

KLİNİK ÇALIŞMA / CLINICAL RESEARCH

ANESTEZİYOLOGLARDA DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ ARAŞTIRILMASI

THE INVESTIGATION OF DEFENSIVE MEDICINE APPLICATIONS IN ANESTHETISTS

Seda B. AKINCI, Fatma SARICAOĞLU, İ. Aydın ERDEN, Ayhan KÖSEOĞLU, Ülkü AYPAR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

Hacettepe University Medical Faculty, Department of Anesthesiology and Reanimation, Ankara, Turkey

ÖZET

Amaç: Bu ankette Türkiye’de görev yapan anesteziyologların defansif (çekinik) tıp uygulamalarının boyutunu, meslekte çalışma süresi ve akademik unvanlara göre cevaplarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Üniversitemiz Etik Kurul onayı alındıktan sonra, Türkiye’de üniversite, özel ve devlet hastanelerinde çalışan anesteziyologlara, TARK Ekim 2009’da anket uygulandı. Ankette anesteziyologlara yaş, cinsiyet, çalışma süresi, medeni durum ve çalıştığı kurumla ilgili çoktan seçmeli 21 defansif tıp sorusu soruldu.

Bulgular: Görüşme yapılan 650 anesteziyologdan 425’i çalışmaya katıldı. Malpraktis iddialarından korunmak için katılan anesteziyologların % 65’i tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladıklarını, % 80’i kayıtları daha detaylı tuttuklarını, % 84’ü aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiklerini belirttiler. Kıdemleri daha düşük olan anesteziyologların dava edilme olasılığı nedeniyle, yüksek riskli olan hastalardan daha fazla kaçındıkları ve daha fazla görüntüleme tetkiklerine ihtiyaç duydukları, uzmanlık yılı arttıkça bu çekincelerin azaldığı görülmüştür.

Sonuç: Sonuç olarak anesteziyologların deneyimleri arttıkça, malpraktise yönelik korku ve çekincelerinin azaldığı bulunmuştur.

ANAHTAR KELİMELELER: Anesteziyolog; Malpraktis

SUMMARY

Objective: In this survey, we aimed to evaluate the dimension of defensive medicine applications among anesthesiologist working in Turkey, with regard to their experience in the profession and their academic titles.

Method: After taking the approval of the Ethics Committee of our University, our sample was made up of the anesthesiologist who were working at University, Private and State Hospitals, and attended TARK congress in October 2009. In this survey anesthesiologists were asked 21 Multiple choice questions of defensive medicine concerning age, gender, employment period, marital status, and the type of the Institution they work.

Results: Out of 650 attendants who we contacted, 425 of them accepted to participate in the survey. To avoid malpractice allegations, 65% of anesthesiologists who participated in the inquiry stated that more detailed medical information was explained to the patients. 80% of them admitted that they kept more detailed data, and 84% stated that more importance was given to informed consent. It was understood that the physicians with less experience needed more imaging tests from complicated patients to avoid being proceeded, and it was also understood that the more experience, the less hesitation they had.

Conclusion: It was found that anesthesiologists’ malpractice concerns were diminished when they gained more experience.

KEY WORDS: Anesthesiologist; Malpractice

Çıkar çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir./ Authors do not report any conflict of interest.

Geliş tarihi/Received: 18/02/2012

Kabul tarihi/Accepted: 11/12/2012

Yazışma Adresi (Correspondence):

Dr. İ. Aydın Erden, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD 06100, Sıhhiye, Ankara

E-posta (E-mail): aydinerden@yahoo.com

GİRİŞ

Bir hastalığın uygulanan tedavi altında iken iyileşmesi kadar, kötüleşebilmesi de söz konusudur. Bu nedenle medikal tedaviler her zaman risk içerirler. Son yıllarda medikal tanı, tedavi ve tıbbi teknolojilerdeki hızlı gelişmeler, risk faktörlerini daha aza indirmiştir. Tıp mesleği sadece toplumdan, basından ve hukuki düzenlemelerden gelen baskılardan değil, hekimlerin tıbbi hatalarından dolayı artan iddialar nedeniyle de giderek huzursuz ve endişeli bir hal almaktadır (1).

Malpraktis, bir meslek mensubunun, mesleğini icrası esnasında ortaya çıkan 'hatalı ve kusurlu uygulamaları' olarak tanımlanır (2). Tıbbi Malpraktis 'hekimin mevcut şartlarda makul olan hizmet ve bakımı başaramaması, meslekte tecrübeli bir hekimin aynı şartlar altında sergileyebileceği performansı gösterememesi, normal uygulamanın gereklerinden sapması ve standartlarını düşürmesi, bundan dolayı da bir zararın doğmuş olmasıdır (3). Defansif tıp uygulamaları ise "hekimin kendisini malpraktis dava tehdidine karşı korumak amacıyla, tanı ve tedaviye yönelik gereksiz isteklerde bulunması ve medikal olarak onaylanmamış uygulamalara yönelmesini içermektedir" (4-5). Tıbbi tedaviler, her zaman ceza veya hukuk davalarına sebep olabilecek, hekimin önlemeyeceği riskleri içermektedir. Defansif tıp uygulamalarının gerçekleştirilmesindeki en güçlü etken, dava edilme korkusudur. İyi düzenlenmemiş yasal sistemler, hekimleri yüksek maliyetli defansif tıp uygulamalarına zorlamaktadır (6-7). Malpraktis davalarının hekimleri bireysel olarak tehdit etmesi, sağlık sisteminin genel performansını da olumsuz yönde etkilemektedir (4). Tıbbin birçok uzmanlık alanındaki standartları net olarak tanımlanmamıştır, bu yüzden bir hekime defansif tıp olarak görünen uygulamanın bir başkası için kaliteli tıbbi tedavi anlamına gelebileceği bilinmektedir. Hekimin klinik karar verme sürecini etkileyecek sorumluluk bağlantılı faktörleri, hastanın beklentilerini karşılama, güveni muhafaza ve çatışmadan kaçınma gibi diğer faktörlerden ayırt etmek zor olmaktadır (8).

Bu ankette Türkiye'de görev yapan anesteziyologların defansif tıp uygulamalarını özdeğerlendirme ile saptamayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada veriler, anketle bilgi toplama yöntemiyle toplanmıştır. Anket soruları daha önce ülkemizde uygulanan bir ankette (9) alınmıştır. Etik Kurul onayı alındıktan sonra Türkiye'de üniversite, özel ve devlet hastanelerinde çalışan anesteziyologlara Ekim 2009'da yapılan TARK (Türk Anestezi ve Reanimasyon Kongresi) katılımcıları başta olmak üzere elektronik posta,

mektup veya bizzat ziyaret edilerek anket uygulandı. Ankette anesteziyologlara yaş, cinsiyet, çalışma süresi, çalıştığı kurum ile ilgili çoktan seçmeli 21 defansif tıp sorusu soruldu ve hekimlerden isimlerini belirtmemeleri istendi (Tablo IIA, Tablo IIB). Üniversite, devlet hastanesi, vakıf hastanesi ve özel hastanelerde çalışan ve direkt hasta hekim ilişkisi içerisinde olan uzman, yardımcı doçent, doçent ve profesör doktorlarla görüşüldü. Defansif tıp uygulamalarını ölçmek ve değerlendirmek için literatürlerde belirtilen ve çalışmalarda kullanılan sorular ülkemiz şartlarına göre kısmen revize edilerek hazırlandı. Kesinlik ve süreklilik ifade eden her zaman ve çoğu zaman şıkları ile kesinlik ve süreklilik ifade etmeyen bazen ve nadiren şıkları literatürde olduğu gibi birleştirilerek incelendi (9). Aynı şekilde birbirine çok yakın olan kesinlikle evet ve evet şıkları ile kesinlikle hayır ve hayır şıkları da birleştirilerek değerlendirildi.

İstatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanılarak ki-kare ve p değerleri analiz tablolarında gösterildi. $P < 0,05$ olması anlamlı olarak kabul edildi (8,10). Verileri değerlendirmede SPSS 16,0 bilgisayar paket programı kullanıldı. İkili gruplar t-testi ve Mann Whitney U testi ile, ikiden fazla gruplar ise Kruskal Wallis Analizi ile test edildi.

BULGULAR

Görüşme yapılan 650 anesteziyologdan 425'i çalışmaya katıldı. Ankete katılmayı kabul ettikten sonra çalışmayı yarıda bırakan veya herhangi bir nedenle tamamlayamayan hekim olmadı. Bunların 228'i (%53,6) kadın, 197'si (%46,4) erkekti. Ankete katılan anesteziyologların ortalama uzmanlık süreleri 9 ± 7 yıl idi. Hastaların demografik verileri Tablo Ia'da verildi.

Çalışmaya katılan anesteziyologların 115'i (%27,1) üniversite, 4'ü (%0,9) vakıf üniversitesi, 271'i (%63,8) Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde, 33'ü (%7,8) özel hastanede, 2'si (%0,5) bağımsız çalışmakta idi. Anketimize katılan anesteziyologların 348'i (%81,9) uzman, 22'si (%5,2) yardımcı doçent, 32'si (%7,5) doçent, 23'ü (%5,4) profesördü (Tablo Ib). Defansif tıp anket sonuçlarına bakıldığında da, katılımcıların kıdemleri (ünvanları) arttıkça fazladan tetkik isteme oranları istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmaktadır. Fazladan tetkik isteme sıklığı uzmanlarda %30, doçentlerde %25, profesörlerde %0 olduğu görüldü ($p < 0,001$). Anesteziyologların çalıştığı kurumla fazladan tetkik isteme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde çalışan anesteziyologların fazladan tetkik isteme sıklığı %31, üniversite hastanelerinde %19, özel hastanelerde %21 olduğu belirlenmiştir ($p = 0,004$).

Tablo Ia. Çalışmaya Katılan Anesteziyologların Demografik Bilgileri.

Katılımcı	n	%
29 -39 Yaş	203	47,8
40-49 Yaş	185	43,5
50-59 Yaş	31	7,3
60 Yaş ve Üzeri	6	1,4
Evli / Bekâr	328 / 97	77,8 / 22,2
Kadın / Erkek	228/196	50,7/ 49,3

Tablo Ib. Çalışmaya Katılan Anesteziyologların Ünvanları

	n	%
Uzman	348	81,8
Yrd. Doçent	22	5,3
Doçent	32	7,5
Profesör	23	5,4

Anesteziyologların uzman olarak çalıştığı yıl arttıkça fazladan tetkik isteme oranları azalmıştır ($p < 0,001$). Kıdemleri düşük olan anesteziyologlar dava etme olasılığı yüksek olan hastalardan daha fazla kaçındıklarını bildirmişlerdir. Bu oran uzmanlarda %18, doçentlerde %3, profesörlerde %0 olarak belirlendi ($p < 0,001$). Dava edilme riskinden dolayı hastalardan kaçınma en çok

devlet hastanelerinde görülürken (%22), en az üniversite hastanelerinde izlenmiştir (%2) ($p < 0,001$). Ayrıca uzman olarak çalıştığı süre arttıkça da dava etme olasılığı yüksek olan hastalardan kaçınma azalmaktadır ($p = 0,003$). Anesteziyologların tıbbi malpraktis iddialarından kendilerini korumak için konsültasyon isteme oranları ünvan ve uzmanlık yılı arttıkça azaldığı görülmüştür (uzmanlarda %40, doçentlerde %32, profesörlerde %0). Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde konsültasyon isteme oranı %40, özel hastanelerde %39, üniversite hastanelerinde ise %28 olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). Katılımcıların uzmanlık yılı arttıkça ‘endikasyonsuz hasta yatırma’(uzmanlarda %5, profesörlerde %0) ve ‘kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınma’ (uzmanlarda %11, profesörlerde %0) oranları azalmaktadır ($p < 0,001$). Kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınma üniversite hastanelerinde çalışan anesteziyologlarda %5 iken devlet hastanelerinde çalışanlarda bu oran %11 olarak tespit edildi ($p < 0,001$). Ünvan ve uzmanlık yılı arttıkça görüntüleme tetkiklerini kullanma sıklığı azalmaktadır. Uzmanlarda görüntüleme tetkiki isteme sıklığı %26, doçentlerde %22, profesörlerde %13 olarak saptandı ($p = 0,005$). ‘Tıbbi malpraktis

Tablo IIa. Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı.

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu?	21(%5)	93(%22)	197(%46)	89(%21)	25(%6)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?	2(%1)	23(%5)	104(%25)	95(%22)	201(%47)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu?	13(%3)	52(%12)	70(%16)	130(%31)	160(%38)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu?	45(%10)	109(%26)	166(%39)	77(%18)	28(%7)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu?	6(%2)	19(%4)	65(%15)	100(%24)	235(%55)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?	8(%2)	31(%7)	93(%22)	126(%30)	167(%39)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, görüntüleme tetkiklerini daha sık kullandığınız oluyor mu?	13(%3)	89(%21)	130(%31)	120(%28)	73(%17)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu?	84(%20)	194(%46)	109(%26)	26(%6)	10(%2)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?	19(%5)	81(%19)	113(%26)	119(%28)	93(%22)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?	171(%40)	171(%40)	58(%14)	19(%4)	6(%2)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu?	237(%56)	119(%28)	45(%10)	20(%5)	4(%1)
Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu?	7(%2)	18(%4)	97(%23)	104(%24)	199(%47)
Tıbbi hata yapmaktan çekindiğiniz oluyor mu?	129(%30)	62(%15)	146(%34)	73(%17)	15(%4)

Tablo Iİb. Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

	Kesinlikle evet	Evet	Kararsızım	Hayır	Kesinlikle hayır
Tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?	230(%53)	160(%37)	19(%5)	16(%4)	2(%1)
Hakkınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı?	153(%36)	158(%37)	53(%13)	44(%10)	17(%4)
"Türk Ceza Kanunu"nun 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda tedirginlik hissettiniz mi?	129(%30)	202(%48)	35(%8)	52(%12)	7(%2)
Sizce "yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim" şeklinde düzenlenen bir belge hekim sorumluluktan kurtarır mı?	2(%1)	11(%3)	36(%7)	177(%42)	199(%47)
Komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılamadığını düşünüyor musunuz?	197(%46)	196(%46)	13(%3)	12(%3)	7(%2)

iddialarından kendinizi korumak için tıbbi uygulamalarla ilgili daha detaylı açıklama yapıyor musunuz?' sorusuna uzmanların %69'u evet derken, doçentlerde bu oran %34, profesörlerde %70 olduğu görüldü (p= 0,004). Ünvan ve uzmanlık yılı arttıkça komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçınma azalmaktadır (p< 0,001). Uzman anesteziyologlarda bu oran %25 iken doçentlerde %16, profesörlerde %4 olduğu görüldü. Ayrıca 'komplikeasyonları yüksek tedavilerden kaçınma' Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde %27 iken, özel hastanelerde çalışan anestezi uzmanlarında %21, üniversite hastanelerinde %15 olduğu görüldü (p< 0,001).

"Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?" sorusuna uzmanların %82'si, doçentlerin %69'u, profesörlerin %70'i evet dediği görüldü (p< 0,001). Ayrıca kadın anestezi uzmanları erkelere göre, tıbbi malpraktis iddialarından kendilerini korumak için kayıtları daha detaylı tuttuklarını bildirmişlerdir (K/E: %84/%76) (p= 0,027). Tıbbi malpraktis iddialarından kendilerini korumak için kayıtları daha detaylı tuttuğunu en fazla özel hastanelerdeki anesteziyologlar (%94) ifade ederken daha sonra Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde çalışan anesteziyologlar (%83) ve üniversite hastanelerinde çalışan anesteziyologlar (%74) ifade etmiştir (p< 0,001).

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için "aydınlatılmış onam formlarına" daha fazla önem verme, ünvan azaldıkça artmaktadır. Uzman anesteziyologlarda bu oran %86 iken doçentlerde %74, profesörlerde %65 olduğu görüldü (p= 0,004). Bu durum hastane bazında incelendiğinde en sık Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde önemli görülürken (%87) özel hastanelerde %85, üniversite hastanelerinde %77 olduğu görüldü (p< 0,001). 'Tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk etme oranları, ünvan arttıkça azalmaktadır. Uzman anesteziyologlarda bu oran %7 iken doçent ve profesörlerde %0 olduğu görüldü (p<

0,001). Sevk etme Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde %9 iken üniversite hastanelerinde %2 olduğu tespit edildi (p< 0,001). 'Tıbbi hata yapmaktan çekiniyor musunuz?' sorusuna uzmanların %49'u, yardımcı doçentlerin %23'ü doçentlerin % 28'i ve profesörlerin %30 evet demişlerdir (p< 0,001). "İçinde bulunduğunuz şartlara göre, her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir?" sorusuna anesteziyologların %90'ı "yüksek" cevabını vermiştir. Malpraktis sigorta poliçesini en çok özel hastanedekiler, sonra Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde çalışan anesteziyologlar, en az ise üniversitede çalışanlar yaptırdığı belirlendi (Anketle makalenin yazılımı arasında geçen sürede Sağlık Bakanlığı mesleki sigorta poliçesini zorunlu hale getirdiğinden sigorta ile ilgili soru güncelliğini yitirmiştir.) (p< 0,001). Resmi Gazete'de yayınlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği"ni en çok Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde çalışan anesteziyologlar, daha sonra özel hastanedekiler, en az ise üniversitede çalışanlar okuduğunu ifade etmiştir (p= 0,003). Uzmanlık yılı arttıkça Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma oranları artmaktadır (p= 0,004). "Tıbbi hatanız olduğu iddiası ile aleyhinize dava açıldığı oldu mu?" sorusuna uzmanların %19'u ile profesörlerin %26'sı en az bir kez haklarında dava açıldığını ifade etmişlerdir. "Tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?" sorusuna uzmanların %91'i, doçentlerin %100'ü ve profesörlerin %96'sı evet cevabını vermiştir. "Hakkınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı?" sorusuna en fazla evet diyenler uzmanlar iken (%76), doçentlerin %68'i, profesörlerin %57'si ve yardımcı doçentlerin %45'i evet demiştir. Uzmanlık yılı arttıkça tıbbi malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi azalmaktadır (p< 0,001). "Yeni Türk Ceza Kanunu'nun 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda tedirginlik hissettiniz mi ?" sorusuna

verilen cevaplar incelendiğinde, uzmanların %80'i, profesörlerin %48'i, tedirginlik hissettiğini ifade etmiştir. Hastanelere göre bakıldığında ise, en fazla tedirginliğin Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde (%85), daha sonra özel hastaneler (%79) ve üniversitede çalışan anesteziyologlarda olduğu görülmüştür (%63). Uzmanlık yılı arttıkça tedirginlik azalmaktadır ($p < 0,001$). "Sizce yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim" şeklinde düzenlenen bir belge hekimi sorumluluktan kurtarır mı?" sorusuna uzmanların %76'sı evet derken, yardımcı doçentlerin %45'i, doçentlerin %69'u ve profesörlerin %57'si evet demektedir ($p < 0,001$). "Komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılamadığını düşünüyor musunuz?" sorusuna uzman anesteziyologların %80'i evet derken, yardımcı doçentlerin %68'i, doçentlerin %78'i ve profesörlerin %48'i evet demektedir.

Bu sorulara ek olarak; "Tıbbi hatanız olduğu iddiası ile aleyhinize dava açıldığı oldu mu?" sorusuna "Hiç olmadı" cevabını veren anesteziyologların oranı %82, "bir defa ve daha fazla" cevabını verenlerin oranı %18 oldu. "İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir?" sorusuna anesteziyologların %90'ı çok yüksek/yüksek, %10'u yüksek değil cevabını verdi. "Tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptırıyor musunuz?" sorusuna cevap veren anesteziyologların %4'ünün sigorta yaptırdığını, %65'inin hiç yaptırmadığını, diğer %31'sinin son birkaç yılda yaptırdığı öğrenildi. "Resmi Gazete'de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okudunuz mu?" sorusuna cevap veren anesteziyologların %6'sının hiç duymadığını, %33'ünün duyduğu fakat hiç okumadığı, %44'ünün kısmen okuduğu, %17'sinin ise tamamen okuduğu öğrenildi.

TARTIŞMA

Malpraktis kavramı çok yönlü ve çok boyutlu bir kavram olup, geniş anlamda ele aldığımızda tıbbi uygulama hatası, ihmal, dikkatsizlik, bilgisizlik, beceri eksikliği ve hasta bakımında yetersizlik gibi neticelerin ortaya çıktığı durum olarak bilinmektedir. Tıbbi bilginin her geçen gün katlanarak artması, tıbbi teknolojinin gelişmesi, bu teknolojiyi kullanan hekim sayısının artması, hekimleri geçmişte yapamadıkları bazı uygulamaları yapmaya itmekte ve çoğunlukla ağır riskleri içeren bu uygulamalar sonucunda da malpraktis şikâyetleri ve davaları artmaktadır (3).

Vimercati ve ark. (11) yaptıkları çalışmada, tüm kategorilerdeki doktorlarda defansif tıp uygulaması gerçeğinin olduğunu, aralarındaki farklılığın da sadece beklenen hukuki baskıya paralel olduğunu söyleyerek, doktorların malpraktis probleminin, asistanlık programları

içinde iyileştirme yönünde modifiye edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Passmore ve ark. (12) psikiyatristler üzerinde yaptıkları bir çalışmada psikiyatristlerin neredeyse dörtte üçünün son bir ay içinde defansif olarak iş yaptıklarını bildirmiştir. Bu çalışmaya katılanlar içinde yeni başlayan asistanların sayısının fazla oluşu bu gruptakilerin güven ve tecrübe eksikliğine bağlanabileceğinden söz edilmiş ayrıca kritik kazalar ve hataların anlatıldığı daha iyi ve yapılandırılmış bir eğitim süreci ile, yüksek düzeylere varan defansif uygulamaların azalabileceği vurgulanmıştır.

Günümüzdeki tartışmaların ağırlıklı olarak, mesleğimizin uygulanmasını konu alan hukuka ve klinik etik alanına ait sorular içermesini anlamak mümkündür. Hekim mesleğini uygularken, o an geçerli olan hukuksal normların gerilim alanı içindedir. Etik normların değişen içerikleri doğal olarak hukuku da etkilediği için, bugün hukuk ile etik arasında kesin bir ayrım yapmak mümkün değildir. Son yıllarda ülkemizde de hekimlere yönelik mesleki sorumlulukla ilgili davaların sayısında belirgin derecede artış meydana gelmiştir. Bu davaların çoğu, tıbbi müdahale sonucu istenmeyen veya sonucu kaçınılmaz olan durumlarda açılmaktadır. Bu şekildeki davalara karşı yapılabilecek en güvenilir savunma, standartları belirleyen tanı-tedavi protokollerinin anlaşılması ve bunlara uyum gösterilmesi ile olabilmektedir (13).

Türk Ceza Kanununda hekimlerin tıbbi uygulama hatalarından yargılandığı taksir ile ilgili suçlarda cezalar arttırılmıştır. Bu durum hekimliği daha riskli ve tehlikeli bir meslek haline getirmektedir (14-15). Hekimler uygulamaları esnasında, yaralama ve ölüme sebebiyet verdikleri takdirde Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddeleriyle yargılanmaktadırlar (16). Uygulanan tıbbi müdahalelerin ister bir kısmı isterse tamamı için ceza hükmünün icra edilmemesi için, yapılan eylemin hukuka uygun olması gerekmektedir (17).

Hakeri'ye (18) göre hekim faaliyetinin hukuka uygun sayılabilmesi için, üç temel şart gerekmektedir; endikasyon, hastanın aydınlatılmış rızası ve hekim müdahalesinin uzmanlığın gerektirdiği şekilde ve özen yükümlülüğüne uygun şekilde gerçekleştirilmesidir. Bir olayda tıbbi uygulama hatası olup olmadığını değerlendiren bilirkişi, yapılan işlemin endikasyonunun doğruluğuna, hastanın aydınlatılmış onamının alınıp alınmadığına baktıktan sonra, öncelikle zararın komplikasyon sonucu mu, yoksa uygulama hatası nedeniyle mi meydana geldiğini belirlemelidir (19). Tıbbi uygulama hatalarında en çok şikâyetin özen yükümlülüğünü yerine getirmemek nedeniyle yapıldığı bilinmektedir. Hekimlerin, tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili kanuni düzenleme ve kavramlar ile bu alanda olan yeni gelişmelere bakış açısı

larının değerlendirilmesi, aynı zamanda hekimlerin bu gelişmeler karşısındaki bilinçaltı savunma mekanizmalarını ve bunun pratiğe yansımaları konusu, bu çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır.

Öncelikle anket çalışmamızda Türkiye'deki hedef anesteziyolog popülasyonuna ulaşamadık. Çalışmamız, anket olduğu için gerçek defansif duygu ve uygulamaları tam olarak yansıtmamış olabilir. Uyguladığımız anketin başında demografik bilgi sorularının olması, hekimlerin tedirgin olmasına ve belki bu uygulamalarının, mesleki bir yetersizlik gibi anlaşılmasına sebep olabileceğinden, gerçek pratiğin dışında cevaplar vermelerine neden olmuş olabilir.

Sonuç olarak, anesteziyologların deneyimleri arttıkça malpraktise yönelik korkularının azaldığı bulunmuştur. Bu nedenle özellikle adli tıp uzmanları, hukukçular ve deneyimli anesteziyologlarla, kongre ve panellerde bilgi ve tecrübe paylaşımında bulunarak, bu konulardaki bilgilendirmelerle sorunların azalacağı kanaatindeyiz. Ayrıca hastaların preoperatif değerlendirilmesinde istenecek tetkiklerde ve konsültasyonlarda standardizasyon sağlanmalı, komplikasyonların tanımları güncel verilerle yeniden oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dirnhofer R, Wyler D. Treatment failure from the viewpoint of forensic medicine. *Ther Umsch* 1997; 54: 272-279.
2. Çetin G. Tıbbi Malpraktis, yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi. İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 48, 31-42.
3. Büken E. 1990-2000 Yıllarında Adli Tıp Kurumu 1.ve 2. İhtisas Kurullarına Obstetrik ve Jinekolojik Tıbbi Uygulama Hatası İddiasıyla Gönderilen Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2002.
4. Project. The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine, *Duke Law Journal* 1971; 5: 939-993.
5. Bergan. How to Avoid Malpractice Claims. *JAMA* 1970; 211: 2233.
6. Panting G. Doctors on the defensive, <http://www.guardian.co.uk/society/2005/apr/01/health comment>, Erişim Tarihi:15.11.2007
7. Volpintesta EJ. Defensive medicine. *Conn Med* 1993; 57: 51.
8. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005; 293(21): 2609-2617.
9. Aynacı Y. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilimdalı Araştırma Görevlisi (Uzmanlık tezi).
10. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ* 1995; 310: 27-29.
11. Vimercati A, Greco P, Loizzi V, Loverro G, Selvaggi L. ["Defensive medicine" in the choice of cesarean section]. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 2000; 71(Suppl): 717-721.
12. Passmore K, Leung WC. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. *Postgrad Med J* 2002; 78: 671-673.
13. Büken N, Büken E. Tıbbi Malpraktis Konusunda Tartışmalar. *T Klin Tıp Etiği Hukuku* 2003; 140: 11.
14. Gürdeniz M. Türk Ceza Kanunu: Hekimler ve sağlık ortamına ilişkin maddeleri, yorumlar, öneri ve eleştiriler. *Hekimce Bakış* 2005; 62: 364.
15. Çelik F. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile oluşan "Hekimlik Mesleğine Yönelik Kaygılar". *Hekimce Bakış* 2005; 62: 15.
16. Hancı DH. Hekimin Yasal Sorumlulukları. *Egem Tıbbi Yayıncılık*; 1995 s:75-80.
17. Erman B. Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu. *Ankara: Seçkin Yayınevi*; 2003; 48-54.
18. Hakeri H. Sorularla Ceza Hukuku. *Türkiye Barolar Birliği Yayınları*: Ankara Eylül 2005; 94: 72-73.
19. Teke H, Alkan H, Başbulut AZ, Cantürk G. Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2007; 4: 61-67.