.

Hekimlerin zorunlu mesleki sigorta yaptırmaları şikayet artışında ayrı bir etkidir. Hastaların, hekimlerin sigortasının olması nedeniyle şikayetlerini sürdürmeleri dikkat çekicidir. Çünkü hekimin ödeme gücü olmasa da sigortadan para alma garantisi düşüncesi etkilidir. Yargının da karar gereğinin sigorta tarafından ödenecek düşüncesiyle hasta lehine karar vermelerinin etkili olduğu değerlendirilmektedir.

Hekimler her olumsuz sonucu komplikasyon olarak değerlendirirken avukatların malpraktis kavramını, hasta haklarını öğrenerek hekimler aleyhine dava açmaları hasta şikayetlerini artırmaktadır. Avukatlar bu yolla tazminat davalarını kazanabilecekleri düşüncesiyle hastaları dava açma konusunda isteklendirmektedir.

Sonuçta dava kazanıldığında hekimin ödeme gücü sorunu yaşanmamakta tazminat hekimin sigortasından karşılanmaktadır

Hekimleri şikayetin artış nedenleri:

1. Toplum değer yargılarının değişmesi.
2. Bir bölüm hekimin etik değerlere aykırı davranmalarının halkta oluşturduğu olumsuz algı.

Kamuda çalışan hekimler özlük hakları (gelirleri) için birlik olup yeterince uğraşmamaktadır. Tabipler birliği, sendika ve dernekler altında yeterince bir araya gelememektedir. Bunun dışındaki yollarda ("bu ücrete bu kadar iş" düşüncesinin davranışlara yansımaları, muayenehanede tabipler odasının belirttiği ücretler dışında alınan ücretler) halkta olumsuz düşünceler oluşturmaktadır.

3. Hastaların yanlış bir düşünceyle sağlık kuruluşlarındaki olumsuzluklardan sorumlu tutması.

4. Şikayet etmenin kolaylaşması, sözel (alo 184 hattı) şikayetlerin işlem görmesi, sağlık kurumlarında şikayetleri değerlendiren yöneticilerin, hasta hakları kurullarının çoğunlukla hasta yönlü bakması.

5. Zorunlu mesleki sigortanın ödeme kolaylığı.

6. Avukatların sağlık hukuku alanındaki eğitimleri.

Yaklaşık her on hekimden biri şikayete uğramaktadır. Dr. Yusuf Aynacı tarafından Konya'da hekimler arasında yapılan bir anket çalışmasında dava edilme oranı % 12,34 bulunmuştur¹⁴⁶. Dr. Giray Kolcu tarafından yapılan İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hekimler arasında yapılan bir anket çalışmasında dava edilme oranı % 8,1 bulunmuştur¹⁴⁷. Bizim yaptığımız çalışmada şikayet edilme % 10,5 oranında bulunmuştur.

Defansif tıp için yaptığımız ankette defansif tıbbi uygulamada bulunmayan hekim yoktu bulunmadığı saptanmıştır. Tüm hekimler değişik boyutlarda defansif tıp uygulamaktadır. Biz ankette çıkan boyutun ötesinde defansif tıp uygulaması yapıldığını inanmaktayız. Anket çalışmamızda çekinik tıp (Defansif Tıp) kavramını daha önce duydunuz mu?, sorusuna, çalışmaya katılan hekimlerin 134 (% 60,9)'ü

¹⁴⁶ Yusuf Aynacı, **Hekimlerde Defansif Tıp (Çekinik) Uygulamalarının Araştırılması**, Uzmanlık Tezi, 2008, s. 38.

¹⁴⁷ Giray Kolcu, **T.B.S.B. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler ile Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi**, Uzmanlık Tezi, 2013, s. 42.

evet, 86 (% 39,1)'i hayır yanıtını vermiştir. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriğini yeterince biliyor musunuz?, sorusuna, çalışmaya katılan hekimleri 44 (% 20,0)'ü evet, 176 (% 80,0)'sı hayır yanıtı vermiştir.

Bu 2 sorunun yanıtı hekimlerin ne denli büyük bir tehlike içinde olduklarının göstergesidir. Çünkü çalışmaya katılan hekimlerin tümü şu ya da bu biçimde defansif tıp uygulaması yapmasına karşın yaptıklarının ne olduğunu bilmeyenlerin oranı % 39,1 ve yaptıklarının içeriğini bilmeyenlerin oranı % 80 olarak bulunmuştur. Bilmedikleri için de defansif tıbbi uygulamaktadırlar.

Kimi hekimler de defansif tıp uygulamadıklarını her basamaktaki yönetimin ve hastaların olumsuz tutumlarının defansif tıp uygulamasına kendilerini zorladığını düşünmektedir. Kuşkusuz bunun doğruluğu yadsınamaz ama hekimlerin bu savunmayı yaparken kendilerinden kaynaklanan defansif uygulamalar konusunda çelişkili oldukları görülmektedir. Hekimlerin bir bölümü yaptıkları defansif tıp uygulamalarını kanıta dayalı hekimliğin gereği olarak görerek kendilerinde kusur görmemektedirler. Hekimlerin bir bölümü yaptıklarını günümüz sağlık sisteminin kendilerine karşı düşmanca davranışına tepki olarak görmektedir. Kısacası "kendimi savunuyorum öyleyse suçum yok" düşüncesi yaygındır.

Amerika Birleşik Devletlerinde bir hastanın 1957 yılında karşılaştığı komplikasyonlardan bilgilendirilmediği için dava açması sonrası Amerikan Yüksek Mahkemesi Amerikan Cerrahlar Birliği'nin yaptığı bir tanıma dayanarak "aydınlatılmış onam" kavramını gündeme getirmiştir¹⁴⁸. Onam belgesi hastanın rızasının göstergesi, yani tıbbi girişimin koşullarından birini oluşturmaktadır. Tıbbi girişimde olumsuz giden bir durum oluştuğunda onam belgesinin eksikliği çoğunlukla hekim aleyhine yaptırım için yeterli olabilmektedir. Son yıllarda hastanelerde, hastane içi ve Sağlık Bakanlığınca yapılan denetimlerde kayıt ve belgeler üzerinde özenle durulması nedeniyle hekimler onam belgelerine ve diğer kayıtları eksiksiz doldurmaya çalışmaktadırlar.

Türkiye'de 2014 yazında Soma'da oluşan kömür madeni kazasından sonra medyada sanıklarının taksir ile değil ihmal suretiyle olası kastla ölüme sebebiyet vermekten yargılanacakları yer almıştır. Defansif tıp uygulaması istemli yapılan

¹⁴⁸ Arın Namal. 2. Sağlık Hukuku Sempozyumu
<http://www.turkhukusitesi.com/showthread.php?t=19191>. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

ihmali bir davranış içerebilir. Hekimleri bu durumdan kurtarabilecek şey hala tıbbın gerektirdiği uygulamalardan ayrılamamalarıdır.

Pozitif defansif tıp uygulamaları için sorulan aşağıdaki dört soruya verilen yanıtlar baskın olarak bunların yapıldığını göstermektedir.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile (normalde yatış istemeyeceğim) hastaları yatırıyorum.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim tetkikleri (görüntüleme, laboratuvar vs.) istiyorum.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda yazmayacağım ilaçları yazıyorum.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim konsültasyonları istiyorum.

Bunlar istemli yapılan uygulamalardır. Hukuken bilinçli davranışlar arasında sayılır. Bu dört sorunun oluşturduğu eylemler yapılmaması gereken ve yapıldığında suç oluşturan eylemlerdir. Kuşkusuz istemli ve bilinçli yapılan davranışlar suç oluşturduğunda kast aranması doğaldır. Hekimler bunu gözden kaçırlarsa çok ağır yaptırımlarla karşılaşabileceklerdir.

Pozitif defansif tıp uygulamaları için sorulan aşağıdaki üç soruya verilen yanıtlar baskın olarak bu uygulamaların yapıldığını göstermektedir.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla daha ayrıntılı kayıt tutuyorum.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla hasta ve hasta yakınlarına aydınlatma işlemine daha çok özen gösteriyorum.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla onam belgelerine daha çok özen gösteriyorum.

Bunları yapmak gerekli olanı yapmak olduğundan sorun oluşturmamaktadır. Yapılmadığında ise çoğunlukla idari sorun olabilir. Seyrek ve dolaylı olarak cezai ve hukuki sorun oluşmaktadır. Bu da hasta zarara uğradığında hekimin kendini kanıtlaması ve savunmasında güçlük oluşturmasının sonucunda yaptırımlarla karşılaşması biçiminde olacaktır. Hekimlerin kendilerini kanıtlamada en büyük dayanakları bunlar olacağından hekimlerin bu konularda gereğince özenli olmaları gerekir.

Hekimlerin negatif defansif tıp ile ilgili görüş ve tutumlarını ortaya koymak için sorulan aşağıdaki 5 soruya verilen yanıtlar bunların baskın olarak yapıldığını gösteriyor.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile (normalde sevk etmeyeceğim) hastaları sevk ediyorum.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla şikayet etme olasılığı yüksek hastalardan (hasta yakınlarından) kaçınıyorum.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tanı ve tedavisi güç, karmaşık hastalardan kaçınıyorum.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla komplikasyon olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.

. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla girişimsel yöntemler yerine, girişimsel olmayan yöntemleri tercih ediyorum.

Hekimler negatif defansif tıp uygulamalarında icrai bir davranışta bulunmadıkları için bir suçun oluşmayacağını düşünmektedirler. Ancak yapılması gereken bir davranışın yapılmaması da ihmali bir suç oluşturabilir.

Hekimlerin, defansif tıp, malpraktis ve bunlardan dolayı şu an yada ileride hukuku yaptırımlarla karşılaşma durum olasılığı ve görüşlerini belirlemek için aşağıdaki 7 soru sorulmuştur.

1. Önümüzdeki 10 yıl boyunca hakkınızda malpraktis nedeniyle soruşturma açılabileceğini düşünüyor musunuz?

2. Malpraktis ile ilgili konular basın yayında yer aldıkça tedirgin oluyorum.

3. Malpraktis için ek sigorta yaptırmayı düşünüyorum. (Sigorta maliyetini artırsa bile).

4. Malpraktis nedeniyle idari soruşturmalarda soruşturmacı bu konuda yetişmiş uzman kişi olsa defansif tıp uygulamalarına etkisi olur mu?

5. Malpraktis nedeniyle açılan hukuk ve ceza davasında savcı ve yargıçlar sağlık hukuku konusunda yetişmiş uzman kişi olsa defansif tıp uygulamalarına etkisi olur mu?

6. Malpraktis nedeniyle hekimin hukuki (tazminat) sorumluluğu olmasa, hasta ve hasta yakınlarına doğan tazminat alacaklarının muhatabı hekim yerine yalnızca sigorta şirketi olsa defansif tıp üzerine etkisi olur mu?

7. Sağlık mesleğinin koşullarına uygun ceza ve hukuki (tazminat) için özel yasa olsa defansif tıp azalır mı?

Hekimler, tıp hukukunu bilmedikleri sürece malpraktisten ürkecekler, ürtükçe defansif tıba yönelmeleri artacaktır.

Defansif tıp söz konusu nedenlerle kaçınılmaz olarak oluşmakta ve bir bölüm hekim çeşitli etik, idari, cezai ve hukuki yaptırımlarla karşılaşır iken büyük bir bölümü bunların korkusunu yaşamaktadır. Bunlardan uzak kalmanın, başka deyişle defansif tıbbi önleme yollarını bulmak gerekmektedir.

Defansif tıp uygulamalarını önlemek için dünyada başlıca üç konu üzerinde durulmaktadır.

1. Haksız Muamele Reformları (Tort Reform)
2. Yargı Dışı Çözüm Yolları
3. Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis) Reformu

Bu konular daha önce açıklandığı gibi üzerinde en çok durulan, tartışılan bir gündem oluşturmaktadır, düzelmesi gerekmektedir.

Biz bu konular dışında çeşitli durumların defansif tıp üzerinde çok etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

1. Hekimlerin kendilerine karşı oluşan olumsuzluklara karşı birlikte hareket edememeleri.

2. Hekimlerin kendilerinin yalnızca hekim olduklarını, sağlık sistemini düzenlemediklerini bilip, kabullenip ve halka bunu anlatamamaları.

3. Hekimler yetersiz gördükleri özlük haklarını hastadan değil devletten, işverenden almayı becerememeleri.

4. Hekimlerin koruyucu hukuki girişimleri (eksik araç gereçleri bildiren, fazla hasta bakmaktan tıbbi uygulama eksikliğini bildiren dilekçe verme) idareden çekindikleri için yapamamaları.

Hekimler tek sınıf gibi birlikte olmalı. Hekimler eczacılar gibi tek sınıf olmamalarının olumsuzluğunu yaşamaktadırlar. Eczacıların büyük çoğunluğu serbest eczacı olarak çalışmaktadır. Eczacılığın omurgasını özel eczaneler oluşturmaktadır. Bu nedenle eczacıya karşı yapılan olumsuz davranışlara karşı birlik olmakta ve engelleyebilmektedirler. Oysa hekimler çeşitli konumlarda sınıflardadır. Üniversite uygulama hastanelerinde çalışan hekimler özerk bölgede yaşayan dokunulmazlar idi.

Devlet ve SSK Hastanelerinde şef ve şef yardımcıları olan hekimlerde kendilerine emekliliğe dek verilmiş beyliklerini yöneten dokunulmazlardı. Çoğunluk diğer hekimlerde olmasına karşın etkin olabilme yetkinliği bunlardaydı. Çoğunluğa gelen olumsuzluklar bunları etkilemediğinden sorunlar günümüze dek yığılarak gelmiştir. Güçlü konumdaki hekimlerin ilgisizliğinden Tabip Odaları zayıflamış, özlük haklar zayıflamış ve bu günler öngörülmeyp hukuki durumlar üzerinde çalışılmamıştır. Bu nedenle bugün hekimler kendilerini korumak için defansif tıp uygular duruma gelmiştir.

Hekimler kendilerinin yalnızca hekim olduklarını, sağlık sistemi sorumlusu olmadıklarını bilmeli, kabullenmeli halka bunu anlatabilmelidir. Hekimler ve tüm sağlık çalışanları sağlık sisteminden kaynaklanan olumsuzlukları savunan konumuna girip hastalarla karşı karşıya kalmamalıdır. Hekimler sağlık kurumlarındaki kendilerinden kaynaklanmayan olumsuzlukları yönetime yansıtılmaktan ve hasta tepkilerini yönetime yönlendirmekten çekinmemeli ve hastalarla karşı karşıya gelip okları üzerlerine çekmemelidir.

Hekimler performans ve prim düzeninden kurtulmalıdır. Hekimler sabit maaş düzenine dönmedikleri sürece para kazanmak için koşulları zorlayacak, koşullar zorlandıkça hata yapma riski artacak, hata olasılığı artıkça bunu engellemek için koşullar zorlanacak daha çok hata olacak, şikayet artacaktır. Belirli ücrete göre çalışınca koşulları zorlamayacaklar ve defansif tıptan uzak duracaklardır.

Hekimlerin hastanelerin olanaklarının eksikliği, işletme kusurlarından (düzensizlik, aşırı yük, vs.) kaynaklanan olumsuz sonuçların hukuki muhatabı olmamak için bunları yönetime bildirmeleri gerekmektedir. Sağlık çalışanları bunu yapmaktan yönetimin mobbing eylemlerinden çekindikleri için yapmaktan kaçınmaktadır. Kanaatimizce bunun çözüm yolu bu işin dolaylı yolla yapılabilmesidir. Sözelimi Tabip Odaları bunu yapabilmelidir. Tabip Odaları hekimin tespitlerini ve sorunlarını idareye bildirmelidir. Tabip Odaları sağlık kuruluşlarını denetleyerek de bunu yapabilmelidir. İdarenin yaptırımlarıyla karşılaşan hekimlerin haklarını savunabilmelidir. Bu durumlar için özerk tahkim kurulları olmalı, bu kurullar objektif çalışmalıdır. Böylelikle hekimler yönetime çekinmeden bildirimde bulunabilecek ve idarenin organizasyon kusurundan

kaynaklanan hukuki sorumluluktan korunacaklarından defansif tıptan uzak duracaklardır.

SONUÇ

Defansif tıp olmaması gereken ama yaşanan tıbbın gerçekleri içinde kaçınılmaz gibi görünen bir olgudur. Hekimler son yıllarda ortaya çıkan kendilerinden hesap sorulma girişiminden korunmak için artan ölçüde defansif tıp uygulamaktadır. Hukukçular da zarara uğrayan ya da uğradığı düşünülen hasta müvekkillerini savunmak için, defansif tıbbın neticesinde oluşan malpraktisi ortaya koyma yollarını öğrenmeye ve geliştirmeye çalışmaktadır.

Defansif tıp, ekonomik kayıplara neden olmakta ve hukuki sorunlar oluşturmaktadır. Defansif tıp uygulamalarının gereksiz işlemler temelli bir olgu olması bu konuda yapılan harcamalarının kayıp gider olması anlamına gelmektedir. Bu ekonomik gider ülkelerin ve sigorta şirketlerini defansif tıp ile ilgilenmelerinin en büyük nedenini oluşturmaktadır. Kanaatimizce buna en iyi örnek SUT kuralları ve bunların sıkça değişme biçimleridir.

Defansif tıbbın hukuki boyutu, tıbbi girişimin temel kurallarından olan girişimin tıbbi gereklilik kuralına uymamasından kaynaklanmaktadır. Defansif tıp gereği yapılan uygulamalar çoğunlukla gerekmeyen işlemler olması nedeniyle hukuka aykırıdır. Bu durum taksir hatta olası kastla yaralama ve ölüme sebebiyet verme ile sonuçlanabilir.

Defansif tıp hangi yolla yapılırsa yapılsın sonuç ekonomik açıdan hastalara, sigorta şirketlerine ve devlete etkin biçimde yansımaktadır. Hukuki olarak hekimlere ceza, tazminat ödeme, idari ve tabip odası yaptırımları olarak yansımaktadır. Hekimler ayrıca yoğun olarak ruhsal sıkıntı yaşamaktadır.

Bugün defansif tıp uygulama yolları ve çözüm yolları tartışması artarak sürmektedir. Defansif tıp uygulama yolları tartışması açısından yolların ne olduğu değil hangi yolun ne ölçüde kullanıldığıdır. Çünkü defansif tıbbi uygulama tıbbin defansif amaçla kullanılmasıdır, kısacası tıp uygulamalarının tümü defansif tıp amacıyla kullanılabilir.

Defansif tıp uygulama yolları ne denli çeşitli ise çözüm yolları da o denli sınırlıdır. Değişik çözüm yolları arasında, ABD'de haksız muamele reformu, yargı dışı çözüm yolları, özel (ihtisas mahkemeleri) yargı kurumları ve bu konuda özel mevzuat oluşturulması gibi yollar tartışılmaktadır. Defansif tıp uygulama

yollarındaki genel görüş birliği çözüm yollarında oluşmamıştır. Kanaatimizce hasta ve hastanın mağduriyetinden etkilenenler, hekim ve sağlık kurumu ile karşı karşıya gelmemelidir. Oluşturulacak bir kuruma başvurmalı, burada zararları kanıtlandığında yine oluşturulacak bir sandıktan tüm zararlarını tazmin edebilmelidirler. Ayrıca bağımsız bir kurum, hekim ve sağlık kurumu hakkında inceleme yaparak gerekiyorsa idari ve etik yaptırımlar uygulatılmalıdır. Ceza yargılamaları bu bağımsız kurumun defansif tıp uygulaması yapanların kötü niyetini ve açıkça bir çıkar amacını saptaması durumunda söz konusu olmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Asher Elad, Sari Greenberg-Dotan, Jonathan Halevyi, Shimon Glick, Haim Reuveni, Defensive Medicine in Israel-A Nationwide Survey, **PLOS ONE**, Cilt: 7, Sayı:8, e42613 2012, <http://www.plosone.org/rticle/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0042613>. (Erişim Tarihi: 30/07/2013)
2. Avraham R., Clinical Practice Guidelines: The Warped Incentives in the U.S. Healthcare system, **Am J Law Med**, Cilt: 37, Sayı: 1, 2011, ss. 7-40. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)
3. Avraham R., M. Schanzenbach, The impact of tort reform on intensity of treatment: Evidence from heart patients, **J Health Econ**, 13 Augustos 2014, pii: S0167-6296(14)00098-8. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.08.002. [Epub ahead of print] (Erişim Tarihi: 10/12/2014)
4. Ayan Mehmet, **Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk**, Kazancı Yayınları, Ankara, 1991, s. 49.
5. Aynacı Yusuf, **Hekimlerde Defansif Tıp (Çekinik Uygulamalarının Araştırılması)** tez, 2008, s. 38.
6. Başer Aysel, Giray Kolcu, Yıldırım Çığırıl, Binnaz Kadıncık, Kurtuluş Öngel, Poster Bildirgesi, **İzmir Karşıyaka İlçesinde görev yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi**, 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Antalya, 23-27 Nisan 2014, Poster. 218.
7. Bergen Richard P., Defensive Medicine Is Good Medicine, **JAMA**, Cilt: 228, Sayı: 9, 1974, ss.1188-1189. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)
8. Berrington de Gonzalez Amy, M. Mahesh, K. P. Kim, M. Bhargavan, R. Lewis, F. Mettler, C. Land, Projected Cancer Risks From Computed Tomographic Scans Performed in The United States in 2007, **Arch Intern Med**, Sayı: 169, ss. 2071-2077. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)
9. Budetti P. P., Tort Reform and The Patient Safety Movement, **JAMA**, Cilt: 293, Sayı: 21, 2005, ss. 2660-2662. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)
10. Catino Maurizio, Why Do Doctors Practise Defensive Medicine, The Side Effects Of Medical Litigation, **Safety Science Monitor** Article 4, Cilt: 15, Sayı: 1, ss.1-12. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)
11. Çetin Gürsel, **Tıbbi Malpraktis**, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum No: 48, İstanbul, Şubat 2006, ss. 31-42.

12. Çınarlı Serkan, Pınar Hanife Kara, **Amerika Birleşik Devletleri'nde Defansif Tıbbın Hukuki Boyutu ve Çözüm Önerileri**, Makale, s. 12.

13. **Definition of Defensive Medicine From Wikipedia**. <http://en.wikipedia.org/wiki/Defensive-medicine>. (Erişim Tarihi: 16/9/2014)

14. **Dinamik mevzuat ve kararlar**, www.dinamik.hukuk.com.tr. (Erişim Tarihi: 18/6/2014)

15. Dirnhofer R., D. Wyler, Treatment Failure From the Viewpoint of Forensic Medicine, **Ther Umsch**, Cilt: 54, Sayı: 5, 1997, ss. 272-279. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

16. Er Ünal, **Sağlık Hukuku**, Savaş Yayınevi, Ankara, 2008, s. 1.

17. Ertem Gül, Esra Oksel, Ayşe Akbıyık, Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme, **Dirim Tıp Gazetesi**, 2009, Yıl: 84, Sayı: 1, s. 3.

18. Gökcan Hasan Tahsin, **Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk**, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013, s. 62.

19. Hakeri Hakan, **Tıp Hukuku**, 5. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2012, s. 515.

20. Hermer Laura D, Howard Brady, Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform. **J Gen Intern Med**, Cilt: 25, Sayı: 5, 2010, ss. 470-473 (Erişim Tarihi:17/10/2014)

21. Hızal Sevinç, **Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hekimin ve Yönetimin Sorumluluğu**, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Kamu Yönetimi Lisan Üstü Uzmanlık Programı, Ankara, 1999, s. 77.

22. Hirsh H. L., Defensive Medicine--Friend or Foe? **Legal Medicine**, 1989, ss.145-180. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

23. Hiyama Toru, Masahanu Yoshihara, Shinji Tanaka, Yuji Urabe, Yoshihiko Ikegami, Tatsuma Fukuhara, Kazuaki Chayama, Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Japan, **World J Gastroenterol**, Cilt: 12, Sayı: 47, 2006, ss. 7671-7675. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)

24. Kara Mithat, Abdullah Hızal, Sevinç Arslan Hızal, **Aydınlatılmış Onam**, İzmir Tabip Odası Yayını, İzmir, 2009, ss. 40-41.

25. Kavanagh K.T., L. E. Calderon, D. M. Saman, The relationship between tort reform and medical utilization. **J Patient Saf**. Cilt: 10, Sayı: 4, 2014, ss. 222-230. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)

26. Kerem Yılmaz, **Defansif Tıp**, Seçkin Yayıncılık, Birinci Baskı, Ankara, 2014, s. 60.

27. Kessler Daniel P., Evaluating the Medical Malpractice System and Options For Reform. **J Econ Perspect**, Cilt: 25, Sayı: 2, 2001, ss. 93-110. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)
28. Kolcu Başer, Mukadder İnci, Giray Kolcu, Aysel Başer, Kurtuluş Öngel. **Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Çalışan Diş Hekimlerinin Defansif Diş Hekimliği Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma**. 6. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Uluslararası Bilimsel Kongresi, İstanbul, 21-23 Kasım 2013, PB. 047.
29. Kolcu Giray, Aysel Başer, İnci Kolcu, Mehmet Yıldırım, Kurtuluş Öngel. **İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler ile Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi**. 7. Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 25-29 Eylül 2013; PS. 135.
30. Kolcu Giray, T. C. S. B. **İzmir Ege Doğum Evi Ve Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı Hekimler İle Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi**, Uzmanlık Tezi, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. 2013
31. Kumar Parveen, The Myth of Inexpensive Defensive Medicine. **Health Affairs**, Cilt: 29, Sayı: 11, 2010, s. 2126. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)
32. Leflar R. B., Medical malpractice reform measures and their effects, **Chest**, Cilt: 144, Sayı: 1, 2013, ss. 306-18. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)
33. Mello Michelle M., Amitabh Chandra, Atul A. Gawande, David M. Studdert, National Costs of The Medical Liability System, **Health Affairs**, Cilt: 29, Sayı: 9, 2010 Eylül, ss.1569-1577. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)
34. Miller Robert A., Norma Rendon Sampson, John M. Flynn, The Prevalence of Defensive Orthopaedic Imaging: A Prospective Practice Audit in Pennsylvania, **J Bone Joint Surg Am**, Cilt: 94, Sayı: 3, e18, 2012, ss. 181-186. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)
35. Morrison M. C. T., Negative Medicine. **Journal of Royal Society Of Medicine**, Cilt: 87, Sayı: 3, 1994, ss. 127-128, (Erişim Tarihi: 17/10/2014)
36. Namal Arın. **2. Sağlık Hukuku Sempozyumu**
<http://www.turkhukuk sitesi.com/showthread.php?t=19191> (Erişim Tarihi: 17/10/2014)
- 37. National Patient Safety Goals (The Joint Commision)**
2011/2012 http://www.jointcommission.org/assets /1/18/2011-2012_npsg_presentation_ final_8-4-11.pdf. (Erişim Tarihi:17/10/2014)

38. O'Leary Kevin J, Jennifer Choi, Katie Watson, Mark V. Williams, Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine, **Acad Med**, Cilt: 87, Sayı: 2, 2012, ss. 142-148. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)
39. Ovalı Fahri, "Hasta Güvenliği Yaklaşımları", **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Sayı:1, 2010, ss. 33-43.
40. The American Association for Justice, The Truth About "Defensive Medicine, **Washington DC**, 2012. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)
41. Panting Gerard., **Doctors on the Defensive**, <http://www.guardian.co.uk/society/2005/apr/01/health.comment>. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)
42. Paxton B. E., A Case Study in Lumbar Spine MRI and Physician Self - Referral of İmaging, **RSNA 2011**; Abstract SSK ss. 08-97. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)
43. Polat Oğuz, **Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları**, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005, ss. 267-275.
44. Project, The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine, **Duke Law Journal**, Cilt:1971, Sayı: 5, 1971, ss. 939-993. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)
45. Ronald M. Stewart, J. D. Love, L. A. Rocheleau, R. Kenneth Sirinek, Tort reform is associated with more medical board complaints and disciplinary actions, **J Am Coll Surg**, Cilt: 214, Sayı: 4, 2012 Apr, ss. 567-571. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)
46. Ronald M. Stewart, West Molly, Schirmer Richard, ve R. Kenneth Sirinek, Tort reform is associated with significant increases in Texas physicians relative to the Texas population, **J Gastrointest Surg**, Cilt: 17, Sayı:1, Haziran 2013, ss. 168–178. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)
47. Savaş Halide, **Tıbbi Müdahale Hataları**, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013, s. 67.
48. Seabury S. A., E. Helland, A. B. Jena, Medical malpractice reform: noneconomic damages caps reduced payments 15 percent, with varied effects by specialty, **Health Aff (Millwood)**, Cilt: 33, Sayı: 11, 2014, ss. 2048-2056. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)
49. **Sinerji Mevzuat ve İçtihat Programı** (Erişim Tarihi:19/5/2014)
50. Stoll P., Defensive Medicine, **Beitr Gerichtl Med**, Sayı: 40, 1982, ss. 35-40. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)
51. Studdert David Michael, M. M. Mello, W. M. Sage, C. M. DesRoches, J. Peugh, K. Zapert, T. A. Brennan, Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians İn a Volatile Malpractice Environment, **JAMA**, Cilt: 293, Sayı: 21, 1 Haziran 2005, ss. 2609-17. (Erişim Tarihi: 31/7/2014)

52. Summerton N., Positive and Negative Factors in Defensive Medicine: A Questionnaire Study of General Practitioners, **BMJ**, Cilt: 310, Sayı: 6971, 1995, ss. 27-9. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)
53. Tancredi L. R., J. A. Barondess, The Problem of defensive medicine, **Science**, Cilt: 200, Sayı: 4344, 26 Mayıs 1978, ss. 879-882. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)
54. T.C.S.B. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı**, 2012, s. 80.
55. **T.C. Resmi Gazete**, 18/11/2014, Sayı: 25674.
56. **T.C. Resmi Gazete**, 209 Sayılı Kanun, 9/1/1961, Sayı. 10702, Tertip: 4, Cilt: 1, s. 1001.
57. The American Association for Justice, The Truth About "Defensive Medicine, **Washington DC**, 2012. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)
58. Thompson Mark S., Cynthia P. King. Physician Perception of Medikal Malpractice and Defensive Medicine, **Evaluation and Program Planning**, Cilt: 7, Sayı: 1, 1984, ss. 95-104. (Erişim Tarihi: 17/10/2014)
59. Traina Francesco, Medical Malpractice: The Experience in Italy, **Clin Orthop Relat Res**, Cilt: 467, Sayı: 2, 2009, ss. 434-442. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)
60. Tümer Ali Rıza, **1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakaların Komplikasyon ve Malpraktis Yönünden Araştırılması**. Ankara ÜTF. Adli Tıp AD, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2002.
61. Türk Tabipler Birliği (TTB), **Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**, 2. baskı, TTB Yayınları, Ankara, 2009, s. 48.
62. Türk Tabipler Birliği, **TTB Malpraktis Bildirgesi, TTB Etik Bildirgeleri**, 1. Baskı, TTB Yayınları, Ankara, 2010, s. 22.
63. Uludağ Ayhan, Hastane Hasta Hakları Kurallarının İletişim Sorunu İçerikli Başvuru Bakışı: Konya Hastaneler Örneği, **Türkiye Klinikleri J Med**, Cilt: 31, Sayı: 3, 2011, ss. 653-663. (Erişim Tarihi:9/10/2014)
64. U. S. Congress, Health Program Office of Technology Assesment, **Impact of Legal Reforms on Medical Malpractice Costs**, Washington, 1993, s. 13. www.fas.org/ota/reports/9329.pdf (Erişim Tarihi: 06/06/2011)
65. Veldhuis Marjan, Defensive Behavior of Dutch Family Physicans, Widening The Concept, **Fam Med**, Cilt: 1, Sayı: 26, Ocak 1994, ss. 27-29. (Erişim Tarihi: 10/8/2014)

66. Waxman D. A., M. D. Greenberg, M. S. Ridgely, A. L. Kellermann, P. Heaton, The effect of malpractice reform on emergency department care, **N Engl J Med.**, Cilt: 371, Sayı: 16, 2014, ss. 1518-25. (Erişim Tarihi: 10/12/2014)

67. Williams Sara, On The Defensive, **United Kingdom Casebook**, Cilt: 19, Sayı: 1, 2011, ss. 8-11. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)

68. Woodward Cal, Defensive Medicine Starts at the Top in the United States, **CMJA**, Cilt: 182, Sayı: 8, 18 Mayıs 2010, ss. 109-323. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)

69. Yahata S, A Study of Defensive Medicine in Japan, **Applied Ethics**, Hokkaido University Press, Sapporo, 2011, ss. 175-186. (Erişim Tarihi: 11/10/2014)

Ek 1: Anket etik kurul onam kararı

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	0232 2505050-6106
	FAKS	0232 2614444
	E-POSTA	bozyakaetikkurul@yahoo.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	HEKİMLERİN ÇEKİNİK TIP (DEFANSİF TIP) UYGULAMALARINDAN KAYNAKLANAN HUKUKİ SORUMLULUKLARI		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Serkan ÇINAR (Dr. Mehmet SELÇUK)		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İdari Hukuku Doçenti (Avukat)		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İzmir Üniversitesi Hukuk Fak. İdari Hukuku Anabilim Dalı (İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi)		
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>		
	Diğer ise belirtiniz Anket Çalışması			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:1	Tarih: 13.05.2014				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Mehmet Yıldırım

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Mehmet Yıldırım	Genel Cerrahi	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Doç. Dr. Enver Vardar	Patoloji	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. İsmail Yılmaz	Farmakoloji	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İsmet Parlak	Acil Tıp	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Doç. Dr. Taşkın Altay	Ortopedi	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yard.Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Gonca Dalkurt Mola	Fizyoloji	Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Seniha Işık Çavdar	Avukat	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Müeyesser Keskiner	Eczacı	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Abdullah Murat Mete	Sivil, Kütüphane Müdürü	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Arif Yüksel	Dahiliye	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

İZMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU
DR. MEHMET SELÇUK
SORUMLUSU ÖĞRETİM GÖREVLİSİ
YRD. DOÇ.SERKAN ÇINARLI

İZMİR KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GÜNEY GENEL SEKRETERLİĞİ BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN UZMAN HEKİM VE ASİSTAN HEKİMLERİN DEFANSİF TIP UYGULAMALARI İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UYARI: Bu anketteki veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacak ve gizli tutulacaktır.

HEKİM BİLGİLERİ

YAŞ :

CİNSİYET : E () K ()

UNVAN :Uzman Hekim ()

Asistan Hekim ()

BRANŞ :

HEKİMLİK SÜRESİ (Hastalarla ilişkili olarak) :

	Evet	Hayır
1.Çekinik tıp (Defansif tıp) kavramını daha önce duydunuz mu?		
2.Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriğini yeterince biliyor musunuz ?		
3.Malpraktis (Kötü tıp uygulamaları) davaları hekimlik yapma biçiminizi etkiler mi?		
4.Hekimlik yaşamınız boyunca malpraktis nedeniyle soruşturma açıldı mı?		

	Tamamen katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
5.Önümüzdeki 10 yıl boyunca hakkınızda malpraktis nedeniyle soruşturma açılabileceğine düşünüyor musunuz ?					
6.Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile(normalde yatış istemeyeceğim) hastaları yatırıyorum.					

	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
7. Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile(normalde sevk etmeyeceğim) hastaları sevk ediyorum.					
8.Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim tetkikleri(görüntüleme, laboratuvar vs.) istiyorum.					
9.Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda yazmayacağım ilaçları yazıyorum.					
10.Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim konsültasyonları istiyorum.					
11.Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla şikayet etme olasılığı yüksek hastalardan (hasta yakınlarından)kaçınıyorum.					
12.Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tanı ve tedavisi güç, karmaşık hastalardan kaçınıyorum.					
13.Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla komplikasyon olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.					
14.Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla girişimsel yöntemler yerine, girişimsel olmayan yöntemleri tercih ediyorum.					
15.Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla daha ayrıntılı kayıt tutuyorum.					
16.Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla hasta ve hasta yakınlarına aydınlatma işlemine daha çok özen gösteriyorum.					
17.Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla onam belgelerine daha çok özen gösteriyorum.					
18.Malpraktis ile ilgili konular basın yayında yer aldıkça tedirgin oluyorum.					
19.Malpraktis için ek sigorta yaptırmayı düşünüyorum(Sigorta maliyetini artırsa bile).					
20.Malpraktis nedeniyle idari soruşturmalarda soruşturmacı bu konuda yetişmiş uzman kişi olsa defansif tıp uygulamalarına etkisi olur mu?					
21.Malpraktis nedeniyle açılan hukuk ve ceza davasında savcı ve yargıçlar sağlık hukuku konusunda yetişmiş uzman kişi olsa defansif tıp uygulamalarına etkisi olur mu?					
22. Malpraktis nedeniyle hekimin hukuki (tazminat) sorumluluğu olmasa, hasta ve hasta yakınlarına doğan tazminat alacaklarının muhatabı hekim yerine yalnızca sigorta şirketi olsa defansif tıp üzerine etkisi olur mu ?					
23.Sağlık mesleğinin koşullarına uygun ceza ve hukuki (tazminat) için özel yasa olsa defansif tıp azalır mı?					
24.Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguluyorum.					

**EK 3: DONANIMLI DALIŞ İÇİN, DALICI SAĞLIK MUAYENESİ TETKİK
RIZA BELGESİ**

**DONANIMLI DALIŞ İÇİN, DALICI SAĞLIK MUAYENESİ TETKİK RIZA
BELGESİ**

Donanımlı Dalış ve Sağlık:

Donanımlı dalış (SCUBA) bilinçli olarak yapıldığında güvenli bir spordur. Fakat sualtında, farklı fiziksel koşullarda gerçekleştirilen bu aktivite, önceden var olan bazı sağlık sorunları bulunduğunda tehlikeli sonuçlara neden olabilir, hatta hayatı tehdit edebilir.

Eğitmen, rehber ve tanıtım dalışı yaptıranlar dalışta kendilerinden başka kişilerin de dalış emniyetinden sorumlu oldukları için tam sağlıklı olmak zorundadırlar.

Sualtı ortamında gerçekleştirilen dalış aktivitesi, bilinç kaybına, baş dönmesi ve oryantasyon kaybına, efor kapasitesinde kısıtlamaya, akciğerlerde veya vücudun herhangi bir yerinde hava hapsine yol açan durum varlığına yol açan sağlık sorunlarıyla bağdaşmamaktadır.

Mevzuat ve Gerekçeler:

10/9/2008 tarihli ve 26993 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Türkiye Sualtı Sporları Federasyonu Donanımlı Dalış Yönetmeliği’ne dayanılarak hazırlanan, Türkiye Sualtı Sporları Federasyonu Donanımlı Dalış Talimatı altıncı bölüm; madde 18,19 ve 20’de “Sağlık Koşulları “ açıklanmıştır.

Donanımlı Dalış Talimatı altıncı bölüm, madde 20’nin “a” bendinde “*Akciğerlerde hava hapsine yol açarak akciğer barotravmasını kolaylaştırabilecek kist, kavern, kavite, bül ve bleb gibi lezyonlar bulunmamalıdır. Bu lezyonların tespiti için daha önce çekilmemiş ise, ilk muayenede yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisi çekilmesi önerilir*” ifadesi yer almaktadır. Ayrıca aynı bendde “*Herhangi bir bulgu ya da şikayet olmadığı veya ilgili hekim zorunlu görmediği müddetçe muayenelerde akciğer grafisi çekirmek zorunlu değildir*” ifadesi de yer almaktadır.

Akciğer barotravmasına yol açabilme ihtimali bulunan yukarıda bahsi geçen lezyonlar direkt akciğer grafisi (röntgen) ile görülemeyebilir. Yüksek çözünürlüklü akciğer tomografi çekilmeden lezyonları varlığı/yokluğu konusunda kesin karar verilemez. Yukarıda bahsi geçen lezyonların tespitinde kişinin dalış yapması sağlık açısından uygun değildir. Yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisinin çekilmediği

durumlarda eğer kişide bu lezyonlar varsa, dalıcı akciğer barotravması ve buna bağlı hayatı tehdit edici risklerle karşı karşıya kalabilir. Ayrıca yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisinin çekimi sırasında radyasyona maruz kalınmaktadır.

Donanımlı Dalış Talimatı altıncı bölüm, madde 20'nin "e" bendinde "*Eğitmen ve rehber dalıcının tüm ekstremite ve ekstremite hareketlerinde dalış aktivitesini ve becerilerini kısıtlayacak bir engel bulunmamalıdır. Disbarik osteonekroz bir meslek hastalığı olduğundan ileride referans olarak kullanılma ihtimaline karşı ilk muayenelerde disbarik osteonekroz tetkiki (Röntgen grafisi ya da MR) yapılması önerilir, ancak zorunlu değildir. Daha sonraki muayenelerde de şikayet ya da muayene bulgusunun olmadığı durumlarda disbarik osteonekroz tetkiki zorunlu değildir*" ifadesi yer almaktadır.

Disbarik osteonekroz, dalışa veya yüksek atmosferik basınç altında çalışmaya bağlı oluşan, uzun kemikleri ve kemiklerin eklem yüzeyini tutabilen bir hastalıktır. Kemik dokunun ölümü (nekrozu) ile sonuçlanan bu durum bir meslek hastalığıdır. Bu nedenle ileri dönemde ortaya çıkabilme ihtimaline karşı ilk muayenede kemik ve eklemlerin röntgen yada manyetik rezonans (MR) görüntüleme ile değerlendirilmesi önerilmektedir. Daha sonraki muayenelerde şikayet veya muayene bulgusu olmadığı sürece tekrarlanması zorunlu değildir. Kemik ve eklemlerin taraması için yapılan direkt grafi (röntgen) tetkiki sırasında radyasyona maruz kalınmaktadır, ancak MR çekiminde radyasyona maruziyet söz konusu değildir.

Ben Bay / Bayan ,
..... Polikliniği / Kliniği'nde Dr
..... tarafından muayene edildim.

Bu belgede yazılı olan maddeler ve yapılacak olan tetkikler tarafıma açık olarak anlatıldı, yazılı alanları ayrıca okudum ve anladım. Sorularıma açıklayıcı yanıtlar verildi. Formda bulunan boşluklar huzurumda bilgim dâhilinde dolduruldu ve işaretlendi.

Bu formda bahsi geçen, gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının ve meslek hastalıklarının bilincindeyim. Kararımdan dolayı oluşabilecek riskleri kabul ediyorum, muayenemi yapan kurum ve kişilere bu nedenle her hangi bir suçlamada bulunmayacağımı taahhüt ediyorum.

Tıp biliminde sonuçlarla ilgili herhangi bir garanti olamayacağını kabul ediyorum, önerilen tetkiklerin yapılmasını onaylamadığım takdirde tarama, tanı ve tedavim aşamasında karşılaşılabilecek sorunlar tarafıma açıklandı. Formu okudum ve anladım, aydınlatılmış onam belgesinin bir örneği tarafıma verildi.

Akciğerlerimde hava hapsine neden olabilecek bül,bleb,kavite, kist, kavern vb. lezyonların, fizik muayene ve direkt akciğer grafisi ile yüksek oranda tespit edilemeyeceği, bu lezyonların tespiti için yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisi çekilmesi gerektiği tarafıma anlatıldı. Bu amaçla yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisi çekilmesi tarafıma önerildi. Bu tetkikler nedeniyle radyasyona maruz kalacağım anlatıldı.

Yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisi tetkikini kendi hür irademle yaptırmak istiyorum ve onaylıyorum.
Yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisi tetkikini kendi hür irademle yaptırmak istemiyorum.

Dalışa ve ya yüksek atmosferik basınç altında çalışmaya bağlı oluşan ve meslek hastalığı olarak sınıflandırılan "disbarik osteonekroz " hastalığının bir çeşit kemik ölümü olduğu tarafıma anlatıldı. Gelecekte ortaya çıkabilme ihtimaline karşı ilk muayenede uzun kemiklerin ve eklemlerin direkt grafi ile (röntgen) veya manyetik rezonans (MR) ile görüntülenmesi tarafıma önerildi. Kemik ve eklemlerin taraması için yapılan direkt grafi (röntgen) tetkiki sırasında radyasyona maruz kalacağım, MR tetkikinde radyasyona maruz kalmayacağım tarafıma anlatıldı.

Direkt uzun kemik ve eklem grafilerini (röntgen) kendi hür irademle çektirmek istiyorum ve onaylıyorum.
Kemik ve eklem taraması için manyetik rezonans (MR) yapılmasını istiyorum ve onaylıyorum.
Direkt uzun kemik ve eklem grafilerini (röntgen) çektirmek veya manyetik rezonans (MR) ile kemik ve eklem görüntülenmesini kendi hür irademle yaptırmak istemiyorum.

Şahit / Veli veya Vasi Adı Soyadı:
Tarih:...../...../..... Saat:.....:.....

İmza---

Çevirmen/Metni okuyan Adı Soyadı:
Tarih:...../...../..... Saat:.....:.....

İmza---

Hastanın Adı Soyadı:
Tarih:...../...../..... Saat:.....:.....

İmza---

Onam alan Doktor Adı Soyadı
Tarih:...../...../..... Saat:.....:.....

İmza---

EK 4: REKOMBİNANT İNSAN EPİDERMAL BÜYÜME FAKTÖRÜ KULLANIMI İÇİN HASTA ONAMI

Bu onam formu size ve ya hastanıza anlatılan tedavi ve işlemin “nasıl?” “neden?” yapılmak istendiğinin, bu tedavi uygulanmaz ise ne gibi sonuçların olacağı, tedavi sırasında ve ya sonrasında hangi yan etki ve istenmeyen olaylar olabileceği, bu tedavinin alternatifi (eşdeğeri) olup olmadığı konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır.

Bu formu okuyup imzalayarak, tedavi konusunda aydınlatıldığınızı ve tedavinin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmektesiniz.

Form içerisinde anlamadığınız yerleri doktorunuza sorunuz.

Formu okuyup anlayıp imzaladıktan sonra, rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

DİYABETİK AYAK

Diyabetik ayak; şeker hastalığının yani diyabet hastalığının neden olduğu tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Diyabetik hastaların yaşam kalitesini düşürür. Tedavide en önemli nokta kan şekerinin kontrolüdür. Diyabetik ayak, diyabet hastalarında sakatlıkların, uzuv kayıplarının en önemli nedenidir. Uzun süredir diyabeti olanlarda ve yaş ilerledikçe risk artmaktadır.

Diyabetik ayak ülseri, özellikle bacaklardaki kan dolaşımında bozulma, nöropati yani sinirlerde hasar oluşması ve ayakta şekil bozukluğu nedeniyle oluşan yaralardır. Önlenmez ve tedavi edilmez ise kangrene kadar ilerleyebilmekte hatta uzvun kesilmesine neden olabilmektedir.

Günümüzde alt ekstremite amputasyonlarının, yani ayak ve bacak kesilmelerinin neredeyse yarısı diyabetik ayak nedeniyle yapılmaktadır. Amputasyon ne yazık ki kesin çözüm olamayabilmektedir. Nitekim ayak ve ya bacağı kesilen diyabetik hastaların takip eden 3 yılda ortalama yarısı tekrar amputasyona gitmektedir. Bu nedenle amputasyon yani uzvun kesilmesi zorunlu haller dışında ilk tedavi seçeneği değildir.

TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Diyabetik ayak ülserlerinde, kan şekerinin kontrolü en önemli noktadır. Yüksek seyreden kan şekeri ülserin iyileşmesini yavaşlatır ve enfeksiyon riskini artırmaktadır. Ülser-yara bölgesinde enfeksiyon tedavi edilmelidir. Uygun bir şekilde düzenli pansuman yapılmalı, yara bölgesinde varsa baskı kaldırılmalıdır. Gerekli görüldüğünde hasta yatırılarak tedavi edilmelidir. Yara iyileşmesini hızlandırmak amacıyla hiperbarik oksijen tedavisi uygulanabilir. Gerekli görüldüğünde küçük cerrahi müdahaleler yapılabilir. İleri derecede, kangrene olan ve hayatı tehdit eden diyabetik ayak hastalarında amputasyon yani uzvun kesilmesi önerilebilmektedir. Size önerilen Büyüme Faktörü tedavisi de mevcut tedavilerle

ilerleme sağlanamayan hastalarda yara iyileşmesini hızlandırmak amacıyla uygulanan başka bir tedavi yöntemidir.

BÜYÜME FAKTÖRÜ NEDİR, HANGİ HASTALIKLARDA KULLANILIR, ETKİLERİ NELERDİR, TEDAVİNİN BAŞARI ŞANSI NEDİR?

Rekombinant teknoloji ile üretilen, insan epidermal büyüme faktörüdür. Yara bölgesindeki dokuları uyarak yara iyileşmesini hızlandıran bir proteindir. Yara bölgesinde yeni hücrelerin oluşumunu, yeni damar oluşumunu uyarmayı ve sinir hasarını önlemeyi amaçlamaktadır. Granülasyon dokusu oluşumunu yani yaraların içinde oluşan ve onların iyileşmesini sağlayan ufak, yuvarlak, kabarcıklardan oluşan doku üremesini sağlamayı amaçlamaktadır. Özellikle kanlanmanın bozulduğu, nöropatinin-sinir hasarının olduğu diyabetik ayak ülserleri olan hastalarda amputasyonu (yani uzvun kesilmesini) önlemek amacıyla alternatif bir tedavi olarak kullanılabilir.

Hastanın uyumu, diyabetin kontrolü, yaranın kanlanması, yaranın büyüklüğü ve hastalığın şiddetine göre tedavi süresi ve tedaviye yanıt değişmektedir. Büyüme faktörü tedavisi kesin bir çözüm değildir, alternatif bir tedavi yöntemidir. Tedaviye rağmen yeterli yanıt alınamaması mümkündür ve uzvun kaybını engelleyemeyebilir. Bu tedavi seçilmiş hastalara uygulanmakta ve tedavi ile ilgili klinik veriler azdır. Farklı merkez ve hasta gruplarında değişik doz ve sürede uygulanan tedavilerdeki iyiye gidiş oranları ortalama %50 ile %87 arasında değişmektedir.

YAN ETKİLERİ VE İSTENMEYEN ETKİLERİ NELERDİR?

En çok görülen yan etkisi, uygulama yerinde ağrı ve yanma hissidir. Ayrıca üşüme, titreme o bölgede enfeksiyon ve ısı artışı olabilir. Bu etkiler genellikle uygulamadan sonra 1 saat içerisinde geçmektedir. Hastaların genel olarak, yaklaşık %25'inde titreme %11'inde ürperti hissi, %2,8'inde ateş olabilmektedir. Uygulama yerinde; %24'ünde ağrı, %18'inde yanma hissi, %4,4'ünde enfeksiyon olabilmektedir. Bunların dışında başka etkiler gördüğünüzde doktorunuzu bilgilendirmelisiniz.

BU TEDAVİ HANGİ HASTALARDA KULLANILMAMALIDIR?

İlaça veya ilacın içerisindeki maddelere alerjik olanlarda kullanılmamalıdır.

Kanser hastalarında kullanılmamalıdır.

Diyabetik koma veya ketoasidozda kullanılmamalıdır.

Dekompanse kardiyomyopatisi olanlarda kullanılmamalıdır.

Gebelerde, emziren annelerde ve çocuklarda etkileri hakkında yeterli veri olmadığından kullanılmamalıdır.

İskemik kalp hastaları, böbrek yetmezliği hastalarında zorunlu haller dışında kullanılmamalıdır.

Yara bölgesinde ve kemikte enfeksiyon varlığında, ayrıca atardamar tıkanıklıklarında önerilmemektedir.

BU TEDAVİ NASIL VE KİM TARAFINDAN UYGULANIR? TEDAVİ SÜRESİ NEDİR?

Tedavi süresi 1 ile 3 ay arasında değişmektedir ve bu süre, hastalığınızın şiddeti ve iyileşme durumunuza göre doktorunuz tarafından belirlenecektir. Tedavi hastaneye yatışınız yapıldıktan sonra uygulanacaktır. Yara bölgesi temizlendikten sonra, ilaç; enjektör (şırınga) ile yara içerisine belirli aralıklarla doktorunuz tarafından enjekte edilecektir. Uygulama hafta 3 kez yapılacaktır.

TEDAVİ UYGULAMASI SONRASINDA YAPILMASI GEREKENLER NELERDİR?

İlaç enjeksiyonu sonrasında yukarıda bahsi geçen yan etkiler konusunda bir süre gözlem altında tutulacaksınız. Uygulama sonrası yara bölgesinin daima kapalı ve temiz olmasına özen göstermelisiniz. Doktorunuz dışında yaranızı açmayınız ve açtırmayınız. Herhangi bir şekilde başka şikayetleriniz olduğunda doktorunuzu bilgilendiriniz. Tedavi başarısında en önemli noktalardan biri hasta uyumudur. Diyabetinizin kontrolünü sağlamalı, diğer tedavilerinizi ve kontrollerinizi aksatmamalısınız.

TEDAVİNİN YAPILMAMASI DURUMUNDA, GELİŞEBİLECEK DURUMLAR NELERDİR?

Bu tedavi size; mevcut hastalık durumunuzun ilerlemesini önlemek ve uzvunuzu kaybetme riskinizi azaltmak amacıyla, uygulanan medikal tedaviler, pansuman, cerrahi tedaviler ve önerilerden yanıt alamadığımız için hekiminiz tarafından alternatif bir tedavi olarak önerilmiştir. Mevcut hastalığınız nedeniyle, bu tedavinin uygulanmaması durumunda hastalığınızın iyileşme süresi uzayabilir. Ayrıca hastalığınızın ilerleme riski ve uzvunuzu kaybetme riskiniz artabilir.

HEKİMİNİZ TARAFINDAN ÖNERİLEN TEDAVİ SÜRESİ:

Haftada 3 kez, yara içerisine enjektör (şırınga) ile uygulanacaktır. Tedavi süresiay olarak planlanmıştır.

Ben bu bilgilendirme ve rıza formunu okudum/yakınım bana okudu. Doktorum tarafından önerilen tedaviyi, tedavinin risklerini, tedaviyi yaptırmadığım takdirde oluşacak riskleri, ayrıca bu tedavinin sonuçlarının başarılı olamayabileceğini bana anlattı. Tüm anlatılanları

anladım. Bu tedavi konusunda soru sorabilmem ve karar verebilmem için yeterli süre tanındı. Bana bu hasta onam formundan bir nüsha verildi. Bu bilgiler ışığında bana /yakınıma bu tedavinin uygulanmasını hiç bir baskı altında kalmadan, kendi hür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Önerilen tedavi konusunda aydınlatıldığınızı, tedaviyi kabul edip etmediğinizi yazarak belirtiniz ve imzalayınız.

.....
.....
.....

Bu form, yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	ADI-SOYADI	TARİH/SAAT	İMZA
HASTA/HASTA YAKINI			
DOKTOR			
ŞAHİT			