T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

DEFANSİF TIBBİ UYGULAMALARIN HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Av. Kerem YILMAZ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. İmdat ELMAS

İSTANBUL – 2012

TEŞEKKÜR

Bu çalışmayı gerçekleştirmemde büyük katkısı olan ve desteklerini esirgemeyen Enstitü Müdürümüz, kıymetli hocamız ve tez danışmanım Prof. Dr. İmdat Elmas'a,

Adli Bilimleri ve Sağlık Hukukunu sevdiren, lisans eğitimimden bugüne kadar motive edici ve yol gösterici tavsiyeleriyle, manevi desteğini gece gündüz esirgemeyen, üzerimde büyük emekleri bulunan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Oğuz Polat'a,

Tez çalışmamda çok büyük katkı ve emekleri bulunan, gece gündüz demeden yardım ve desteklerini esirgemeyen, değerli hocam Uzm. Dr. Mustafa Karapirli'ye,

Anket çalışmasının yürütülmesi esnasında sağlık kurumları içi koordinasyonda yardım ve önerileri ile büyük katkılarda bulunan Uzm. Dr. Işıl Pakiş'e ve Uzm. Dr. Abuzer Delibalta'ya,

Tez çalışmam boyunca değerli katkıları ve manevi destekleri için meslektaşlarım Av. Ahmet Ertem'e ve Av. Çağrı Kumaş'a,

Yüksek öğrenimimdeki katkılarından dolayı Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi ve İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü'nde görev yapan tüm değerli hocalarıma,

Maddi manevi her türlü destekleri ile hep yanımda olan ilk öğretmenim babam Murat ve annem Mediha Yılmaz'a,

Ve sevgili kardeşim Eren Yılmaz'a,

Saygı ve teşekkürlerimle.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
1 GİRİŞ ve AMAÇ 1
2 GENEL BİLGİLER 4
2.1 TIP HUKUKUNUN TEMEL KONULARI 4
2.1.1 HASTA HAKLARI 4
2.1.1.1 Temel İnsan Hakları 4
2.1.1.2 Yaşam ve Sağlık Hakkı 5
2.1.1.3 Hasta Hakları ve Tarihsel Gelişimi 6
2.1.1.4 Uluslararası Metinler 7
2.1.1.5 Türkiye'de Hasta Hakları ve Yönetmelik 8
2.1.2 TIBBİ UYGULAMA HATALARI (MALPRAKTİS) 11
2.1.2.1 Tanım 11
2.1.2.2 Tıbbi Uygulama Hatalarının Etkileri 12
2.1.2.3 Malpraktis Komplikasyon Ayrımı 15
2.1.2.4 Tıbbi Uygulama Hata Nedenleri ve Türleri 16
2.1.3 HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ 19
2.1.3.1 İlişki Türleri 20
2.1.3.2 İdeal Hekimlik 22
2.1.4 HEKİM SORUMLULUĞU 23
2.1.4.1 Cezai Sorumluluk 24
2.1.4.1.1 Tıbbi Müdahalelerde Hukuka Uygunluk Sebepleri 25
2.1.4.1.2 Kusur Sorunsalı 31
2.1.4.2 Hukuki Sorumluluk 34
2.2 DEFANSİF TIP 39
2.2.1 TANIM 39
2.2.2 TARİHSEL GELİŞİM 41
2.2.3 TÜRLERİ 47
2.2.3.1 Pozitif Defansif Tıbbi Uygulamalar 47
2.2.3.2 Negatif Defansif Tıbbi Uygulamalar 51
2.2.4 ETKİLERİ 54
2.2.5 DEFANSİF TIBBİ UYGULAMALARIN HEKİMLER ARASINDA YAYGINLIĞI 59
2.2.5.1 Uluslararası Literatür 59
2.2.5.2 Ulusal Literatür 62
2.2.6 DEFANSİF TIBBİ UYGULAMALARIN HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ 64
2.2.6.1 Hasta Hakları ve Defansif Tıbbi Uygulamalar 66
2.2.6.2 Hukuki ve Cezai Sorumluluk Bağlamında Defansif Tıbbi Uygulamalar 79
3 MATERYAL ve METOD 91
4 BULGULAR 94

5 TARTIŞMA ve SONUÇ..... 138
ÖZET.....157
EK (ANKET SORULARI).....159
KAYNAKLAR.....167

1 GİRİŞ ve AMAÇ

20. yüzyılın başlamasıyla teknolojik gelişmelerin de paralelinde, tıbbın belki de önceki yüzyıllarda tahmin bile edilemeyecek derecede mesafe kat ettiği yadsınamaz bir gerçektir. Tıbbın yaşadığı bu değişim ve gelişim salt uygulanan tedavi ve muayene yöntemleri ya da kullanılan araç ve gereçler gibi pratiğe dair unsurlar dâhilinde olmamış, tıp biliminin etik ve hukuki çerçevesini yansıtan; hasta hakları, hekim hasta ilişkileri, hekim ve sağlık kurumunun sorumluluğu ekseninde tıp ve tıbbın uygulanmasına karşı yeni bakış açıları da meydana gelmiştir.

Etik ve hukuki boyutta tıbbın algılanış biçiminin yaşadığı bu değişim ve gelişim, evrensel insan hakları değerleri, hümanizm ve hukuk sistemlerinin, bu değerler çerçevesinde şekillenerek "de lege ferenda" (olması gereken) kurallara ulaşmayı amaçlayan tabii hukuk akımının etkisi altında gelişmesi paralelinde olmuştur. 1900'lü yılların başlarında İngiltere, Almanya ve yoğun olarak ABD.'de hekimlerin tıbbı uygularken hatalı davranışları nedeniyle hastaların zarar görmesi yargı organlarının önüne taşınmaya başlamış ve ikinci dünya savaşından sonra söz konusu ülkelerde tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan dava sayısında artışlar hız kazanmıştır.

Aynı dönemlerde, insan hakları kuralları evrensel değerler olarak kabul edilmiş; yaşam hakkı, din ve vicdan hürriyeti, insan haysiyeti ve onuruna yakışır muamele görme gibi haklar bireyin doğuştan getirdiği ve istisnai durumlar dışında mutlak haklar olarak nitelendirilmiştir. İnsan haklarının sunduğu temel felsefe hayatın her alanına (sosyal, kültürel, ekonomik) yavaş yavaş yerleştirilerek hem yasal hem de toplumsal paradigmalar kabuk değiştirmiştir. Bahsedilen düzlemde, hasta olmanın bireylere ayrı bir statü kazandırdığı, bireylerin sağlık hizmetlerini veren kurum ve kişiler önünde güçsüz durumda olduğu, bu sebeple temel insan haklarından kaynaklanan bazı hak ve özgürlüklere sahip olduğu hasta olma düzleminde kabul edilerek hasta hakları kavramı ortaya çıkmıştır.

Yukarıda değindiğimiz özellikle düşünsel gelişmelerin hastalar açısından olduğu gibi hekimler açısından da ortaya çıkardığı bazı boyutları vardır. Hasta haklarının yarattığı bilinç, paternalist hekimlik anlayışının yerini hasta özerkliğine bırakması ve adalet mekanizmasına erişimin kolaylaşması, hekimlerin tıbbı uygularken hatalı olduğu iddia edilen fiilleri nedeniyle yargılanmasının önünü açmıştır. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri esnasında hizmeti sunan hekimlerin bilgi, beceri ve özen eksiklikleri ya da ihmalleri sonucu hizmet alanın zarar görmesi durumunu niteleyen tıbbi uygulama hatası içerikli gerek ceza gerekse hukuk davaları hekimlerin hem manen hem de ödenen tazminatlar nedeniyle madden sıkıntılar yaşamasına neden olmuştur.

Hekimlerin mesleklerini uygularken tıbbi uygulama hatası iddiasıyla dava edilme riskleri kendilerini her an cezai ve/veya hukuki yaptırım tehdidi altında görmelerine neden olduğu özellikle ABD'de yapılan araştırmalarda ortaya çıkmıştır. Yine aynı araştırmalarda, hekimin cezai veya hukuki mesuliyetle karşılaşmamak için, çekingen davranarak tanı veya tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması veya malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması olarak tanımlanan defansif (çekinik) hekimlik davranışları sergilediği belirtilmiştir.

Konunun ülkemiz sınırları içersindeki varlığına baktığımız zaman, sürecin gelişmiş ülkelerdeki ile hemen hemen benzer olduğu görülebilmektedir. Özellikle son on yılda tıbbi uygulama hatası konulu hukuk ve ceza davaları artmış, bu bağlamda konu eksenli hukuki ve tıbbi çalışma alanları oluşmuş olup ayrıca birçok sempozyum ve konferans notlarını incelediğimiz zaman, ülkemizdeki hekimlerin de 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun yürürlüğe girmesinin ardından artan oranda, hekimin hukuki ve cezai sorumluluğu ile ilgili endişelerinin olduğu tespit edilmiştir.

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda hekimlerin mesleki uygulamalar nedeniyle cezai sorumlulukları özel maddelerle düzenlenmemiş olup taksirle ilgili genel hükümler üzerinden bu fiillerin cezaları belirlenmektedir. Hekimler ve bazı hukukçuların itirazları da bu noktada yoğunlaşmaktadır. En basit örnekle, trafik kazalarından doğan cezai sorumlulukların hekimin mesleki sorumluluğu ile eş tutulmasının konunun hassasiyeti ve hekimlik mesleğinin kendine has özelliği ile bağdaşmadığı dile getirilmektedir. Bununla beraber gözden kaçırılmaması gereken bir nokta var ki ABD ve gelişmiş Avrupa ülkelerinin birçoğunda özel malpraktis yasaları ya da malpraktisle ilgili özel maddeler bulunduğu halde hekimler yargılama tehdidini

yinede üzerilerinde hissetmekte ve defansif tıbbi uygulamalar içersine yoğun bir şekilde girebilmektedir.

Çalışmamızdaki amaç; defansif tıp ve defansif hekimliği yerli ve yabancı literatür ışığında tanımlayarak, defansif hekimlik uygulamalarının nedenleri ve doğuracağı sonuçları hukuki açıdan yorumlayarak sonuçların irdelenmesini sağlamak; bunun yanında tıp hukuku içersinde temel sayılabilecek, tıbbi malpraktis, hekimin hukuki ve cezai sorumluluğu, çağdaş düzende gelişen hekimlik anlayışı ve hasta hakları kavramlarını tanımlayarak defansif hekimliğin tüm boyutlarıyla anlaşılması yolunda, kavramasal bir zemin oluşturulmasına yardımcı olmaktır.

Alan çalışması; ulusal ve uluslararası çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan, İstanbul'daki doğrudan hasta ile teması olan hekimler arasında yapılacak anket çalışması olarak planlanmıştır. Hekimlerle yapılacak çalışmada; ilk etapta sorulacak sorularla defansif hekimliğin hekimlerdeki davranışsal yansımaları ortaya çıkarılmaya çalışılacaktır. Negatif ve pozitif defansif hekimlik uygulamalarının varlığının tespiti esas amaçtır. Hekimlerin yaşadıkları tıbbi uygulama hatası konulu hukuki problemlerin sayısı tespit edilecek. Ardından; malpraktis ve hasta haklarının hukuki çerçevesi gibi konular bağlamında hekimlerin tam ve eksiksiz bilgiye sahip olup olmadığı ayrıca var olan çalışma koşullarının (mesai, vizite edilen hasta sayısı) malpraktise etkisi ve hekimin mesleki anlamda karşılaşabileceği hukuki problemlere karşı meslek içi eğitim, özel bir malpraktis yasası ve zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yönünde ihtiyaçları sorgulanacaktır. Son olarak da mesleki açıdan cezai ve tazmini sorumlulukla ilgili olan çekinceleri saptanacaktır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 TIP HUKUKUNUN TEMEL KONULARI

2.1.1 HASTA HAKLARI

2.1.1.1 Temel İnsan Hakları

Tanrı veya monarşi kaynaklı yönetim ve hukuk sistemleri içerisinde hak kavramı sınırlı ve alınıp verilmesi bakımından keyfiyete dayalı olarak algılanmış, aynı zamanda bireyin otoriteyle olan ilişkisinde ise asla kabul gören bir olgu olmamıştır(1,2,3). Rönesans ve Reformun sorgulayıcı ve devrimci sistematiği ile beraber, insanın sadece insan olması nedeniyle doğuştan bir takım devredilemez ve geri alınamaz haklara sahip olduğu kabul görmeye başlamış, fakat insan hakları kavramının pratikte de uygulanmaya başlaması 20. yy. ilk yarsını bulmuştur(4,5,6).

İnsan hakları konusunda ilk önemli adım Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan ve Genel Kurulca ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesidir (İHEB). Sözleşme metnine göre insan, salt insan olması nedeniyle belli bir takım hak ve özgürlükleri özünde barındırmaktadır, buna göre tüm insanlar özgür ve eşit doğarlar, insanlar arasında dil, din, ırk ve düşünce gibi sübjektif ve objektif hiçbir kavram ayrım sebebi oluşturamaz, söz konusu hak ve özgürlüklerin haksız yere kısıtlanması yasaktır ve insanlık onuru her zaman en önde tutulmalıdır(7,8).

İnsan hakları bakımından, denetim, iç hukuka tesir ve bağlayıcılık boyutlarıyla en önemli belge ise Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'dir(AİHS). Sözleşme, 1950 yılında taraf devletlerce imza altına alınmış ve 1953 yılında yürürlüğe girmiştir. Usulü yönden baktığımız zaman Sözleşme, altına imza atan tüm taraf devletleri bağlamakla beraber aynı zamanda bir denetim mekanizmasına da bağlıdır. Bu sayede taraf devletler, Sözleşmenin getirdiği ilke ve hakları kendi iç hukuklarına da uygulamak zorundadır. Sözleşmenin giriş kısmında temel felsefe ve amaç belirtilmiştir(9). Buna göre; Dünya'da barış ve adaletin sağlanmasında asıl ve en temel nokta insan haklarına bağlı ve saygılı rejimlerin varlığıdır, bu bağlamda belli başlı

bazı hak ve özgürlüklere olan tam inanç belirtilerek güvence altına alınmış, hukukun üstünlüğü ortak bir miras olarak kabul edilmiştir. Sözleşmenin ilk bölümünde yaşama hakkı, işkence yasağı ve ayrımcılık yasağı gibi bireysel; dernek kurma ve toplanma özgürlüğü gibi kolektif ve adil yargılanma hakkı gibi yargısal ve olmazsa olmaz haklar güvence altına alınmış, aynı zamanda benzeri uluslararası metinlerle iç hukuka etkili ortak bir anlayış yakalama çabası sergilenmiştir(10).

2.1.1.2 Yaşam ve Sağlık Hakkı

Temel insan hakları öğeleri deyince akla ilk gelen ve diğer hakların da var olması için bir sebep unsuru teşkil eden en önemli kavram yaşam hakkıdır(11). Uluslararası boyutta olan; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Kahire İslam İnsan Hakları Beyannamesi, Amerika İnsan Hakları ve Ödevleri Bildirisi gibi bildirge düzeyinde kalan metinlerde ve sözleşme boyutunda olan aynı zamanda çeşitli denetim mekanizmaları bulunan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Amerika İnsan Hakları Sözleşmesi, İnsanların ve Halkların Hakları Konusunda Afrika Şartı, Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Paktı gibi metinlerde yaşam hakkı düzenlenmiştir(12). Bu bağlamda önce yaşama hakkı vardır, yaşam hiç kimsenin ve hiçbir varlığının engel olmayacağı en temel olgudur, insanın kendisini gerçekleştirme ve sosyalleşmesinin öncülü biyolojik olarak var olması ile ortaya çıkmaktadır ve kuşkusuz ki bu çerçevede birçok hak ve özgürlük anlam kazanmaktadır(13). Bu kavramın salt biyolojik bir varoluşu ve idameyi nitelendirmemektedir, öznesi insan olan yaşama hakkı görünüşünden daha derin anlamlar taşımakta, bir değer olarak kabul edilen insanın; onuruna layık olarak doğması, var olması ve gelişmesini nitelemektedir. Bu bağlamda ilk somutlaşan özgürlük olan yaşam hakkı en üst düzeyde korunma zorunluluğu altındadır, bu en azından insanın var olabilmesi ve sosyalleşmenin gerçekleşmesi için olmazsa olmazdır(14, 15).

Yaşam hakkının kavramsal bütününü oluşturan en önemli öğe sağlıklı bir yaşamın tesisi ve sürdürülmesidir. Yani bireyin vücut dokunulmazlığı ve dolayısıyla en temel manada sağlığı da koruma altına alınmıştır. Yaşamın hem sosyal hem de bedensel açıdan iyi ve ahenkli şekilde devamında sağlık hakkının getirdikleri önemli bir yere sahiptir. Şüphesiz ki bireylerin sağlığının korunmadığı, sağlıklı yaşam için gerekli önlemlerin alınmadığı ve hizmetlerin verilmediği bir ortamda yaşama hakkından söz etmek mümkün değildir. Dolayısıyla yaşama hakkından söz edilebilmesi için iyi işleyen bir organizmanın devamlılığı

ve varlığı önemlidir. Sağlık hakkı bu boyutlarıyla yaşama hakkını ayakta tutan en temel haklardandır(16). Söz konusu çerçevede uluslararası sözleşmelerde taraf devletlere yüklenen negatif ve pozitif (müdahale etmeme ve koruma)(17) yükümlülükleri ve hakkın temel felsefesini dikkate aldığımız zaman, devletlerin her koşulda bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamakla mükellef olduğu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca İHEB, Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı gibi birçok uluslararası düzenlemede özel olarak sağlık hakkından bahsedilmiştir. Sağlık hakkını basit bir düzlemde cismani manada anlamamak gerekmektedir, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yaptığı tanımda sağlık; insanların bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik ve denge hali içinde bulunması olarak tanımlanmıştır(18). Bireylerin tanımda bahsedilen kavramları istemeleri veya bunların muhafazasını için otoriteye yapacakları talep, sağlık hakkını oluşturmaktadır.

2.1.1.3 Hasta Hakları ve Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetleri, hizmetin sunuluş amacı ve hizmet sunulurken hizmeti alanın her an hayati bir tehlike ile karşı karşıya kalma olasılığı nedeniyle ayrı bir önem atfedilerek irdelenmiş ve düzenlenmeye çalışılmıştır. Sağlık hizmetleri ayrıca birçok hizmet türünden bireyin görece acizliği nedeniyle de ayrılmaktadır. Netice olarak ortada hizmet alan açısından psikolojik ve/veya fizyolojik bir iyi olmama hali mevcuttur. Bu iyi olmama hali hizmeti alanın verilen hizmet karşısında pasifize olmasına da yol açabilmektedir(19). Söz konusu zayıflıkla, sağlık hizmetlerinin bireye yüklediği külfet ve karmaşıklığı, tıp biliminin marjinal bir uzmanlaşma gerektirmesi nedeniyle bireyler tarafından birçok kavramın bilinememesi veya algılanamaması hak ihlallerine sebep olabilmektedir. İşte bu çerçevede insan haklarının bir yansıması olarak sağlık hakkı ve bu ikisinden doğan özel bir statü hakkı olarak şekillenen hasta hakları ortaya çıkmaktadır(20,21).

Hasta hakları kavramı her ne kadar insan haklarının tam kabul görmesiyle ortaya çıkmış bir kavram olarak görülse de, tıbbi etiğin yaratıcısı olarak bilenen Hipokrat'ın belirlediği ilkeler içerisinde de, hekim odaklı da olsa, yer almıştır. Hipokrat'a göre; hekim her zaman hastasına yararlı olma yükümlülüğü altındadır, en azından zarar vermemelidir. Bu bağlamda hastanın vücut bütünlüğünü koruma hakkının ortaya çıktığı düşünülebilmektedir(22,23). Hipokrat'ın sunduğu ilkenin benzer bir görünümü 1949 yılında Dünya Hekimler Birliği'nin Londra'da kabul ettiği Uluslararası Tıbbi Etik Yasası'nda da belirtilmiştir(24). Daha sonraları

Avustralya ve İtalya toplantılarında geliştirilen metinle hekimlerin özellikle zarar vermeme ve hasta yararına hareket etme yükümlülükleri vurgulanmıştır. Fakat burada dikkati çeken nokta ise söz konusu belgenin direkt olarak hasta hakları ile ilgili değil, mesleki standardizasyonu sağlamaya yönelik bir anlam içermesidir. Devam eden yıllarda hasta hakları konusunda en yoğun ve yol alıcı çalışmaların Amerika Birleşik Devletleri'nde yapıldığı kabul edilmektedir. Özellikle birçok hastanın tıbbi uygulama hatası iddiasıyla yargı organlarına başvurması ve ırka dayalı ayrımcılıkların baş göstermesi Amerika Hastaneler Birliği'nin 1973 yılında Hasta Hakları Beyannamesini yayınlamasına sebep olmuştur(25). Söz konusu metin ulusal bir anlam ifade etmesine rağmen mahremiyete saygı, aydınlatılmış onam ve bilgilendirme gibi hasta haklarına vurgu yapmasıyla literatürde önemli bir yer edinmiştir(26).

2.1.1.4 Uluslararası Metinler

Uluslararası alanda ise, özel olarak hasta haklarını vurgulayan ilk metin 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği (DTB) tarafından Lizbon'da kabul edilen Hasta Hakları Bildirgesidir. Tavsiye niteliğinde olan bildirgede, hasta hakları deklare edilmiş fakat bildirgenin hedef kitlesi olarak hekimler seçilmiştir. Altı maddelik bildiride hastanın, hekimi serbestçe seçebilme, aydınlatılmış onam ve rıza, mahremiyet hakkı, onuruyla ölme hakkı, ruhi ve manevi teselliyi ret veya kabul etme hakkı düzenlenmiştir(27).

Lizbon Bildirgesi'nde ki eksiklikler 1994'de kabul edilen Dünya Sağlık Örgütü tarafından ortaya konulan Amsterdam Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi ile hem düzenlenmiş hem de kavramsal olarak içleri doldurulmuştur(28). Dünya Sağlık Örgütü tarafından, Avrupa sınırları içersinde kabul edilen bildirge her ne kadar coğrafi sınırlılığı dolayısıyla eleştiri almış olsa da(29); temelini İHAS'ın oluşturması ve hasta haklarını iyi hekimlik için bir mesleki prosedür gibi görmeyerek, en temel insan hakkı olan yaşam hakkı ve bunun bir görüntüsü olan sağlık hakkı çerçevesinde hasta haklarını basit bir hizmet standardizasyonunun gereği olmadığını belirtmesi açısından önemlidir.

Amsterdam bildirgesinden sonra DTB 1995 yılında 1981 yılı tarihli Lizbon bildirgesini genişleterek Bali'de yeni bir belge deklare etmiştir. Daha öncede bahsettiğimiz gibi, Lizbon bildirgesi oldukça dar kapsamlı ve daha ziyade çeşitli ilkeler belirleme konusunda bir yararlılık sağlamıştır(30). Söz konusu uluslararası belgeler herhangi bir yaptırım gücüne sahip

değildir. Hatta birbirleri arasında dahi hasta haklarına yaklaşımda farklar bulunmaktadır, fakat şurası bir gerçek ki hekim ya da hasta odaklı da ele alınsa bu bildirgeler sayesinde hasta hakları bağlamında önemli ilerlemeler kaydedilmiş pek çok bağlayıcı mevzuata, oluşturdukları ilkeler bakımından yol gösterici olmuşlardır(31).

Hasta hakları tavsiye ve temennilerde kalmaması gereken, sosyal denetim mekanizmaları ile korunması çok güç olan ve belli bir mesleğin uygulanması için getirilen standardizasyon ilkelerinden daha ciddi anlamlar içeren öğeleri barındırmaktadır. Söz konusu boyutlar nedeniyle de hasta haklarını belli bir hukuki zemine oturtmak ve çeşitli yaptırımlar düzenlemek insan hakları bağlamında atılması gereken önemli bir adımdır(19). Avrupa Konseyi üyesi devletler tarafından kabul edilen İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi konuya dair içerdiği kavramlar ve sağlık hizmetleri için yaptığı açıklamalarla hasta hakları için uluslararası düzeyde ortaya çıkan ilk yasal düzenlemedir. Ayrıca teoride sürekli dile getirilen sağlık hizmetlerinde insan hakları sorunsalı, bu sözleşmeyle beraber artık pratikte de kabul edilmiş ve biyoloji ile tıbbın uygulanması ilk defa bir insan hakları metninde yer almıştır. Türkiye'nin de taraf olduğu sözleşme, Anayasa madde 90 yoluyla iç hukuka direkt olarak tesir etmiştir. Dolayısıyla biyoloji ve tıbbın uygulanmasına rehberlik eden temel bazı biyoetik ilkeleri pozitif hukukun içerisine girmiştir(32,33,34,35,36,37)

2.1.1.5 Türkiye'de Hasta Hakları ve Yönetmelik

Uluslararası düzlemde hasta hakları akımına yönelik oluşan gelişmeler ve yer alan kavramların ulusal anlamda, gerek düzenleyici mevzuat gerekse sivil toplum kuruluşu bağlamında, etkisi olmuştur. Bu sayede sağlık hukuku mevzuatlarımızda dağınık ve birçoğu tam bir hak ve özgürlük niteliğinde olmayan hasta hakları, evrensel düzeyi yansıtma ve yeknesaklık sağlamak amacıyla 1998 yılında (Hasta Hakları Yönetmeliği) yönetmelik düzeyinde bir düzenlemeyle bir araya toplanarak, yürürlüğe konulmuştur. Yönetmeliğin yasal dayanakları 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu madde 9'un c bendi ile 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname olarak gösterilmiştir(38).

Vatandaşlara sağlıklı bir yaşam sunma bağlamında devlete düşen ve yüklenen görevler Anayasa başta olmak üzere kimi düzenlemelerde belirtilmiş, aynı zamanda hasta bireylere

verilecek sağlık hizmetlerinin oturtulması gereken temel mantık ve devletin burada güttüğü amaçtan da söz edilmiştir. Sağlık hizmetleri bakımından sözünü ettiğimiz çerçevede en net açılım Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda görülebilmektedir. Yasanın Temel Esaslar başlıklı 3. maddesinde; sağlık hizmetlerinin hiçbir şekilde bölgesel bir ayrıma gidilmeden, eşit, verimli ve kaliteli bir şekilde sunulmasının ilgili bakanlıkların görevi olduğu, devletin bu çerçeve içerisinde planlama ve koordinasyon görevlerini üstlenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet ve verimliliği sağlamak esas olarak alınmış ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerine yoğunluk vererek, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürme hakkının koruma altına alınması sağlanmak istenmiştir(39).

Yasanın temelinde yatan mantık sağlıklı bir yaşam sürme hakkının tüm vatandaşların sahip olduğu temel haklardan biri olması ve devletin bu hakkı koruma görevini yüklenmesi zorunluluğudur(40). Bu kadar önemli bir hizmetin alımı sırasında vatandaşın pasif bir konumda olmasını beklemek ne çağdaş hukuk devleti ilkesine ne de sosyal devlet anlayışına uymaktadır. Birey yaşamını ve sağlığını ilgilendiren konularda her zaman, hele ki hastalık gibi güçsüz olduğu bir konumda, temel haklara ve özgürlüklere sahiptir(39). Söz konusu saptama kaynağını Anayasa, uluslararası sözleşmeler ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'ndan almaktadır. İşte tüm bu değerlendirmeler çerçevesinde hastaların sahip olduğu hakları açık bir şekilde düzenlemek ve bir araya toplamak olumlu bir gelişmedir, ancak düzenlemenin yönetmelik seviyesinde yapılmasının konunun amacına ne kadar uygun olduğu tartışılmalıdır.

Anayasa'nın 124. maddesine göre *"Başbakanlık bakanlıklar ve kamu tüzel kişileri, kendi görev alanlarını ilgilendiren kanunların ve tüzüklerin uygulanmasını sağlamak üzere ve bunlara aykırı olmamak şartıyla, yönetmelikler çıkarabilirler."* Anayasa maddesinin çizdiği çerçeve içersinde, her idari makam kendi çalışma alanını yönetmelikle düzenleyebilmektedir. Yönetmelikler, kanun ve tüzükleri tamamlayan unsurlardır. İdari işlem olmaları bakımından, hukuka aykırılıkları söz konusu olduğu zaman, iptalleri Danıştay'ın görev ve yetki alanına girmektedir, ancak çıkarılması sırasında Danıştay incelemesine tabi değildir. Yönetmelikler normlar hiyerarşisi içinde en altta yer alan düzenlemelerdir, bu bağlamda alt kademede yer alan düzenlemenin üst kademelerdekilerle çatışması durumunda alt kademedeki işlemin uygulanmaması ilkesi gereği yönetmelikler tüzük ve yasalara aykırı olamamaktadır(41). Özgürlükler hukuku bağlamında Anayasa'nın 13. maddesi gereğince hak ve özgürlükler alanında sınırlama ancak yasalarla yapılabilmektedir, bu çerçeve içerisinde ve normlar

hiyerarşisi kavramını da göz önüne aldığımız zaman hak ve özgürlük tesisi de ancak ve ancak yasayla yapılmalıdır ki pratikte ve hukuk sistemi içerisinde esaslı bir anlam ifade edebilsin(42,43,44). Söz konusu temel norm argümanlarını ele aldığımız zaman hasta haklarının düzenlenmesinin yönetmelik seviyesinde yapılması uygun olmamaktadır, zaten sistematik içerisinde bu tarz bir düzenlemenin hak ve özgürlük tesis etmesi de imkân dâhilinde değildir(45). Dolaysıyla bu durum Hasta Hakları Yönetmeliğinin amacı ve çıkış noktasının sorgulanmasına neden olmaktadır.

Yönetmeliğin içeriği ve dayandığı kanunun ilgili maddesi ortaya bir ikilem çıkarmaktadır. Şu şekilde ki; Yönetmelik birinci maddesi gayet net bir şekilde hasta haklarının, temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olarak nitelendirmiş ve amaç olarak Anayasa ve diğer mevzuatlarda kabul edilen hasta haklarının somut olarak göstermeyi hedeflemiştir. Ancak, yasalarda somut olarak belirlenmeyen hak ve özgürlüklerin kanun koyma sistematiğine hiç de uygun olmayan bir şekilde yönetmelikle somutlaştırılma çabası hukuk güvenliği ilkesini zedeleme tehlikesi göstermektedir(46,47). Kaldı ki yönetmeliğin çıkış noktası olan, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9. maddesinin c bendinde de yönetmeliğin çıkarılmasında sağlık kurumlarının hizmet kıstaslarını belirlemek ve hizmet standardını tespit dayanak olarak belirtilmiştir. Bu bağlamda çıkış, bir hizmet standardı görünüş ise temel insan haklarının yansıması olarak nitelendirilmiştir. Dolayısıyla gereksiz bir çelişki yaratılmıştır. Tüm bu argümanlardan ortaya çıkardığımız sonuç, Hasta Haklarının yönetmelik değil bir yasayla somutlaştırılması gereğidir, en azından konunun niteliği bunu gerektirmektedir(48).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirlenen ilkeler, daha önce bahsettiğimiz bildirgelerdeki esaslara uygundur, dolayısıyla bu yönüyle uluslararası standartları yansıtmaktadır. Yönetmelik hasta haklarını incelerken belli başlı bazı sınıflandırmalara oturmuştur, yapılan bu uygulama da uluslararası ölçütleri yansıtmaktadır. İlk olarak sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı belirtilerek; adalete ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, bilgi isteme gibi alt başlıklarla faydalanmanın nasıl olacağı ve neleri içereceği belirtilmiştir. İkinci olarak hastanın tedavi sürecine aktif bir şekilde katılımı sağlama ve kendi kaderini tayin edebilmesi için bilgi alma hakkı düzenlenmiştir. Üçüncü olarak, özel yaşama saygı ve mahremiyet hakkı belirlenerek, sağlık hizmetlerinde bireylerin dokunulmaz alanları işaret edilmiştir. Dördüncü olarak hastanın özerkliği ilkesi ve tedavi sürecine katılımı amacıyla bir hasta hakkı olarak aydınlatılmış onam ve rıza ele alınmıştır. Ayrıca tıbbi araştırmalarda bireylerin sahip olduğu

haklar açıklanmıştır. Son olarak da diğer haklar başlığı altında, refakatçi bulundurma, güvenlik hakkı ve ziyaret gibi haklar irdelenmiştir(49,50,51).

2.1.2 TIBBİ UYGULAMA HATALARI (MALPRAKTİS)

2.1.2.1 Tanım

Neredeyse icra edilen her meslekte, mesleği yerine getirirken, meslek uygulayıcısının bireysel ya da mesleğin sistemsel düzeninden kaynaklanan hata ve/veya özensizlik gibi unsurların yol açtığı kötü uygulamalar sonucu ortaya bir zararın çıkma olasılığı mevcuttur(52). Söz konusu durumun, öznesi insan olan hekimlik ve sağlık hizmetleri gibi meslek ve alanlarda meydana gelmesi; hele ki insan sağlığını doğrudan etkileyen bir neticenin oluşması kamuoyu ve hukuk sisteminin ilgisini çekmektedir(53).

Uluslararası literatürde Medical Malpraktis olarak anılan tıbbi uygulama hataları, Türkçede malpraktis ve tıbbi uygulama hataları olarak iki terimle isimlendirilerek kullanılmaktadır. Mala ve Praxis kelimelerinin birleşmesinden oluşan malpraktis genel anlamıyla, bir mesleği profesyonel olarak icra eden kişinin o mesleğin icrası sırasında dikkat ve özen eksikliği nedeniyle bir zarara sebep olmasını belirtmektedir(54).

Birçok devletin hukuk sistemi içersinde tıbbi uygulama hatası iddiasını barındıran hukuki ve cezai ihtilafların ortay çıkması ile beraber (20) Dünya Tabipler Birliği, tıbbi uygulama hatalarının genel olarak neyi ifade ettiği yönünde bir tanım yapma gerekliliğini hissetmiştir. Birliğin 1992 yılında gerçekleştirdiği 44. Genel Kurulunda yayınladığı Tıpta Yanlış Uygulama konulu duyurusunda, tıbbi uygulama hataları, hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar olarak tanımlanmıştır(55). Herhangi bir uluslararası bağlayıcılığı bulunmayan tavsiye niteliğinde olan metindeki tanımlama, Türk tabipler Birliği tarafından da kabul edilerek Meslek Etiği Kurallarının 13. maddesine; bilgisizlik, ilgisizlik ya da deneyimsizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi hekimliğin kötü uygulaması anlamına gelir ifadesiyle girmiştir. Birbirine paralel olan her iki tanımda kanaatimizce tıbbi uygulama hatalarını en genel ve yalın şekilde tanımlamaktadır.

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili literatürde de yapılan tanımlamalar genel itibariyle birbiriyle paralel olup bazı ek detaylandırmalar yapılmıştır. Tıbbi uygulama hatası, sağlık personelinin hatalı davranışı veya görevi ihmali sonucu yaralanmaya ya da zarara yol açması; hekimlerin cezai ve hukuki sorumluluklarının doğmasına yol açacak yanlış uygulamalar; ilaç kullanımından hastane enfeksiyonlarına kadar sağlık hizmetleri ve tıbbi bakımın her aşamasında ortaya çıkabilecek hastaya zararı dokunan tıbbi kusur ve hatalar; hekimin uğraşısı sırasında bile bile ya da dikkatsizlik ve ihmal sonucu tanı ve tedavide son ve bilimsel yöntemleri uygulamayarak hastaya zarar vermesi ve sağlık hizmetini sunan hekim, hemşire ve mevzuata göre o hizmeti vermeye yetkili tüm sağlık personelinin öneri ve uygulamaları sonucu hastalığın normal seyrinden çıkarak hastanın iyileşmemesinden ölümüne kadar oluşabilecek zararlara yol açılması gibi ifadelerle tanımlanmıştır(56,20,57,58,54)

2.1.2.2 Tıbbi Uygulama Hatalarının Etkileri

Tarihi insanlık kadar eski olan tıp her devirde karmaşık, uzun yıllar üzerinde çalışılmadığı taktirde anlaşılması güç olan bir bilim dalı olarak görülmüştür. Bunun yanında tarih boyunca tedavi etme, şifa veren ilaçları hazırlama, bir nevi insanı hastalık halinden ya da ölümden çevirerek yaşatma tanrısal gücün izafe edildiği eylemler olmuştur. Bu unsurların ekseninde dönen hasta hekim ilişkisinde doğal olarak hasta, hekime tabi bir durumda bulunmuş, hekimin hasta için en doğru olanı bildiği ve uyguladığı bir karine olarak algılanmıştır. Söz konusu unsurlar hekimlik mesleğinde, paternalist (babacıl) anlayışın yerleşmesine sebep olmuş hastalar açısında ise; hekimin teşhis ve tedavi sırasındaki uygulamaları ve sonuçta ortaya çıkan zarar sorgulanmamıştır. Hekim hasta etkileşim modeli olarak paternalizmde; hasta, hekimin tercih ettiği tedavi seçeneğini kabul ederek pasif olarak hekimin uzmanlık otoritesine boyun eğmektedir(59). 20. yy ile birlikte hasta hekim ilişkileri radikal bir şekilde değişmeye başlamıştır. Gelişen insan hakları kavramları ile beraber sağlık hakkının üçüncü kuşak haklardan sayılması, hekimlerin tıbbı uygularken hastalara vermiş oldukları zararlardan dolayı sorgulanmalarına yol açmış, özellikle Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri gibi Anglo Sakson hukuk sistemini uygulayan ülkelerde mahkemelerin hekimler aleyhine yüksek tazminatlara hükmetmeye başlaması, tıbbi uygulama hatalarına dikkat çekilmesine sebep olmuştur(60).

Tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalar (Amerikan hukuk sisteminin yüksek tazminatlara uygun olması) Birleşik Devletlerde, hükmedilen yüksek tazminat oranları nedeniyle 1970'li yılların başlarında sağlık sektörü aleyhine büyük krizler doğmasına neden olmuştur(61). 1974 ve 1975 yıllarında California başta olmak üzere birçok eyalette yüksek tazminat talepleriyle karşı karşıya kalan sigorta şirketleri (mesleki sorumluluk sigortası kapsamında), jinekoloji ve obstetrik gibi kimi uzmanlık dallarının sigorta primlerini 12.000 $'dan 36.000 $'a yükseltmiştir. Krizin oldukça yoğun bir şekilde büyümesi kimi hekimlerin eyalet değiştirmesine hatta ve hatta mesleği bırakmasına ve sigorta şirketlerinin ilk etapta risk içeren uzmanlık dallarına sigorta yapmamasına ardından piyasadan çekilmesine neden olmuştur. Devam eden süreçte birçok uzmanlık derneği kendi sigorta şirketlerini kurmakla çareyi bulmuştur(62).

Sigorta şirketlerinin piyasadan çekilmesi, uzmanlık derneklerinin kendi sigorta şirketlerini kurması soruna ancak on yıllık bir çözüm olmuş ardından ikinci malpraktis krizi 1985 yılında patlak vermiştir. Yüksek tazminatların devam etmesi hukuk sistemi içerisindeki haksız fiil şartlarının ve bunların yeniden düzenlenmesi fikrini doğurmuştur(63). Yapılan yasal düzenlemeler ve bu düzenlemelere adaptasyon amacıyla sağlık sektörü çalışanlarına verilen kurs ve seminerlere rağmen tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalarda ve hükmedilen tazminatlarda azalmanın tam tersine artış görülmeye başlamıştır. 2002 yılına gelindiği zaman üçüncü malpraktis krizi baş göstermiş ve neticede problemin yasalar ve davalar değil tıbbi uygulama hatası olduğu kabul edilmiştir(64,65).

Sorunun en yoğun şekilde yaşandığı ve istatistiksel araştırmaların yoğun bir şekilde yapıldığı Birleşik Devletler özelinde tıbbi uygulama hatalarının sosyal ve ekonomik pek çok sonucu ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırmalarda, her yıl trafik kazalarından da fazla tıbbi uygulama hataları nedeniyle insanların yaşamlarını yitirdiği ortaya konmuştur(66), yapılan yargılamalar nedeniyle harcanan para yaklaşık yıllık 5 milyar $ ve davaların sonucunda ödenen paralar ortalama 14 milyar $ olarak tespit edilmiştir (67). Söz konusu rakamlar çözüm arayışları ve yukarıda belirttiğimiz adımlara rağmen yıldan yıla artış gösterme eğiliminde olup, sorun git gide büyüyerek sosyo-ekonomik boyutlar arz etmeye başlamıştır(68). Institute of Medicine tarafından yayınlanan bir rapora göre ise, Birleşik Devletlerde her yıl 44 ila 98 bin kişi önlenebilir tıbbi uygulama hataları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Yine rapora göre bu rakamlar göz önüne alındığı zaman tıbbi uygulama hataları kaynaklı ölümler, tüm ölümler arasında ilk beşte yer almaktadır(69).

Tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalar ve sorunun gündemde yer tutması ülkemiz açısından son on beş yıllık dönem içerisinde kendini göstermeye başlamıştır. Hasta hakları bağlamında oluşan uluslararası gelişmeler ve bunların ulusal yansımaları, hak arama yollarına erişimin daha kolay hale gelmesi, medyanın özellikle dış basından esinlenerek kim vakaların üzerine gitmesi ve yargının miktarı artan oranda olan tazminat kararlarına hükmetmesi gibi unsurlar bu tür davaların artışında ya da gündeme gelmesinde rol oynamışlardır(70). Konunun ulusal ekonomiye ya da sosyolojik argümanlara ne denli tesir ettiği yapılan bilimsel bir araştırmanın olmaması nedeniyle net olmamakla beraber hekimler için mesleki mesuliyet sigortasının zorunlu hale getirilmesi önümüzdeki on beş yıl içinde sigorta kayıtlarının da incelenmesi ile beraber net istatistiklerin ortaya çıkacağını göstermektedir.

Konu ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle yasal bilirkişilik kurumu olan Adli Tıp Kurumu, Yüksek Sağlık Şurası ya da meslek örgütü olan Türk Tabipler birliği önüne gelen vakaların retrospektif çalışmalarından ibarettir(71). Türkan ve Tuğcu'nun yaptığı çalışmada 2000-2004 yılları arasında, YSŞ tarafından acil servislerde olduğu iddia edilen malpraktis iddiaları incelenmiştir. Araştırmada incelenen 112 olgudan % 50,9'unda herhangi bir kusur unsuru olmadığı; % 49,1'inde ise tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verilmiştir. Kusur sebepleri ise; % 47,3 ile dikkatli muayene etmeme, %16,4 konsültasyon istenen uzmanın hastaneye gitmemesi ve % 11,9 hastanın hastanede yeterli süre takip edilmemesi olarak tespit edilmiştir(72). Büken tarafından yapılan çalışmada ise Adli Tıp Kurumu'na 1990-2000 yılları arasındaki malpraktis iddialı 636 olgu değerlendirilmiştir. Bu olguların branşlara göre dağılımına bakıldığında %16,82 ile jinekoloji ve obstetrik başta %10,69 ile genel cerrahi ikinci sırada gelmektedir. Büken yaptığı tespitte gelen dosya sayısının son yıllara doğru bariz bir artış gösterdiğini belirtmiştir. Hata iddiasına konu olan olayların %40,1'i devlet hastanesi, %18,6'si özel hastane ve %14,9'u SSK hastanelerinde meydana gelmiştir(73).

Kök, hazırladığı çalışmada 1997-2002 yılında Yüksek Sağlık Şurası'na 1053 adli vakanın ulaştığını bu dosyaların içerisinde en çok adli vakanın %18,84 ile jinekoloji ve obstetrik, ikinci sırada 12,10 ile genel cerrahi ve %8,59 ile ortopedi olduğunu belirtmiştir. Yazar aynı çalışmada bu sayıların sadece adli vakaları belirttiğini dolayısıyla adliyeye intikal etmeyen olayları da göz önüne aldığımızda rakamın esasında daha fazla olduğunu ifade etmiştir(53). Ertem ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışma ise, 2000-2007 yılları arasında toplumun her kesimine ulaşan 18 gazetenin internet arşivinde yer alan tıbbi uygulama hatası iddialı

haberleri ele almıştır. Gazetelerde konu ile ilgili 172 haber tespit edilmiştir. Haberlerin %65,2'si hekim kaynaklı, % 12,2'si hemşire kaynaklı hataları ele alan haberler olarak tespit edilmiştir. İncelenen haberlerin yıllara göre dağılımına bakıldığı zaman ise; 2000 yılında haberlerin %1,2'si, 2004 yılında %17,4'ü ve 2007 yılında ise % 30,8'i görülerek yıldan yıla önemli artışlar olduğu ortaya çıkmıştır(74).

Ulusal anlamda yapılan ve dar bir çerçeveyi kapsayan bu çalışmalar göstermektedir ki, tıbbi uygulama hatalarının net olarak hukuk sistemi ve ekonomiye etkisi belli değildir; ancak kanaatimce tıbbi uygulama hataları ile ilgili literatürde bulunan yayınlar, konferanslar, mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu hale gelmesi ve davaların çokluğunun tartışılması konunun ülkemizde de ciddiyetle takip edildiğini, önemli hukuki, sosyal ve ekonomik etkileri olduğunu göstermektedir.

2.1.2.3 Malpraktis Komplikasyon Ayrımı

Hekimlik konusu gereği uygulandığı esnada birçok riski de içinde barındırmaktadır. Hastalığın doğal seyri, hastanın tedavi ve teşhis yöntemlerine vermiş olduğu fizyolojik reaksiyon gibi pek çok unsur neticede istenmeyen sonuçlarla karşılaşılmasına neden olabilmektedir. Söz konusu durumların her birinde hekimi ya da sağlık personelini sorumlu tutmak öncelikle tıbben ardından da hukuken mümkün değildir(75). Bu esnada irdelenmesi gereken söz konusu riskin ve oluşan neticenin mahiyetidir(76).

Tıbbi uygulama neticesinde ortaya çıkan zarar, tıbbı uygulayan kişinin kusur olarak atfedilecek bir hareketi olmadan, hastalığın devamı sırasında ortaya çıkan patolojik olaylar veya hastalıklar ya da tedavi ve tanı sürecinde kullanılan unsurların ortaya çıkardığı yan etki sonucu oluşmuşsa, tıbbi terminolojide komplikasyon hukuki olarak ise izin verilen/kabul edilebilir risk dahilinde görülmektedir. Fakat olayın içinde hekimin ya da diğer sağlık personelinin açıkça izafe edilebilecek bir kusurunun bulunması olguyu komplikasyondan malpraktise çevirmektedir(77,78).

Oluşan zararın komplikasyon olarak değerlendirilmesi genel olarak her hastalığa, her hastalığın seyir sürecine ve kullanılmış olan tedavi ve tanı yöntemlerine göre değişkenlik göstermektedir. Kavramın tıbbi ve teknik yönünü bir tarafa bırakırsak önemli olan oluşan

zararda kusur veya ihmal bağlamında hekimin ve sağlık kuruluşunun rolünün olup olmadığı ya da ne kadar olduğudur. Ayrıca komplikasyon da kendi içersinde kimi değerlendirilmelere tabi tutulmaktadır. Komplikasyonun ani mi aşamalı mı ortaya çıktığı ya da hekimin oluşan komplikasyonlara zamanında müdahale edip etmediği önemli kıstaslardır(79). Ortaya çıkan istenmeyen durum bir hatalı uygulamayı barındırıyorsa hekimin sorumluluğu doğacak; ancak komplikasyonun varlığı cezai ve hukuki açıdan sorumsuzluğu ortaya çıkaracaktır. İstenmeyen neticenin meydana gelmesi ve vakanın yargı önüne taşınması durumunda pozitif bilimsel ölçütler çerçevesinde konuyu aydınlatmak için yargılama makamı, uzman bilirkişilerden yardım alacaktır(80). Bilirkişiler ise, vakayı hem tıbbi hem de etik açıdan irdeleyerek görüşlerini belirteceklerdir.

2.1.2.4 Tıbbi Uygulama Hata Nedenleri ve Türleri

a) Nedenler

Önceki çağlarda sağlık hizmetinin verilmesi hizmeti veren hekim ya da ebe ve hemşire gibi tamamen insan faktörünün üzerine kurulu bir sistem olarak var olmaktaydı. Hastane benzeri, hastaların bir arada bulunduğu ve tedavi ve teşhisin toplu halde yapıldığı kurumların yaygınlaşması dahi günümüzden iki yüzyıl önceye kadar ancak gitmektedir(81). Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumu ise teknolojinin süratli bir şekilde ilerlemesi ve nüfusla orantılı olarak hizmete olan talebin artması ile oldukça karmaşık ve detaylı bir hale gelmiştir. Sağlık hizmetleri her ne kadar pek çok enstrümanın bir araya gelmesi ile sunulmakta ise de temelde; insan, kurumsal ve teknik öğeler sağlık hizmetlerinin sacayağını oluşturmaktadır.

Tıbbi uygulama hataları da yukarıda saydığımız üç temel unsurla ilintili olarak ortaya çıkmaktadır. Nitekim hastanın tedavi ve teşhis süreci bu öğelerin işlevler ile şekillenmektedir. Buradan hareketle tıbbi uygulama hatalarının üç temel nedeni vardır, bunlar; insan kaynaklı hatalar, kurumsal uygulama ve organizasyon kaynaklı hatalar ile teşhis ve tedavi sürecinde kullanılan ekipmanların yetersizliği ya da uygun kullanılamaması nedeniyle oluşan hatalardır(82, 54).

Hata kavramının tanımı gereği, tıbbi uygulama hatalarının nedenlerinin en başında insan unsuru gelmektedir(83). Bu çerçevede bireysel hatalar, yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim

sorunları, zamansızlık, yanlış karar, dikkatsizlik veya tedbirsizlik, meslekte acemilik, yasa, emir ve yönetmeliklere uymama gibi nedenlerden oluşmaktadır(82,84). Görüleceği üzere sağlık personelinin salt mesleki uygulamaları değil aynı zamanda organizasyon, iletişim ve kişisel özellikleri de tıbbi uygulama hatalarına sebebiyet vermesine neden olabilmektedir.

Tıbbi uygulama hatalarının ortaya çıkmasındaki bir diğer neden olan kurumsal yetersizliklerde ise, teşhis ve tedavinin gerçekleştirildiği sağlık kurumu ve ülkenin genel sağlık hizmeti sistematiği başlıca rol oynamaktadır. Buradaki etken ise, sağlık hizmetini yürüten personelin yanlış ya da yetersiz kurulmuş bir organizasyon içersinde hataya sürüklenmesidir. Sağlık hizmetinin verildiği kurumun idari ve işlevsel yapısı, takip edilen işyeri politikaları, personelin yanlış ya da yetersiz dağılımı ve sorunlara karşı yetersiz çözümler, kurumsal kaynaklı hataları meydana getirmektedir(82). Bu konuda özellikle uluslararası anlamda standartlar getirerek soruna çözüm bulma arayışları başta gelmektedir. Ülkemizde de hasta güvenliği konusunda pek çok yasal düzenlemede amaç, bu tür hataların önüne geçilerek üst seviyede bir hizmet vermektir(85, 86).

Tıbbi uygulama hatalarının görülmesinde etken olan unsurlardan bir diğeri de, teknik problemlerin varlığıdır. Yetersiz otomasyon, yetersiz cihaz ve eksik cihazlar nedeniyle hastanın zarar görme ihtimali mevcuttur(82), ancak burada söz konusu hataların yol açtığı zararı bireysel anlamda tıbbi uygulama hatası olarak görmek pek mümkün değildir. Söz konusu durumlarda teknik yapıdan kaynaklanan uygulama hatası olması nedeniyle cihazların bakımını ya da işlevsel eksikliklerini gidermeyen sağılık kurumunun sorumluluğu doğacaktır(87).

b) Türleri

Tıbbi uygulama hatalarının, sağlık hizmetlerinin sunumunda var olan önemli sorunlardan bir tanesi olduğu tartışma götürmeyen bir hale bürünmüştür. Bu çerçevede çözülmesi gereken problemlerin nedenlerini ortaya çıkarmak kadar önemli olan bir unsur da, problem türlerini tespit etmektedir. Literatürde, tıbbi uygulama hatalarının sınıflandırılması her ne kadar üçlü ya da beşli ayrımlar gibi değişkenlik gösterse de, hata türlerinin tek tek tespitinde yeknesaklık mevcuttur(88,89,90). Çatısal bir ayrıma gitmeden tıbbi uygulama hataları türlerine göz atacak olursak, bilgi eksikliği, kasıt ve ihmalden oluşan yargı hataları, ekipmanla ilgili mekanik hatalar, beklenti hataları, sistem hataları(91), planlanan tıbbi bir uygulamanın amaçlandığı

şekilde tamamlanmaması nedeniyle oluşan uygulama hataları ve amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması, yanlış ya da yanlış dozda ilaç verilmesi(88,89) gibi hata türleri ile karşılaşılmaktadır.

Tıbbi uygulama hatalarının türlerini artırmak mümkündür, kaldı ki birçok hata türü birbiriyle de iç içe geçmiş durumdadır. Örnek olarak ele almak gerekirse, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık personeli arasındaki iletişim eksiklikleri ve kayıt hataları beraberinde yanlış organ ya da uzva cerrahi müdahaleyi veya vücut içinde yabancı cisim unutulması gibi cerrahi hataları(92); özen eksikliği ve dikkatsizlik hatalı karar ve tanı hatalarını doğurabilecektir(91). Bu sebeple tıbbi uygulama hatalarını irdelerken çatısal olarak, medikasyon hataları, cerrahi hatalar ve tanı koyma hataları olarak üçlü bir ayrıma gitmek daha sade ve anlaşılır olacaktır(89).

Medikasyon Hataları; bazı hata türü ayrımlarında tedavi hataları içerisinde geçen medikasyon hataları ilgili sağlık personeli tarafından bir ilacın verilmesi ya da dozunun ayarlanması konusunda yanlışlık yapılması sonucu hastanın zarar görmesi ile ortaya çıkmaktadır(88,93,85). Bu tür hatalar hasta güvenliğini üst seviyede etkileyen ve aynı zamanda en kolay önlenebilir hata türlerinden sayılmaktadır. İlaç hazırlama ve yönetiminde temel standartlara uymamak ve ilgili rehberi takip etmemek, ilacın yanlış seçilmesi, alerjik reaksiyonun yeterli şekilde araştırılmaması ve uygun olmayan aralıkta ilaç verilmesi medikasyon hatalarına örnek olarak gösterilebilmektedir(94,89). İlaç hatalarında yapılan altı hata; doğru hasta, doğru ilaç, doğru yol, doğru doz, doğru zaman ve doğru teknik olarak belirtilmiştir(93). Yapılan bir çalışmada ilaç hatalarının yaklaşık, %36-%54 oranında önlenebilir hatalar olduğu ortaya çıkmıştır(89). Joint Commision 2005 yılında yayınladığı raporunda, tıpta istenmeyen olaylar sıralamasında ilaç hatalarını dördüncü sıraya koymuş(95), yapılan bir başka çalışmada ise insanların hastanede kaldığı sürede en az bir defa ilaç hatası ile karşı karşıya kalma oranının %2 ile %14 arası olduğu belirtilmiştir(96). İlaç hatalarının önlenmesinde, sağlık personeli arasındaki iletişim eksikliklerinin giderilmesi ve ilaç takip sistemlerinin bilgisayarlı otomasyon yoluyla yapılması bu hataların daha da aza indirilmesinde önemli bir yol olarak görülmektedir(89).

Cerrahi Hatalar; cerrahi müdahaleler tıbbi uygulamalar arasında hastalar açısından, vücuda doğrudan ve kesili bir müdahalede bulunulması nedeniyle en riskli konulardan bir tanesidir. Salt vücut dokunulmazlığının ihlal edilmesi sebebinin varlığı dahi özellikle ceza

hukukunun ilgisini cerrahi müdahaleler üzerine çekmektedir. Hastanın rızası ya da varsayımsal rızası, müdahalenin hekimlik ehliyetine sahip kişilerce gerçekleştirilmesi gibi şartların varlığı cerrahi müdahaleleri yasal boyuta taşımaktadır. Şartlardan herhangi birinin eksik olması cerrahi müdahaleleri müessir fiil kapsamı içine almaktadır(97). Cerrahi müdahaleler, başlangıçlarından hastanın ameliyathaneden çıkarılmasına kadar ve devam eden süreçte meydana gelen komplikasyonların değerlendirilmesiyle neticelendirilen hassas bir sürece sahiptir. Bu süreçte yapılabilecek en ufak hata ve hata sonucu hastada meydan gelebilecek zararlar, müdahaleye iştirak eden hekim ve diğer sağlık personelleri kaynaklı hasta hakkı ihlaline ve aynı zamanda cezai ve tazmini sorumluluğa neden olabilecektir.

Cerrahi müdahale sayılarını ve bu müdahalelerin sonuçlarını istatistiksel açıdan değerlendirdiğimiz zaman, Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre her 25 kişiden biri hayatında en az bir defa cerrahi operasyon geçirmek zorunda kalmaktadır. Dünya üzerinde her yıl ortalama 234 milyon ameliyat gerçekleşmektedir. Yine DSÖ' nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde bu ameliyatların yüzde 3 ila 16'sında komplikasyon meydana gelmektedir(98). Ayrıca tıbbi uygulama hatalarının yaklaşık %48'i cerrahi müdahale esnasında gerçekleşmektedir. Bu veri dahi cerrahi hataların tıbbi uygulama hataları içerisindeki yerini ortay koymaktadır(99).

Hatalı Karar ve Tanı Hataları; tıbbi uygulama hatalarında başta gelen hata türlerinden bir tanesi de hatalı tanılardır. Hekimin mesleki bilgi, becerisi, dikkat ve özenin en önemli payı aldığı bu tür hatalarda hekim, yanlış tanıyla yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilmektedir. Hekimin hastalığın tespiti ve tedavi hususunda vermiş olduğu kanaat, cerrahi müdahaleden ilaç kullanımına kadar pek çok aşamada etkili olmaktadır. Bu tür hatalardan doğan sorumluluğun tespitinde hekimin izlemiş olduğu prosedür, branşı ve branşının gereklerini taşıyıp taşımadığı, kendisinde beklenen özeni gösterip göstermediği gibi birçok unsur göz önüne alınmaktadır(89, 100).

2.1.3 HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ

Günümüzde pek çok sosyal ilişkinin boyut değiştirmesi ve farklılaşmasına paralel olarak, hasta hekim ilişkileri de büyük değişikliklere uğramıştır. Tıpta teknolojinin en üst

seviyede kullanılmaya başlanması, bu teknolojiden yararlanmanın oldukça pahalı ve kullanımının masraflı olması, neredeyse tamamen anaparacılığın sağlık sektörünü de etkisi altına alması, sağlık hizmetlerinin içine harcamaları en düşük seviyeye çekmekte ustalaşmış sigorta şirketlerinin girmesi ve kamu sigortalarının da bu amaçla davranmaya başlaması, tıpta aşırı uzmanlaşma ve hizmeti veren personelin sayıca artması; sadece bireysel olarak hareket edebilen hastaları bu dev organizasyon karşısında yalnız başına bırakmıştır(101).

Anlaşılması ve hizmetin alınması bu denli karmaşık olan sağlık hizmetleri karşısında yavaş yavaş hastalar da kendi savunma sistemlerini yaratmaya başlamış ve hizmetin alımında kendilerine göre farklı kıstaslar geliştirmeye başlamışlardır. Ayrıca hümanistik anlayışın dünya konjonktürüne yerleşmesi ve bilhassa ileri demokrasi kültürünü içselleştirmiş Batılı ülkelerde insan haklarının olmazsa olmaz hale gelmesi, hastaların karşısında zayıf olduklarının hissettikleri sağlık hizmetlerinde, bir takım hak ve özgürlüklere sahip olduklarını anlamaya başlamasına neden olmuştur. Bu durum sağlık sektöründe, haliyle en direkt etkiyi hekim hasta ilişkilerinde göstermiştir(102).

Özellikle ABD başta olmak üzere Batılı ülkelerde hastalar sağlık hizmetlerini, verilen hizmet ne olursa olsun, şartlarını hizmeti verenin belirlediği alınması zorunlu bir ihtiyaç ve boyun eğmek zorunda hissettikleri bir olgu olarak görmemektedirler. Gayet uygun bir şekilde yapılan benzetmedeki gibi, günümüzde sağlık hizmetleri seyahat edilecek bir hava yolu şirketi için geçerli olabilecek; güler yüzlü hizmet, konfor, yardımsever personel ve zamanında kalkış gibi kıstaslarla değerlendirilmektedir(103). Anlaşılacağı üzere hastalar iyileşme ya da sorunlarına çözüm bulmanın yanında, hizmeti alırken karşılaştıkları muamele ve psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması bağlamında şekillenen bakış açısı ile sağlık hizmetlerini değerlendirmeye başlamışlardır.

2.1.3.1 İlişki Türleri

Tarihsel perspektifle baktığımız zaman hekim hasta arası ilişkinin boyut değiştirmesi üç farklı evrede görülmektedir. Bunlardan ilki hekimin tamamen etkin, hastanın ise edilgen bir konumda olduğu paternalist ilişki, hekimin yine paternalist yaklaşımların bir kısmını muhafaza ederek hastaya yaklaştığı ancak aynı zamanda hekimin yol gösterici bir tavır da

takındığı yol gösterme ve iş birliğine dayanan ilişki ve son olarak tamamen karşılıklı katılım temelinde yer alan ilişki biçimidir(104).

Paternalist ilişki; hekim ile hasta arasındaki bu ilişki türü hekimin buyurgan ve otoriter bir rol üstlenmesine dayanmaktadır. Latince olan patern kelimesinin Türkçe karşılığı baba anlamına gelmekte olup hekim de, bu ilişki türü içersinde bir babanın çocuğun gösterdiği dikkat ve özeni göstererek ancak aynı zamanda bir baba gibi otoriter yaklaşarak hastasını tedavi etmeye çalışmaktadır. Neredeyse tıbbin işlevsel hale gelmesinden, yani binlerce yıldan bu yana hekim ile hasta arasındaki ilişki bu anlayışa göre sürmekteydi, ta ki hümanistik algının tamamıyla yerleşmeye başladığı ikinci dünya savaşı sonlarına kadar(105). Paternalist ilişkide, hasta hekimin teknik bilgisine, moral ve motivasyonuna ve etik anlayışına güvenir ya da mecburen güvenecektir. Teşhis-tanı ve tedavi aşamalarının her birinde, kontrolü elinde bulunduran hekimdir. Hasta için en iyisini düşünen ve uygulayan da hekimdir. Bu ilişki türünde hasta için en yüksek faydanın son kararı hekimin vermesine bağlı olduğu düşünülmektedir(106).

Yol gösterme ekseninde işbirliğine dayanan ilişki; bu ilişki türü esasında bir nebze de olsa paternalizm kokmakta ya da paternalizmin yumuşatılmış halini yansıtmaktadır. Bu ilişki türünde hekim bir nevi yol gösterici, öğretmen (apostolic) konumundadır(102). Yol gösterici anlayışta, hasta sağlığını kazanmak için hekimin komutlarına uymaya hazır konumdadır. Paternalist hekimlikte olduğu gibi bir buyurganlık ya da tam anlamıyla hekimin otoritesinin baskın olduğu bir durum söz konusu olmamakla beraber hasta genel itibariyle hekimin bilgi ve becerisine güvenmektedir. Hasta için burada, ufak tercihleri yapma konusunda bir özerklik mevcut olmakla beraber, teknik bilgisi ile onu iyileştirecek hekim ile karar verme sürecinde, aynı konumda değildir(59).

Karşılıklı katılım temelinde yer alan ilişki; karşılıklı katılım ile beraber hastanın özerkliği bu ilişki türünde başat durumdadır. Hekim hastaya, içinde bulunduğu durum ve hastalığın seyri ile ilgili bilgiler vermekte ve hangi yollarla sonuca ulaşılabileceğini anlatmaktadır. Hasta ise hekimin göstermiş olduğu yollar çerçevesinde ya da kendi düşüncesi bağlamında tedaviyi devam ettirmek için iradesini ortaya koymaktadır. Söz konusu ilişki türünde hasta kendi sorumluluğunu kendi üstüne almakta ya da hekimle paylaşmaktadır. Karşılıklı katılım temelline dayanan ilişki türünde hekim ile hasta arasındaki diyalog derinleşmekte ve hekim hastanın salt tıbbi durumu değil; aynı zamanda psikolojik ve sosyal

bakış açısını da göz önüne almaktadır(107). Bazı yazarlar bu dönemin başlangıcını özellikle, ABD başta olmak üzere pek çok Batılı ülkede hasta haklarının hukuk sistemleri içerisine oturmaya başladığı 1960'lı yıllar olarak görmektedir. Bu dönemle beraber hekim hasta arası ilişkide ağırlık hastada olmaya başlamış ve aydınlatılmış onam gibi pek çok argüman yoğun olarak uygulanmaya başlamıştır(104).

2.1.3.2 İdeal Hekimlik

Hekimlerin mesleki yeterlilikleri ve mesleki başarıları değerlendirilirken doğal olarak ilk bakılan kıstaslar, hekimin mesleki yani teknik anlamda yeterliliği, uzmanlık alanına vakıf olması, en son teşhis ve tedavi yöntemleri ile mesleki yeniliklerden haberdar olması gibi unsurlardır. Hekimin mesleki uygulama hatasının yargı mercilerince değerlendirilmesinde de, bu unsurların varlığı ilk aranan şartlardır(108). Bununla beraber hekimin mesleğini uygularken bir takım mesleki etik ilkelerine de riayet etmesi gerekmektedir. Ülkemizde 01/02/1999 tarihli Hekimlik Meslek Etiği Kuralları ve Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi bu kuralları düzenlemekte, dolayısıyla hekimin mesleki değerlendirilmesi aynı zamanda bu etik ilkeler çerçevesinde değerlendirilmektedir.

Değişen ve kanaatimce olumlu olarak gelişen hasta hekim ilişkilerinde salt teknik ve mesleki beceri ile etik kurallara riayet edilmesi değil, aynı zamanda hekimin, hastası ile kurduğu iletişimin kaliteliliği(109), hatta birçok Batı ülkesinde pazarlama yöntemlerini andıran hasta memnuniyetini arttırmaya yönelik kriterler de, hekimin mesleki yeterliliğinin değerlendirilmesinde ön sıralara geçmeye başlamıştır(103). Ülkemiz özelinde ve gelişmiş ülkeler genelinde tıbbi uygulama hatası iddiaları içeren davaların yıldan yıla arttığını daha önce belirtmiştik. Bu bağlamda kimi yazarlar malpraktis davalarının açılmasındaki önemli nedenlerinden bir tanesinin de hekim ile hasta arası ilişkinin kötü olması olduğunu iddia etmektedir(110).

Etik ilkeler çerçevesinde ideal hekim hasta ilişkisi; öncelikle hekim kaynaklı olarak, güven, dürüstlük, mahremiyete saygı, özerkliğe saygı, gizliliğe saygı ve hastanın ihtiyaçlarını gözetme üzerine kuruludur. Hekim hastanın teşhis ve tedavi süreciyle ilgilenirken, işini profesyonelce ve aynı zamanda güvenilir bir şekilde yerine getirmelidir. Bununla beraber iletişimin sağlıklı olması bakımından hastaya şefkatli bir şekilde ve olabildiğince empati

kurarak yaklaşmalıdır. Hekimin hasta ile olan ilişkisinde, hastanın haklarını gözetmesi ve temel hasta haklarına saygı duyarak işini yapması, aynı zamanda hekimin sağlık sisteminin iyileşmesi ve sağlık sisteminin daima ideale doğru gitmesi için yerine getirmesi gereken bir ödev olarak nitelendirilmiştir(111).

ABD'de yapılan bir araştırmada hastalar açısından ideal hekimin taşıması gereken vasıflar, hastalara bu konu ile ilgili anketler yapılarak tespit edilmeye çalışılmıştır. On dört farklı klinikte tedavi gören 192 hasta ile birebir yapılan ve yaklaşık 50 dakika süren mülakatlarda hastalar açısından, hekimlerin taşıması gereken yedi davranış biçimi belirlenmiştir. Hastalar ideal hekimin; güvenilir, empati kuran, insancıl, kişilik sahibi, açık sözlü, saygılı ve dikkatli olması gerektiğini belirtmiştir(112). Yapılan çalışmada çıkan sonuçlar hasta hekim ilişkisinin en azından hasta perspektifinden değişmeye başladığını, hastaların hekimlerden en basit anlatımla salt iyileştirmeden ziyade davranış biçimleri beklediğini göstermektedir.

2.1.4 HEKİM SORUMLULUĞU

Sağlık hizmetlerinin sunulmasının, genel bir çerçeve altında incelendiği zaman, içersinde pek çok hukuki argümanı barındırdığı görülecektir. Özellikle hastanın vücut dokunulmazlığının ihlali, yaşama hakkı ve sağılıklı kalma hakkı gibi pek çok kavram sayesinde hekim hasta ilişkisi karşılıklı hak ve ödevler ile hukuki ve cezai sorumluluklar bağlamında şekillenmektedir. Tıbbi uygulamaların ve hekimin davranışlarının hastanın doğrudan beden sağlığına müdahale şeklinde var olması toplumsal uzlaşma açısından da kavramların normatifleştirilmesi, hizmeti alanın haklarının güvence altına alınması ve hizmeti verenin fiillerinin denetime tabi tutulması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Kanaatimizce tüm bu unsurların etrafında oluşan normatif ilişkileri yumağının ana konusu ise hekim kaynaklı olası bir zarar verme ve hak ihlalinde doğacak sorumluluklardır.

Hekimin tıbbi müdahale ve sağlık hizmetlerinin sunumundan dolayı sahip olduğu sorumluluk yasal zeminde; cezai, hukuki ve idari sorumluluk olarak üçe ayrılmakta ve bu üç sorumluluğun kaynağında ise genel itibariyle hekimlik meslek etiği kuralları yer almaktadır. Esasında meslek etik ve kurallarının normatifleşerek yaptırım içermesi, ilgili hukuk alanındaki teorilerle güçlendirilmiş gelişmeye açık/diyalektik bir zemine oturtulmuştur. Dolayısıyla binlerce yıl önce Hipokrat tarafından ortaya konulan hekimlik andı/etik şartlar,

günümüz hekimlerinin uymadıkları taktirde yaptırımlarla karşılaşacakları normatif kuralların doğuşuna kısmen de olsa kaynak teşkil etmiştir.

Tıbbi uygulama hatalarının hekimleri, hasta ve hasta yakınlarını özellikle her iki tarafı doğrudan etkilemesi nedeniyle ilgilendiren, hukuki zeminde iki unsur mevcuttur. Bunlar toplumsal düzeni sağlama ve bireysel çıkarları koruma amaçlı olarak devlet tarafından konulan emir ve yasaklara uymama neticesinde cezai yaptırımlara sebep olan(113) cezai sorumluluk ve kişiler arası ilişkilerden (borç ilişkisi, hak ve yetkilerin kullanılması, maddi ve manevi bütünlüğün temini ve muhafazası… vs) doğan(114) hukuki sorumluluktur.

2.1.4.1 Cezai Sorumluluk

Yaşama hakkı ve vücut dokunulmazlığının kutsiyeti normlar hiyerarşisi bağlamında sıralayacak olursak, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi başta olmak üzere, ulusal anlamda bağlayıcılığı olan uluslararası mevzuatlar ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ile koruma altına alınmış kavramlardır. Bu kavramlar, salt hakkı ihlal edilen bireyi değil aynı zamanda kamuyu da ilgilendirmektedir. Bununla beraber devlet, temel düzeni sağlamak için bu haklara haksız şekilde müdahale edilmesini önleme görevi üstlenmiştir. Dolayısıyla bu hakların ihlali ceza normlarında suç olarak düzenlenerek neticede faillerin cezalandırılmalı öngörülmüştür(115,116).

Cerrahi operasyonlar başta olmak üzere doğası gereği birçok tıbbi müdahalenin içeriğinde esasında vücut dokunulmazlığını ihlal ve yaralama fiilleri mevcuttur. Bu sebeple tıbbi uygulamalarda cezai sorumluluk ve hekimlerin cezai sorumluluğunun irdelenmesi; hangi durumlarda ve hangi şartlarda hekimlerin fiilleri nedeniyle sorgulanabilecekleri sorusu gündeme gelmektedir(21). Öğretide söz konusu durumla ilgili yoğun tartışmalar ve görüş ayrılıkları mevcuttur. Kimi yazarlar tarafından tıbbi müdahalelerin ilk etapta ve geniş açıdan değerlendirildiği zaman müessir fiil içerisine girdiği, kimi yazarlarca ise suçun unsurları bakımından irdelendiğinde fiilin hukuka uygun olduğunu ve en önemlisi manevi unsurun gerçekleşmediği belirtilmektedir(117,118).

Ceza hukuku çerçevesinde bir fiilin irdelenebilmesi için, fiilin görünümün yani resminin iyi anlaşılması gerekmektedir. Fiilin resmi ya da görünümü bize tipikliğin var olup olmadığını

yani hukuksal değerlendirmenin yapılıp yapılamayacağını ifade etmektedir(119). Türkiye'de öğreti ve uygulama tıbbi müdahalelerin, müessir fiil ya da adam öldürme çerçevesinde tipikliğe sahip olduğu, dolaysıyla hukuka uygunluk şartlarının varlığı durumunda ceza hukukunun ilgi alanından çıkacağını kabul etmektedir (21,120). Öğreti ve uygulamada baskın olan görüş dahilinde konumuzu irdelediğimiz zaman tıbbi müdahale kaynaklı cezai sorumlulukta, fiilin cezasız kalması için hukuka uygunluk sebepleri içersine girmesi gerekmektedir.

2.1.4.1.1 Tıbbi Müdahalelerde Hukuka Uygunluk Sebepleri

Yukarıda da belirttiğimiz üzere bir eylemin suç sayılabilmesi ve ceza hukukunun ilgi alanına girebilmesi için o eylemin evvela kanunda belirtilen tipikliğe uygun olması gerekmektedir. Kanuni olarak tipikliğe uygun olan bir fiilin ise cezasız kalması için, eylemi hukuka aykırı olmaktan çıkaran bazı şartların ya da yaşam olaylarının varlığı gerekmektedir(121). Söz konusu sebeplerin tesiri hukuka aykırı eylemin gerçekleşmesinden yani suçun işlenmesinden sonra devreye girerek, hukuka aykırılık unsurunu ortadan kaldırmaz, ancak fiilin doğrudan doğruya hukuka uygun olarak doğduğunu belirler(122). Bunun yanında cezasızlığı sağlayan hukuka uygunluk sebeplerinin kanunda yazılı olması ceza hukukunun olmazsa olmazlarından da değildir. Hukuka uygunluk sebepleri, kanunda yazılı olarak belirlenebileceği gibi, somut olayın şartları çerçevesinde (ceza hukukunda kabul edilen bazı kriterler dahilinde) değerlendirilebilecek olgulardır(121).

Tıbbi uygulamalar açısından ise mevcut Ceza Kanunu'nda tek başına bir hukuka uygunluk nedeninden bahsedilmemiştir. Öğretide kimi yazarlar tıbbi uygulamaların esasında kanunda sayılmayan hukuka uygunluk nedenleri içerisinde yer aldığı görüşünü ileri sürmüşse de(123) teori ve uygulamada çoğunlukla kanunda sayılan hukuka uygunluk sebeplerinin bir kaçı çerçevesinde değerlendirme yapılmıştır(108). Öğretide ve uygulamada tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğu şartları bağlamında özellikle hakkın kullanılması ve ilgilinin rızası üzerine vurgu yapılmış ve genellikle bu iki şartın bir arada bulunması durumunda, hukuka uygunluğunu sağlanabileceği kabul edilmiş, ayrıca bu iki şartın yanında müdahalenin tıp meslek ve sanat kaidelerine uygun olarak gerçekleştirilmesi de bir koşul olarak aranmıştır(120,124,125,126,127). Çalışmamızda bizde baskın olarak kabul edilen

görüş ışığında hakkın kullanılması ve ilgilinin rızası hukuka uygunluk sebeplerinden bahsedeceğiz.

a) Hakkın kullanılması

Hukuka uygunluk sebeplerinden bir tanesi olan hakkın kullanılması/icrası, 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 26/1. maddesinde düzenlenmiştir. 765 Sayılı Kanun'da düzenlenmeyen, öğreti ve uygulamada ise ceza kanununda yer almayan hukuka uygunluk sebepleri arasında sayılan bu hukuka uygunluk sebebi "Hakkını kullanan kimseye ceza verilmez" ifadesi ile normatifleştirilmiştir. Maddenin gerekçesinde *"Bir hak, kanun, tüzük, yönetmelik, genelge gibi nizamlara dayanabilir ve hukuken tanınmış ve düzenlenmiş olmak kaydıyla, bir mesleğin icrasından da doğabilir. Burada hakkın doğrudan doğruya kullanılabilir olması aranacaktır. Eğer hak bir mercie başvurularak kullanılabilecekse, artık buradaki hak kapsamında kabul olunmayacaktır."* İfadesi ile kavramın çerçevesi çizilmiştir(128).

Tıbbi uygulamalar bağlamında ise, hekim ya da sağlık personelinin hastaya tıbbi içerikli müdahalesini hukuka uygun hale getiren unsurlardan bir tanesi hakkın uygulanmasıdır. Esasında Yüksek Mahkeme'nin ilgilinin rızası şartına da aynı derecede önem vermesine kadar hekimin faaliyetinin hukuka uygun sayılmasının en büyük nedeni hakkın icrasıydı(129). Hakkın icrasının gerçekleşebilmesi için bazı şartların varlığı da zaruridir. Bu şartlardan ilki, kişiye verilmiş ve hukuk düzenince de tanınmış sübjektif bir hakkın varlığıdır, ikincisi ise kişiye tanınan bu hakkın, hakkın kaynağı olan hukuki olguda öngörülen sınırlar çerçevesinde icra edilmesidir. Bir diğer şart ise hakkı kullanana kimsenin hakkı kullanmadan önce herhangi bir adli ya da idari merciden alınacak icazet ya da tespit istemesi zarureti bulunmamalıdır. Dolaysıyla söz konusu hak kullanılırken doğrudan doğruya kullanılabilirliğinin var olması gerekmektedir(130).

Yukarıda sıraladığımız koşulların tıbbi müdahalelerde görünümü ise şöyledir; sübjektif hakkın varlığı ve hakkın doğrudan doğruya kullanılabilmesi bağlamında, müdahaleyi gerçekleştiren kimsenin söz konusu müdahaleyi yapmaya ehil ve müdahalesinin de aynı zamanda hukuken kabul edilebilecek bir müdahale olması gerekmektedir(131,126,120,132). Bu durum sübjektif hakkın doğrudan doğruya kullanılabilmesi ile de ilintilidir. Söz konusu soyut normun ve açıklamasının somutlaştırılmış biçimi ise, hekimler açısından; tıp meslek

veya sanatının icrasına, tıp fakültesinden diploma almak ve tabip odalarına kaydolmaktır. Bu sayede tıp mesleğinin kullanılması bağlamında hekime sübjektif bir hak tanınmış ve tıbbi müdahalede bulunan hekim evvela bu hakkını kullanmış sayılmaktadır(129,133). Bu durumun en önemli dayanaklarından bir tanesi de Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 13/1. maddesidir, maddede; *"Tabip ve diş tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından mülahaza edilemez"*(129) Nitekim tıp hukukunu alakadar eden pek çok sorunun algılanması ve çözümünde, ayrıca yasal metinlerin temelinde tıbbi etik kaideleri mevcut olup tıbbi deontoloji nizamnamesi önemli bir kaynak olarak algılanmaktadır(134).

Hakkın icrasında önemli olan bir diğer unsurda, tıbbi müdahalenin hukuken kabul edilebilir olması gerekliliğidir. Bir tıbbi müdahalenin hukuken kabul edilebilir olması için ise; evvela o tıbbi müdahalenin tedavi amacıyla gerçekleştirilmesi gerekmesidir. Bu aynı zamanda, hakkın kullanılmasının sübjektif sınırını oluşturmaktadır. Hekimin iyileştirme dışında örneğin bilimsel bir deney için müdahalede bulunması en azından hakkın icrası bağlamında geçerli bir hareket olmayacaktır. Ardından gerçekleştirilen tıbbi müdahale tıbbın gerektirdiği usul ve şartlarda yapılmalıdır. Ayrıca objektif olarak bir hekimin göstermesi gereken dikkat, özen ve ilgiyi göstermiş olmalıdır ki, bu durumun aksi, hekimin taksirli sorumluluğunu gündeme getirecektir(87,135,136). Bu durum ise, hakkın kullanılmasının objektif sınırını çizmektedir. Yukarıda bahsettiğimiz kaideler ve sınırlar çerçevesinde hareket eden hekim yasalardan kaynaklanan hakkını icra etmektedir. Kanun tarafından verilmiş olan bir hakkın kullanılması neticesinde bireyin cezalandırılması temel hukuk mantığına ters düşmektedir. Bundan dolayı hekim söz konusu çerçevede yaptığı müdahalelerden dolayı cezalandırılmayacaktır, ancak hakkın kullanılması ile eşit derecede bir önemli husus daha mevcuttur ki o da ilgilinin rızasıdır, nitekim evvelce de belirtmiş olduğumuz üzere teori ve uygulama aynı zamanda yasalar bu unsuru da zaruri görmektedir(108,133,136)

b) İlgilinin Rızası

Hukuka uygunluk sebeplerinden bir diğeri olan ilgilinin rızası da tıpkı hakkın icrası gibi 765 Sayılı Kanun'da düzenlenmemiş, ancak 5237 Sayılı Kanun'un 26. maddesinin 2. fıkrasında yer almıştır. Bu hukuka uygunluk sebebi gerek maddenin lafzından anlaşılacağı, gerekse gerekçesinde açıklandığı üzere, bireyin mutlak surette üzerinde tasarrufta bulunabileceği hakları açısından geçerlidir(128). Ayrıca rızanın kabulü için vakada obje olan

hakkın salt şahsa bağlık bir hakka dair olması dolayısıyla kamuyu alakadar etmemesi de gerekmektedir. Aksi takdirde rızanın herhangi bir geçerliliği yoktur(120).

Ceza hukuku bağlamında rızanın geçerli olması için, rıza gösterilen olayın ya da rızanın veya rızayı gösteren kişinin bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Öncelikle rızanın salt bireyi ilgilendiren yani üzerinde tasarruf yapılabilen hakları için gerçekleşebileceğini yinelemekle, rızayı gösteren kişinin evvela bu rızayı göstermeye ehil olması gerekmektedir. Yani, ilgilinin akıl ve ruh sağlığının yerinde olması bir nevi ön koşuldur. Bunun yanında akıl ve ruh sağlığı tam olsa dahi ilgilinin rızası sonucunda meydana gelecek ya da gelebilecek sonuçlardan haberdar olması yani aydınlatılmış olması lazım gelmektedir. Doğal olarak rızanın varlığının sarih olarak ya da zımnen belli olması, yani ilgilinin bu rızasını açıklaması gerekmekte ve fiilden önce en kötü ihtimalle fiil esnasında bu rızanın varlığı şarttır. Verilen rıza fiil neticelenmeden evvel her zaman için geri alınabilirdir(137,138,139,140). Söz konusu şartlara uyarak verilen rıza neticesinde hukuka aykırı eylemin cezalandırılması da engellenmiş olmaktadır. Kimi yazarlar bu kavramın ortaya çıkmasındaki en büyük nedenin ise, gelişen ve değişen insan hakları değerleri çerçevesinde kişinin kendi geleceğini belirleme hakkı olduğu kanaatindedir(141).

Tıbbi uygulamalarda ilgilinin rızası, hakkın icrası ile eşit değerde var olması gereken ve fiili hukuka uygun hale getiren unsurlardan bir diğeridir. Ayrıca tıbbi müdahaleden önce aydınlatılmış bir rızanın aranması şartı, çalışmamızın hasta hakları başlıklı bölümlerinde bahsettiğimiz pek çok uluslararası metin de kendine yer bulmuş ve Hasta Hakları Yönetmeliği vasıtasıyla da ilk defa açıkça mevzuatlaştırılmıştır. Tıbbi uygulamalarda ilgilinin rızasının hukuken bir değer atfetmesi ve cezasızlığı sağlayabilmesi için, yukarıda bahsettiğimiz rıza şartlarının tıbbi müdahaleye uygulanmış bir biçimde, dolayısıyla tıbbi müdahalenin kendine has koşullarını da barındırır bir biçimde var olması gerekmektedir.

Ehliyet; tıbbi müdahalenin uygulanacağı kişinin kendi geleceği üzerinde ne denli karar verebilme yeteneğine sahip olduğu, tıbbi müdahalenin muhtemel sonuçlarını kavrayıp kavrayamadığı rızaya ehliyetin var olup olmadığı yönünde araştırılması gereken unsurlardır(142). Dolayısıyla hukuki işlem olan rıza için yine hukuki işlemlerde göz önüne alınan durumlar açısından ayrı ayrı değerlendirmeler geçerli olacaktır, bunlar yaş, akıl zayıflığı ve kısıtlı olma halidir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24/1. maddesi açıkça tıbbi müdahaleye rıza için, hastanın küçük veya kısıtlı olması durumunda velinin ya da vasinin

görüşlerine başvurmak gerektiğini, ancak yine küçük ya da vasinin mümkün olduğunca müdahaleye iştirakinin sağlanmasının gerektiğini belirtmiştir. Yönetmeliğin lafzından açıkça on sekiz yaşını doldurmamış ve herhangi bir nedenle kısıtlanmış kimselerin kararlarını veli ya da vasisinin vereceği anlaşılmaktadır; fakat bu şekilde de kimi zaman hastanın kendi geleceğini tayin hakkı kısıtlanma tehlikesi ile karşı karşıya kalmakta ve self determinasyon olgusu zarar görmektedir. Bu durumlarda meseleyi temyiz gücü bakımından ele almakta, hastanın yaşı, olgunluk durumu ile müdahalenin ağırlığı ve özelliklerini değerlendirerek hasta düşüncesine öncelik vermek en doğru yol olacağı görüşü hasta hakları ve hukukun temel prensiplerine daha uygundur(143,116).

Rıza konusunda karşılaşılan bir diğer sorun ise, rıza ehliyeti olmayan hastanın veli ya da vasinin vermiş olduğu kararın her zaman uygulanıp uygulanmayacağı ya da rızanın verilemeyeceği hallerde nasıl bir yol izleneceğidir. Yönetmeliğin 24/1. maddesi, hastanın rızasının alınamayacağı hallerde, rıza şartını aramamaktadır. Dolaysıyla bu gibi durumlarda hekimler hasta için en iyi olanı gözetip buna göre karar verecektir. Nitekim hekimlerin asli görev ve ödevlerinden bir tanesi de hastanın yüksek menfaatlerini gözetmektir(144). Hastanın veli ya da vasinin tıbbi müdahaleye rıza vermemesi ve bu durumun hastanın sağlığı üzerinde olumsuz rol oynayacağı durumlarda ise, hastanın durumun sabit olması ve müdahale için yeter zamanın olması halinde veli ya da vasiden izin alınması gerekiyorsa, Yönetmeliğin 24/2. maddesi uyarınca mahkemelerden gerekli izin alınabilecektir. Fakat hastanın yakınları müdahaleye izin vermiyor ve hasta için zamanın ilerlemesi hayati tehlikeye yol açıyorsa yine hekim herhangi bir izne bağlı olmadan müdahalesini gerçekleştirebilecektir(145).

Aydınlatma; daha öncede belirttiğimiz üzere, tıbbi müdahalenin hukuka uygun hale gelebilmesi için verilen rızanın aynı zamanda bilgilendirilerek verilmiş olması gerekmektedir. Literatürde aydınlatılmış onam olarak da geçen (informed constent) rızanın bilgilendirilerek alınması Hasta Hakları Yönetmeliği başta olmak üzere birçok hukuki mevzuatta tıbbi müdahalelerin olmazsa olmazı olarak işaret edilmiştir. Tıbbi müdahale öncesinde aydınlatılmış onamın alınmasında hastaya, müdahalenin riskleri, yararları ile alternatifleri ve alternatiflerin yarar ve riskleri açıklanmakta ve hasta özgür iradesi altında bu koşullarda tedavi ya da müdahaleye rıza beyanını belirtmektedir(146). Hastanın kendi iradesi değil de veli ya da vasisinin iradesi dikkate alınacaksa tabii olarak bu kişilerin aynı şekilde aydınlatılması lazım gelmektedir. Ayrıca aydınlatma için herhangi bir şekli şart

öngörülmemiş olup hekimin takdirine bırakılmıştır, ancak büyük müdahalelerde yazılı şekil şartı esas alınmıştır(120).

Tıbbi müdahaleye verilen rıza hasta tarafından her an geri alınabilir olmakla beraber, Yönetmeliğin 24/son maddesi uyarınca müdahale başladıktan sonra rızanın ancak tıbben bir sakınca doğurmaması durumunda alınacağı ifade edilmiştir. Rızanın kural olarak tıbbi müdahaleden önce alınması gerekmektedir, ancak müdahaleden ne kadar önce alınacağı yönünde herhangi bir düzenleme getirilmemiş olup, kimi uygulamalarda olduğu gibi ameliyat masasında onamın alınması amaca uygun düşmemektedir. Esasında onam alındıktan sonra hastanın belli bir süre düşünme payının olması en uygun olanıdır ki rızayı geri alabilme şansı bulunsun. Aydınlatmanın mutlak suretle bir hekim tarafından alınması gerekmektedir. Ayrıca bu hekimin tıbbi müdahaleye iştirak edecek olan görevlilerden biri olması hem hastanın hekimi daha yakından tanıması hem de hekimin hastanın kaygılarını bilmesi açısından önemlidir.

Varsayımsal rıza; esasında hukuka uygunluk sebeplerinden olan ilgilinin rızasının, ilgili tarafından eylem gerçekleştirilmeden, yukarıda bahsettiğimiz koşullar çerçevesinde rızanın açıkça beyan edilmesi gerekmektedir. Bununla beraber ilgilinin rızasını almak her zaman mümkün olamayabilmektedir. Bu gibi durumlarda varsayılan rıza kavramı devreye girmektedir. Konunun en basit örneği ile şuuru yerinde olmadan hastaneye getirilmiş ve herhangi bir kanuni temsilcisi olmayan hastaya müdahale yapılırken ki bu durumda mevzuat hekime açıkça yetki vermektedir, hastanın şuuru yerinde olsa da müdahaleye rıza göstereceğinden bahisle tıbbi işlem yapılmaktadır. Nitekim hasta objektif kriterler altında bu müdahaleyi kendisi de arzu edecektir. Varsayımsal rızada önemli olan unsurlardan bir tanesi, hastanın objektif şartlar altında müdahaleye rıza göstereceği ve daha evvelden müdahale ile ilgili herhangi bir olumsuz görüşü olmamasıdır. Ancak tekrarla belirtmek gerekir ki, esas olan ilgilinin rızasını bilgilendirilmiş bir şekilde vermesidir. Teoride varsayılan rızanın geniş tutulmasını pek çok hak ihlallerine yol açabileceği paternalist hekimliği ortaya çıkarabileceğine bu sebeple olabildiğince dar yorumlanması gerektiği belirtilmiştir. Varsayımsal rızanın neticesi hukuka, ahlaka ve adaba aykırı olmamalı ve hastanın temel haklarına herhangi bir zarar getirmemelidir(147,148,149).

2.1.4.1.2 Kusur Sorunsalı

Çağdaş Ceza Hukukunda amaç, ne olursa olsun fiili işleyeni cezalandırmak değil, suçları önlemek ve bireyleri suç işlemekten caydırmak için kusurlu olarak kanun koyucunun emir ve yasağını dinlemeyeni durdurmak, toplum düzenini sağlamak bir başka ifade ile dışa yansıyan kusurlu iradeyi cezalandırmaktır(150). Ceza hukukunun sahip olduğu bu anlayıştan da yola çıkarak ceza hukukunun tarihi gelişimini adeta kusurluluk kavramı etrafında toplamak mümkündür(151). Bir diğer yandan kusurluluk, suçun; kanunilik (tipe uygunluk), hukuka aykırılık ve maddi (hareket) unsuru yanında suçun manevi (sübjektif) unsuru içerisinde değerlendirilmektedir(152). Suçun manevilik unsuru ise içerisinde iki temel kavramı barındırmakta, daha doğru bir deyişle iki temel argümanla açıklanmaktadır. Bu kavramlar kast ve taksirdir(153,154,155).

a) Kast ve Taksir

5237 Sayılı Kanun'un 21. maddesinde kast, "suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesi" 22/2. maddesinde ise taksir, "dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesi" olarak tanımlanmıştır.

Kast; İlk etapta kastı inceleyecek olursak, failin kasten hareket etmiş sayılması için suç olan hareketi önceden düşünüp öngörmüş olması bununla beraber yaptığı ya da yapacağı hareketi de düşünüp öngörmüş olması gerekmektedir. Hareketi düşünüp öngören failin, bu hareketi ve sonuçları istemesi de gerekmektedir. Kastın varlığı için bu iki unsur birbirinden ayrılmaz konumda olup birinin eksikliği farklı kusurluluk hallerini ortaya çıkarabilecektir. Özetle failin kastından söz edilebilmesi için, yasal tanımda yer alan tüm unsurların öngörülmüş, bilinmiş ve neticenin de istenmiş olması gerekmektedir(156,157).

Öğretide kastın birçok çeşidinden bahsedilmiştir. Bunlardan bazıları, doğrudan dolaylı kast, genel özel kast, asıl tali kast… vs (158) olup kanunda olası kastın tanımı düzenlenmiş, tıbbi müdahaleler bağlamında en direkt ilgi de olası kast üzerindedir(120). 5237 Sayılı Kanunu'nun 21/2. maddesinde "Kişinin suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır." İbaresi ile olası kasttan bahsedilmiştir. Kanundaki tanımın içini dolduracak olursak, fail belirli bir

neticenin gerçekleşmesi için bir harekette bulunmuştur, ancak bu hareket neticesinde istenilen netice ile beraber ya da istenilen neticenin dışında başka neticeler ortaya çıkmıştır. Fail ortaya çıkan başka neticeleri direkt olarak istememişse de bunların oluşabileceğini öngörmüş ve kabul etmiş olmakla beraber engellemek için herhangi bir girişimde de bulunmamıştır, dolayısıyla diğer bir deyimle neticeyi istememiş de değildir(159). Uygulamada bilinçli taksirle de sık sık karıştırılan olası kastı birkaç örnekle anlatmak daha doğru olacaktır. Failin kan gütme saikiyle A şahsını vurması olayında, mağdurun yanında bulunan B şahsının da seken kurşunla vurulması olası kastla yaralama suçunun oluşması (Yargıtay 1. CD. 25.4.2007 1701-3113)(160), sanığın babasına ait binayı yakmak isterken, yangının müşteki A'nın evine sirayet etmesi neticesinde olası kastla yangın çıkarma suretiyle mala zarar verme suçunun oluşması (Yargıtay 8. CD. 27.2.2007 10348-1586)(161) olası kasta verilebilecek örnekleridir.

Taksir; Hukuk sistemi içerisinde, tüm bireyler hareket ederken hak ve hürriyetleri çerçevesinde hareket etme hakkına sahiptir, ancak bu hareket özgürlüğü tabiidir ki mutlak ve kayıtsız şartsız değildir. Birey hak ve hürriyetlerini kullanırken dilediği gibi davranma, özensiz ve dikkatsiz hareket etme hak ve yetkisine de sahip değildir. İşte taksirin hukuki esasını da bu dikkat ve özen yükümlülüğü oluşturmaktadır(162). 765 Sayılı Kanun'da taksirin tanımı yapılmış olması ile beraber kanun bazı maddelerinde tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslek ve sanatta acemilik, nizamat, evamir ve talimatlara riyayetsizilik taksirin başlıca şekilleri olarak nitelendirilmişti(163). 5237 Sayılı Kanun ile taksir kavramına genel bir tanım verilmiş olup yasanını 22/2. maddesinde *"dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir."* Denilerek taksirin tanımı yapılmıştır. Kanundaki tanımdan yola çıkarak ve her iki taksir türünü kapsar şekilde taksir; dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı biçimde ve neticeyi öngörmeden veya öngörülen neticeyi istemeden yapılan davranış olarak tanımlanabilmektedir(164).

Taksir kavramı sonucun öngörülüp öngörülememesi kıstas olarak alınarak ikiye ayrılmaktadır. Bunlar bilinçli ve bilinçsiz taksirdir. Bilinçsiz taksirde fail, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranarak ve suçun kanuni tanımda belirtilen neticesini öngöremeyerek fiili gerçekleştirmektedir. Bilinçli taksirde ise, netice fail tarafından öngörülmekte ancak, neticenin gerçekleşmesi istenmemektedir. Bilinçli taksir açısından öğretide özellikle olası kasta yaklaştırılması sorunsalı mevcuttur. Bilakis bilinçli taksirde fail neticeyi öngörmektedir fakat neticenin ortaya çıkmayacağı düşüncesiyle hareket etmektedir,

dolaysıyla bilinçli taksirde, kastta olduğu gibi iradilik söz konusu değildir(165,166). Fail neticenin ortaya çıkmasını istememektedir. Söz gelimi kişisel yeteneklerine güvenerek neticenin oluşmayacağını düşünmektedir. Bilinçli taksir konusunda bir yüksek mahkeme kararıyla örneklendirmek konunu daha net anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Sanığın güzergahı üzerindeki gireceği yolu kaçırıp, yanlış yola saptıktan sonra ilerideki bir noktadan kaçırdığı yola girmek üzere bölünmüş yolun ters istikametinden seyri sırasında, nizami olarak kendi şeridinden gelen araçla çarpışması şeklinde gelişen olayda, Yargıtay ortada bilinçli taksirin olduğunu ifade etmiştir(167). Nitekim sanık mağdurun yaralanmasını arzu etmemiştir, ancak bu hareketiyle kazaya sebebiyet vereceğini de objektif olarak öngörmektedir. Sanık burada kişisel yeteneklerine güvenmiş ve fiili gerçekleştirmiştir.

b) Tıbbın Kötü Uygulanmasından Sorumluluk

Tıbbi uygulama neticesinde hastanın zarar görmesi durumunda hukuk sistemi ilk etapta bu durumun komplikasyon mu yoksa uygulama hastası mı olup olmadığını irdelemektedir. Çalışmamızın daha önceki bölümlerinde uygulama hatası komplikasyon ayrımı üzerinde durmuştuk, tekrara düşmemek bakımından kısaca, neticenin komplikasyon sebebi ile olması durumunda herhangi bir irdelemeye gerek kalmayacaktır ve hekimin sorumluluğu mevzu bahis olmayacaktır. Ortada tıbbın kötü uygulanması mevcutsa, hekimin kasti hareketi ile hastaya zarar vermesinin de incelenecek özgün bir yanı mevcut değildir. Dolaysıyla bu durum da konumuz dışındadır, esas olan hekimin taksirli hareketi neticesinde hastaya zarar vermesidir(168).

Basit taksir bağlamında hekim, tıp mesleğinin icra edilirken gözetmesi gereken dikkat, özen ve sorumluluğa aykırı davranarak, özensiz davranışıyla hastaya zarar vermiştir. Önemli olan burada hekimin, bu özensizliği ve dikkatsizliği nedeniyle neticeyi öngörememiş olmasıdır(169). Nihayetinde hekim profesyonel tıp uygulayıcısı olup daha ilk baştan objektif özen yükümlüğünü üzerine almıştır. Bu durumun uygulamadaki en klasik örneklerinden bir tanesi, cerrahi müdahale esnasında vücutta yabancı cismin unutulması olaylarıdır. Yüksek Mahkeme tutarlılık kazanmış içtihatlarında bu durumun tamamen hekimin özensiz ve dikkatsiz davranmasından kaynaklandığını ve tıbbi müdahalenin boyutunun herhangi bir önem taşımadığını dolayısıyla ortada taksirin bulunduğunu belirtmiştir(Yargıtay 4. CD 19.12.2008 16170/2316)(170).

Bilinçli taksirde ise hekim, yaptığı müdahale ya da eylemi neticesinde olacak sonucu görmektedir, neticeyi istememekle beraber kendi kişisel becerilerine güvenerek eylemine devam etmektedir. Bu duruma gösterilebilecek bir örnek ise, hekimin henüz tıp bilimi tarafından kabul edilmemiş bir tedavi yöntemini uygulayarak hastaya zarar verilmesidir(120).

Olası kast bağlamında ise doktrinde kimi yazarlar bu durumun dikkatli uygulanmaması durumunda adilane olmayan sonuçlara yol açabileceğini bildirmektedir(120,169). Olası kast durumunda hekim neticeyi öngörmekte bu neticeyi istememekte ama aynı zamanda neticenin meydana gelmesi içinde herhangi bir girişimde bulunmamaktadır. Bu durumun bir örneği de acil vaka olarak gelen iki hastadan daha acil olana müdahale etmemesi gösterilebilir(120). Hekimlerin tıbbi müdahale neticesinde hastaya verdikleri zarar nedeniyle ortaya çıkabilecek bir diğer sorumluluk şekli de ihmal suretiyle icra suçlarıdır. Bu durumun uygulamada görülebilecek örneklerinden bir tanesi ise, hekimin tıbbi yardımı kasten yapmaması veya geciktirmesi durumunda kasten yaralama veya öldürme suçunun ihmali davranışla gerçekleştirilmesi söz konusu olacaktır. Bu örnek 5237 Sayılı Yasa'nın "Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi" başlığını taşıyan 83. Maddesinin gerekçesinde de yer almıştır(171).

2.1.4.2 Hukuki Sorumluluk

Tıbbi müdahalelerin istenmeyen sonuçları neticesinde, sağlık kurumu, hekim ya da sağlık personeli aleyhine ortaya çıkabilecek bir diğer sorumluluk türü de özel hukuktan kaynaklanan (hukuki) tazmini sorumluluktur. Özel hukuk ilişkilerinde sorumluğun tanımı genel itibariyle, hukuka aykırı bir davranış nedeniyle bir başkasına verilen zararı tazmin etmekle yükümlü tutulmaktır(172). Ceza hukukunda hukuka aykırı fiil neticesinde fail, devlet gücü ile kamu düzenini bozması esas olmak üzere mağdurun kişilik hakkına müdahale etmesi nedeniyle yaptırıma uğramakta, özel hukukta ise hakkı zarar uğrayan kişinin zararını (maddi, manevi) telafi etmektedir.

Taraflar arasında tazmin edilecek bir zararın varlığında Borçlar Hukuku kapsamında ortada bir borç ilişkisinin de bulunması gerekmektedir. Kişiler arasındaki borç ilişkilerini düzenleyen norm olan Borçlar Kanunu hükümlerine göre esas olarak üç tane borç kaynağı karşımıza çıkmaktadır. Bunlar; haksız fiil, sebepsiz zenginleşme ve sözleşmedir(173,174).

Söz konusu kaynakları tıbbi müdahalelerin unsurları ve hekim hasta ilişkisi göz önüne alınarak tıbbi müdahalelere uyguladığımız zaman, sözleşme ve haksız fiil kavramları iki ana borç kaynağı olarak belirmektedir. Haksız fiil sorumluluğunun, sadece belli bir alacaklıya değil herkese karşı uyulması zorunlu bir hukuki görev ihlali yani mevcut bir hukuki ilişki bağlantısı aramaması niteliğine sahip olması(175,176), hekimin hasta ile arasında, hastanın, tıbbi teşhis ve tedavi hizmetlerini üstlenmiş olması nedeniyle ilk etapta hastasına karşı sözleşmesel sorumluluğun ihlali nedeniyle sorumlu olacağı teori ve uygulamada kabul edilen baskın görüştür(177).

Hukuki sorumluluk bağlamında parantez içinde belirtmemiz gereken önemli bir husus da; söz konusu sorumluluk türünün özel sağlık kuruluşlarında ya da kendi muayenehanesinde çalışan hekimler için geçerli olduğudur. Kamuya bağlı sağlık kurumlarında çalışan hekimlere karşı, kamu görevlerini ifa esnasında görevleri ile ilgili hizmet kusuru kaynaklı eylem ve işlemlerinden dolayı vermiş oldukları zarar nedeniyle tazminat istemi idareye karşı yöneltilecektir. Söz konusu durumda İdare hukuku esasları çerçevesinde idarenin hizmet sunumundaki kusuru irdelenecektir(178). Hasta ile hekim arasındaki ilişki bu alanda özel hukuk sözleşmesi değil kamu hizmeti olarak nitelendirilmektedir(179).

a) Sözleşmeden Doğan Sorumluluk

Hekimi ile hasta arasındaki hukuki ilişkinin mahiyeti ulusal mevzuatlarımızda herhangi bir düzenleme altına alınmamıştır. Daha öncede belirttiğimiz üzere söz konusu ilişkinin sözleşmesel bir ilişki olduğu baskın olarak kabul edilen görüştür. Burada bir sorunla daha karşılaşılmaktadır ki, o da bu sözleşmenin nitelemesinin ne olduğudur. Borçlar Kanunu'nun 386. maddesi de bu sorununu çözümünü bize vermektedir; hükme göre *"diğer sözleşmeler hakkındaki kanun hükümlerine tabi olmayan borç ilişkileri vekalet sözleşmesi hükümlerine tabidir"* Buradan hareketle ki bu niteleme hem öğretide hem de uygulamada baskın bir görüştür, tıbbi müdahalelerin hukuki problemlerinde vekalet sözleşmesi hükümleri uygulanacaktır(180,181,182,183). Burada bir noktaya değinmekte yarar vardır, özellikle estetik cerrah ve diş hekimlerinin gerçekleştirdiği ve sağlıktan ziyade estetik amaçlı işlemlerin (protez diş, saç ekimi… vs) eser sözleşmesi içerisine girmekte ve eser sözleşmelerinin esasları geçerli olmaktadır(184).

Yazılı şekil şartına bağlı olmayan vekalet sözleşmesi, genel manasıyla vekil açısından hizmet, müvekkil açısından bir iş görme ilişkisini içeren sözleşme türüdür. Bu bağlamda vekalet sözleşmesinin tanımını yapacak olursak, vekalet; vekile müvekkilinin iradesi çerçevesinde ve menfaatine uygun sonucu amaçlayan bir iş görmeyi, müspet sonuç elde edilememesi riski müvekkilde olmak üzere nispeten bağımsız olarak yapma borcunu yükleyen bir sözleşmedir(185,186,187). Hasta ile hekim arasındaki ilişki de bu bağlamda değerlendirildiği zaman, hastanın hekime başvurması ve hekimin hastayla meşgul olması ile aradaki akit kurulmuş olmaktadır. Hekim bu ilişki gereği tıbbın kural ve imkanları çerçevesinde hastayı sağlıklı hale getirmek üzere teşhis ve tedavi işlemlerini yapmayı kabullenmiştir. Burada dikkat çekilmesi gereken nokta ise, hekimin hastalığın teşhis ve tedavisini yapmayı üstlenmesi, hastayı hastalıktan kurtarma borcu altına sokmamaktadır. Nitekim Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 13. maddesi de hekimin faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmesinin beklenmemesi gerektiğini vurgulamaktadır, esas olan hekimin tıbbın gereklerine göre davranmasıdır. Bununla beraber hekimin şifa garanti etmesi hatta bunun sözleşmeye dökülmesi dahi herhangi bir geçerliliğe sahip değildir. Kaldı ki bu durum hayatın olağan akışı ve bilimin gereklerine ters düşmekte olup, hukuken herhangi bir korunulurluğu da yoktur(188). Hekim vekil görevini üstlenmesi ile beraber, uzmanlık alanı olan işi yaparken nispeten bağımsızdır, bu bağımsızlık hasta özerkliğini delmeyecek bir derecede mesela, müdahale esnasında hastaya kaç ünite kan verileceği gibi hususlarda olmalıdır. Bu bağımsızlık Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde 6. madde de vurgulanmıştır.

Vekalet sözleşmesi yapısı gereği hem vekil edene hem de vekile sözleşme çerçevesinde bazı sorumluluklar ve borçlar yüklemektedir. Örnek olarak, vekilin sır saklama, sadakat ve bağlılık ve hesap verme borcu; müvekkilin, vekilin yaptığı masrafları ödeme, sözleşme dolayısıyla uğramış olduğu zararları tazmin gibi yükümlülükleri karşılıklı olarak mevcuttur(189). Karşılıklı sorumluluklar doğal olarak hasta ve hekim ilişkisinde de ilişkinin özelliklerini yansıtır biçimde mevcuttur(190). Vekalet sözleşmesinden doğan asli borçlar yanında, hekimin; hastalığın tam bir geçmişinin anlaşılması amacıyla öykü alma yükümlülüğü, muayene yükümlülüğü, teşhis ve tedavi yükümlülüğü(191), sır saklama yükümlülüğü(192) ve kayıt tutma yükümlülüğü(193) mevcuttur. Söz konusu yükümlülüklerin bir tanesinin dahi ki asli borçlar da göz önüne alınarak, ihlali ve ortaya bir zararın çıkması hekimin sözleşmeden doğan sorumluluğuna yol açacaktır ve zarar gören hastanın maddi manevi tazminat hakkı doğacaktır. Değindiğimiz üzere, vekalet sözleşmesinde aynı zamanda vekil edenin de bazı yükümlülükleri mevcuttur. Hekim hasta ilişkisi çerçevesinde

değinmemiz gerekirse, eğer kararlaştırılmışsa hastanın hekime ücret ödeme yükümlülüğü mevcuttur. Bunu yanında, hekimle iş birliği yapma yükümlülüğü ve hekimin tavsiyelerine uyma yükümlülüğü hekim hasta arası hukuksal ilişkide hastanın sorumluluklarındandır(194).

Hekimin teşhis ve tedavi ilişkisinden dolayı tazmini sorumluluğunun varlığı için bazı şartların bir arada bulunması gerekmektedir. Öncelikle hekim, yukarıda değindiğimiz yükümlülüklere olumlu ya da olumsuz bir davranışla aykırı hareket etmesi gerekmektedir. Bu durumda aradaki sözleşmeye aykırı davranılmış olacaktır(195). Hekimin sorumluluğu için gerekli bir diğer unsur ise zarardır. Zarar bağlamında farklı ölçütlerle nitelendirilen pek çok zarar türü mevcut(196) olmakla beraber en çok yapılan zarar ayrımı maddi ve manevi zararlardır. Hekimin sözleşmeye aykırı hareketiyle hastanın mal varlığında bir azalmaya sebebiyet vermesi maddi; yine bu hareketiyle hastanın şahsi haklarına zarar vermesi (elem, üzüntü acı duyulması) ise manevi tazminata konu olmaktadır(197). Bu zararlar hatalı uygulamalar nedeniyle hastanın daha fazla hastanede yatması ve bu sebeple maddi kayba sebep olması olabileceği gibi, hekimin hastanın gizli kalması gereken hastalıkla ilgili bilgilerini bir başkası ile paylaşması neticesinde verdiği psikolojik zararlar da olabilecektir. Sözleşmenin ihlal edilmesine rağmen hastanın maddi ya da manevi herhangi bir zarar uğraması durumunda hekimin tazmini sorumluluğuna gidilemeyecektir.

Hekimin tıbbi uygulama nedeniyle sorumlu tutulabilmesi için gerekli bir diğer şart ise, hekimin sözleşmeye aykırı hareketiyle ortaya çıkmış olan zararda kusurlu davranışının varlığının rol oynamasıdır. Buradaki kusur kavramı objektifleştirilmiş bir anlamı içermektedir. Tıbbi müdahalede bulunan hekim, objektif olarak bir hekimin aynı durum ve koşullarda yapması gereken hareketi yapmalı, bu davranıştan sapmamalıdır, ayrıca bu objektifleştirilme ile beraber BK. 96 çerçevesinde hasta hekimin kusurluluğunu değil, hekim kendisinin kusursuzluğunun ispat etmekle yükümlüdür, yani hekim karine olarak sorumludur(198). Hekimin genel itibariyle sözleşmeden doğan sorumluluğu için aranan son şart ise, hekimin aradaki sözleşmeyi ihlal etmesi ile ortaya çıkan zarar arasında uygun illiyet bağının bulunmasıdır(195). Uygun illiyet bağından kasıt, hayat tecrübelerine göre, bir fiilin, olayların normal seyrinde meydana getirebileceği zararlarla olan bağlantısıdır, bu bağlamda arada mantıki bir neden sonuç ilişkisinin mevcut olması gerekmektedir(199). Özetle hekimin sözleşmeyi ihlal etmesi neticesinde bu ihlalle bağlantılı bir zararın hastada meydana gelmesi gerekmektedir. Daha önce saydığımız, hekimin sözleşme çerçevesinde yükümlülüklerini

yerine getirmemesi ve gerekli şartların oluşması durumunda hasta hekime karşı maddi ya da manevi tazminat davası açabilecektir.

b) Haksız Fiil Sorumluluğu

Borçlar Kanunu'nda düzenlenen ve ayrıca hasta hekim ilişkilerinde kullanılan bir diğer borç kaynağı da haksız fiildir. En genel tanımıyla haksız fiil, hukuken cevaz verilemeyen bir eylem veya olay neticesinde bir kişinin sahip olduğu şahsi hakları ve değerlerine hukuka aykırı bir şekilde zarar verilmesidir. Haksız fiili uyguladığı iddia edilen şahıs gerekli şartların da varlığıyla bu eyleminde dolayı sorumlu olacak ve mevcut zararı tazmine mecbur kalacaktır(175). Haksız fiilin mevcudiyetinin hukuk sistemi tarafından tanınabilmesi için bazı unsurların da bir arada bulunması gerekmektedir. Evvela ortada bir fiilin mevcut olası gerekmektedir, bu fiil hukukun cevaz vermediği yani hukuka aykırı bir eylem olmak zorundadır, bu eylem sonucunda ortaya bir zararın çıkması gerekmektedir, ayrıca zarar ile eylem arasında nedensellik bağı olmalıdır, yani zarar hukuka aykırı eylem nedeniyle ortaya çıkmalıdır ve nihayetinde kimi istisnaları olmakla beraber ortada bir kusurun varlığı gerekmektedir(200).

Tıbbi uygulamalar bağlamında, değindiğimiz üzere uygulama ve teorinin sözleşmesel sorumluluğa itibar etmesi nedeniyle, haksız fiil sorumluluğu bu tür olgularda çok da fazla uygulanma şansı bulamamaktadır. Buradaki temel sebep, hekim ile hasta arasında tarafların serbest iradeleri düzleminde bir sözleşmenin varlığıdır(201). Bu tip bir sorumluluğun oluşmasında en uygun örnek, hekimin hastayı yeterince aydınlatmadan hastanın vücut bütünlüğünü bozacak şekilde, yani rızasını almadan tıbbi müdahalede bulunmasıdır. Burada haksız fiilin varlığını hasta ispat ile mükelleftir. Ayrıca tıbbi müdahaleler bağlamında yukarıda bahsettiğimiz haksız fiil için gerekli olan şartların da varlığı mecburidir.

2.2 DEFANSİF TIP

2.2.1 TANIM

Defansif tıp, ilk defa Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'li yıllarda kavramsal olarak tanımlanmaya ve varlığı yüksek sesle duyurulmaya başlanmıştır. Çalışmacılar yaptıkları araştırmalarda söz konusu kavramın hekimlerin hastalara karşı olan tavırlarını olumlu ya da olumsuz bir şekilde tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak maksatlı olarak değiştirdiklerini ve bu durumun sağlık hizmetlerinin kalitesini etkilediğini, ayrıca bu davranışlar neticesinde sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların arttığını belirtmiştir (202,203). Devam eden süreçte ABD dışındaki pek çok ülkede de defansif tıbbın varlığı yavaş yavaş tespit edilmiş ve tartışılmaya başlanmıştır(204,205).

Yabancı literatürde defansif tıbba dair yapılan tanımlar genellikle aynı paralelde olmuştur. Yapılan bir tanımda, hastane personelinin hasta veya hasta yakınlarına karşı hukuki sorumluluktan kaçınmak için hastalığın seyri ya da hastanın durumu açısından çok da gerekli olmayan tedavi yöntemleri ve prosedürleri takip etmesi veya tam tersi olarak yüksek risk taşıyan hasta ve tedavi yöntemlerinden kaçınması(206); bir diğer tanımda, hukuki sorumluluktan kaçınmak için, fazladan ya da gereksiz tedavi yöntemlerine başvurularak malpraktisin sağlık sisteminde yarattığı maliyetten kaçınılmaya çalışıldığı bir ortamda daha fazla maliyete sebep olan davranışlar olarak nitelemiştir(207). Kimi yazarlar ise sadece sağlık personelinin değil aynı zamanda sağlık kurumlarının da politika olarak bu tür davranışlara yönelebileceğini, defansif tıbbı, hekim ya da hastanelerin medikal prosedürleri, tıbbi uygulama hatası iddiası ile karşı karşıya gelmemek için kısıtlaması ya da gereksiz bir şekilde uygulaması olarak tanımlamıştır(208). Yapılan bir başka tanımda ise, sağlık çalışanlarının gelecekte tıbbi müdahaleleri ile ilgili herhangi bir sorgulama ile karşı karşıya kalmamak için, fazladan ve gereksiz sayılabilecek tıbbi prosedür ve testleri uygulaması olarak tanımlayarak salt hekimleri değil diğer sağlık hizmetleri çalışanlarının da bu tür davranışlar içerisine girebileceğini belirtmiştir(209).

Yapılan tanımlardan ortaya çıkan sonuç, defansif tıbbın hekim, hastane ya da diğer sağlık personeli tarafından yani sağlık hizmetlerinde yer alan tüm aktörlerce uygulanabildiği, genel itibariyle tıbbi müdahale dolayısıyla herhangi bir sorumluluk altına girmemek için, ya

hastalığın seyriyle örtüşmeyen gereksiz tedavi prosedürlerinin uygulanması ya da yüksek risk içeren hasta ve tedavi yöntemlerinden kaçınılması yönündeki uygulama ve davranışlar olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda literatürde yapılan en kapsayıcı tanımlardan bir tanesi American Office Of Technology Assesment tarafından yapılmıştır. Buna göre, defansif tıp, genellikle tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için hekimlerin daha fazla tıbbi testler yapması, hasta ile diyalog esnasında gereksiz prosedürler izlemesi ve visit yapması ya da tam tersine riskli hastalardan ve risk taşıyan teşhis ve tedavi yöntemlerinden kaçınmasıdır(210).

Defansif tıbbi uygulamalar genel tanımlarda da görüleceği üzere iki farklı görüntüye sahiptir. Bunlar, sorumluluktan kaçınmak için hasta üzerinde izlenecek prosedürlerin gereksiz bir şekilde genişletilmesi ve daha sıkı takibin yapılması biçimde olan ve güvence davranışlarını içeren pozitif defansif tıp ve özellikle risk içeren hasta ve tedavi yöntemlerinden kaçınma şeklinde olan negatif defansif tıptır. Pozitif defansif tıpta hekim, hastalığın ve hastanın genel durumuna nazaran gerekli olmayan teşhis ve tedavi yöntemlerini uygulamakta, gerekli olmadığı halde hastaneye yatış istemekte ya da fazladan konsültasyon uygulamaktadır. Hekim bu tür davranışları sergilerken en azından hasta veya hasta yakınları tarafından sorgulanmayı bertaraf edebileceğini düşünmektedir. Negatif defansif tıpta ise, belirttiğimiz üzere hekim görevini yaparken kaçınma davranışları sergilemektedir. Özellikle tıbbi açıdan yüksek risk taşıyan hastalardan kaçınmakta ve yüksek risk taşıyan teşhis ve tedavi yöntemlerini uygulamamaya çalışmaktadır. Hekim bu şekilde davranarak en azından sonucu dava edilme ihtimali taşıyan riskli hastayla diyaloga girmeyerek tehlikeden uzaklaşacağını düşünmektedir(202,209,211,212,213,214).

ABD başta olmak üzere yaklaşık kırk yıldır defansif tıp ve defansif hekimlik kavramları ve bu kavramın çıkış sebepleri ile etkileri irdelenmekte ve akademik düzlemde tartışılmaktadır. Ülkemizde ise özellikle 5237 Sayılı Kanunun yürürlüğe girmesi ile beraber defansif tıp, çekinik tıp ve savunmacı tıp olarak söz konusu kavram dile getirilmeye başlanmıştır. Yabancı literatürdekine benzer tanımların defansif tıp ile ilgili ilk ve kapsam açısından neredeyse tek çalışma ise daha sonra karşılaştırmalı ve detaylı olarak irdeleyeceğimiz Konya il merkezinde yapılan çalışma olmuştur(215,216,217).

2.2.2 TARİHSEL GELİŞİM

Daha önceki bölümlerde de bahsettiğimiz üzere 20. yy ve özellikle ikinci dünya savaşı gerek teknolojik, gerek siyasal gerekse de düşünsel açıdan pek çok değişikliği de beraberinde getirmiştir. Konumuz bağlamında tıp ve tıbbi teknolojilerin olağanüstü bir şekilde ilerlemesi, bu bilim dalında faaliyet gösterebilmek ve hizmet verebilmek için ileri seviyede uzmanlaşma ihtiyacını doğurmuştur. Bununla beraber insan hakları ve insani değerler pratikte olanlar tartışma götürür olsa da teoride evrensel değerler olarak kabul edilmiş ve insan hak ve özgürlükleri bağlamında tıpkı teknolojinin yaşadığı gibi önemli ilerlemeler oluşmuştur. İnsan haklarının temel değerler olarak kabul gördüğü bir ortamda konusu insan ve insan hayatı olan tıp ve tıbbın uygulanışının da bu değerlerin etki alanı içine girmemesi düşünülemezdi, nitekim insani değerler tıbbın ve bu bilim dalı içerisinde hizmet verenlerin sorgulanmaya başlamasına sebep olmuştur(6,7,218,219).

Defansif tıbbın da bu iklim içerisinde şekillendiğini ve yüksek sesle seslendirildiğini ileri sürmek mümkündür. Nihayetinde defansif tıbbın oluşumu bir açıdan hekimlerin davranışlarının sorgulanmasının bir sonucu; hekimlerin davranışlarının sorgulanması ise, hasta hakları ve sağlık hakkının üçüncü kuşak hak olarak ortaya çıkışının neticesi olarak görmek mümkündür. Buradaki ince nokta ise olması gerekenin yanlış araçlarla ve yanlış düzlemler üzerinde oluşmuş olmasıdır. Tabiidir ki hasta hakları ve sağlık hakkı en temel insan hakkı olan yaşama hakkının haklı bir görüntüsüdür ve hekimler ise tanrısal güce ve kudrete sahip olmayan her an hata yapabilme ihtimali olan yani sorgulanabilecek meslek erbaplarıdır(219). Ancak hekimlerin amaca uygun olmayan hukuki enstrümanlarla yargılanması, medyanın tıbbi davalarda ölçüsüz ve ajitasyona kaçan tavrı, artan dava ve tazminatlar nedeniyle sigorta şirketlerinin üstlerine düşen mali yükü kaldırmakta zorlanması ve primleri yükseltmesi, hekimleri istenmeyen bir davranış türü olan defansif tıbbi uygulamalara iteklemiştir (220,221,222).

1970'li yılların başında defansif tıp kavramının ilk defa literatürlere girdiği ülke olan Birleşik Devletlerde, sağlık sektöründe pek çok köklü değişiklikler meydana gelmeye başlamıştır. İlk etapta 1973 yılında salt hasta haklarını dile getiren ve dünya üzerindeki diğer hasta hakları içerikli metinlere esin kaynağı oluşturan Amerikan Hastaneler Birliği tarafından Amerikan Hasta Hakları Bildirgesi deklare edilmiştir(25). Aynı yıllarda tıbbi uygulama hatası iddiası barındıran dava sayılarında artışlar oluşmaya başlamış ve bu davaların neticesinde ise

hastalar lehine yüksek tazminatlara hükmedilmeye başlanmıştır(223). Yüksek tazminatların varlığı ve hekimler aleyhine açılan davaların çokluğu ise sigorta şirketlerinin mesleki sorumluluk sigortası primlerinin inanılmaz bir boyutta artmasına neden olmuştur(224,225). Hekimler aleyhine tıbbi uygulama hatası iddiaları ile açılan davalar, hükmedilen tazminatlar ve sigorta primlerinin ani yükselişleri, kamuoyu tarafından sorgulanan hekimlerin bir nevi kendilerini sorgulamaya başlamalarına ve yasal sorumlulukla karşı karşıya gelmemek için mesleklerini uygularken çekingen mesleki davranışlara yönelmelerine yani, defansif tıbbi uygulamalar içerisine girmelerine sebep olmuştur(224).

1972 yılında Birleşik Devletlerde yayımlanan ve defansif tıbbın varlığını ortaya koyan ilk çalışmada, özellikle ikinci dünya savaşı ertesinde Birleşik Devletler özelinde, sağlık hizmetlerinin ilk etapta devletin bütçesiyle orantısız bir şekilde tüm vatandaşlara bedelsiz olarak sağlanması ardından ise maliyeti azaltmak amacıyla sektörün büyük bir çoğunluğuna sigorta şirketlerinin monte edilmesinin sağlık hizmetlerinde maliyetleri arttırdığı ve artan maliyetleri karşılayacak yeni kaynakların da bulunamadığı; dolaylı bir sonuç olarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşerek, bu sektöre dair büyük sorun ve krizlerin patlak vermesine neden olduğu belirtilmiştir. Çalışmada sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesinin en büyük sonucu olarak malpraktis davalarının artması ve bunun neticesinde de hekimlerin defansif tıbbi uygulamalar içerisine girdiği belirtilmiştir(224,226).

Yapılan çalışmaların pek çoğunda, defansif tıbbi uygulamaların ortaya çıkmasında sosyal ve yönetsel nedenlerle hukuki ve ekonomik nedenlerin rol oynadığı belirtilmiştir. İkinci dünya savaşı sonrası Birleşik Devletlerde devletin ekonomik gücüne bakılmaksızın her vatandaşın sağlık hizmetlerinden bedelsiz olarak yaralanması uygulaması 1960'lı yıllara kadar devam etmiş ve altmışlı yıllarla beraber sağlık sisteminde çeşitli aksaklıklar meydana gelmeye başlamıştır. Devlet neredeyse tamamıyla kendi üzerinde bulunan sağlık sigortası yükünü devam eden süreçte sigorta şirketlerinin üzerine atmaya başlamıştır. Bu durum sağlık sisteminde bir diğer krizin ortaya çıkışına sebep olmuştur. Sağlık hizmetlerinde sigorta şirketlerinin dominant rolü oynaması, sağlık sisteminde yer alan aktörlerin dağınıklığına ve bu dağınıklıkta sistemin git gide etkisiz hale gelmesini sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinin temel kaynağını bu şirketlerinin oluşturması, sistemsel aktörlerde yeknesaklığın bulunmaması ve tüm bunları devletin mali yükü üzerinden atma adına yapması beklenenin tam aksine sağlık sektöründe boşa giden harcamaların da artmasına sebep olmuştur. Yapılan çalışmalarda 1960 yılında sağlık hizmetlerinde her türlü gereksiz harcama oranı tüm harcamalara göre %5,2 iken

iki binli yılların başında bu rakam %30'ları bulmuştur(227,228,229). Özellikle bu olumsuz tablonun 1970'li yıllarda başlaması, sağlık hizmetlerinde hizmeti alan hastaların da memnuniyetsizliklerini arttırmış ve bu rahatsızlık tıbbi uygulama hatası iddiaları içeren davaların da artışında rol oynamıştır(224).

İkinci dünya savaşı sonrası tıbbi teknolojilerin hızla geliştiğine daha önceki bölümlerde değinmiştik, tıbbi teknolojilerin bu hızlı değişimi aynı zamanda tıpta üst seviyede uzmanlaşmaya ve birçok farklı uzmanlık dallarının da oluşmasına neden olmuştur. 20. yy'ın başlarında, bireysel ilişkiler temelinde yer alan hasta hekim ilişkisi, uzmanlaşmaların yoğunlaşması ve teşhis ile tedavide konsültasyonun gerekliliği sebebi ile bireysel temeller üzerinden uzaklaşmış ve hasta ile hekim arasındaki bağları zayıflatmıştır. Devam eden süreçte Birleşik Devletlerde sigorta şirketlerinin sigortalıya verilecek hizmet sunumunda etkin rol oynaması, hastanın çoğu zaman aynı hekim ile diyalog kurmasına dahi engel olmuştur. Sigorta şirketleri hastanın nerede ve ne şekilde tedavi göreceğini bizzat düzenlemiş, hastaya bu prosedürlere uymak hekimlere ise o anda uygulayabildiği teşhis ve tedavi yöntemlerini uygulamak kalmıştır(103). Bu durumu doğrular bir şekilde yapılan araştırmada Birleşik Devletlerde hastaların %25'nin kişisel hekimlerinin sigorta şirketleri nedeniyle değiştiğini göstermektedir(230). Hasta hekim ilişkilerinden bahsettiğimiz bölümde de değindiğimiz üzere hekimin hasta ile ilişkisinde güven duygusunun zedelenmesini sağlayan en büyük nedenlerden bir tanesi de bu daimi değişkenliklerdir. Hasta bu tip durumlarda hekimin mesleki yeterliliklerinden ziyade, hekim ile arasında samimi duygulara daha fazla önem vermektedir. Özetle bu ortamda gelişen hasta hekim ilişkisi, hastanın hekim ile ilişkisinde daha fazla tedirgin olmasına ve güvensizlik yaşamasına neden olmuştur. Bunun neticesinde oluşan en önemli olgulardan bir tanesi de hastaların bu güvensizlik duygusuyla hekimler aleyhine tıbbi uygulama hatası içeren davalar açma ihtimalinin yükselmesidir. Özetle hasta hekim ilişkisinin güven bunalımı çerçevesinde gelişmesi defansif tıbbi uygulamaların oluşmasındaki sebeplerden bir tanesidir(231,232).

Tıbbi uygulama hatası iddiaları içeren davaların yoğunluğunun artması ve bu davaların medya tarafından da sık sık gündeme getirilmesi Birleşik Devletler özelinde hekimlerin çekingen davranışlar içerisine girebileceğinden bahisle yapılan çalışmalar neticesinde ortaya çıkarılmıştır. Bu çalışmaların neredeyse tamamı defansif tıbbi uygulamaların oluşması ve yerleşmesinde en önemli etkenin yukarıda bahsedilen ortamda oluşan dava edilme korkusu olduğunu belirtmiştir(202,203,206,208,210,221,224,233). 1970'i yıllarla beraber Birleşik

Devletlerde hekimler ve sağlık kurumları aleyhine açılan ve tıbbi uygulama iddiası içeren dava sayısında bariz bir şekilde artışlar meydana gelmeye başlamıştır. 1960'lı yıllarda her 100 hekimden 1'i malpraktis davlarına maruz kalırken, bu rakam 1970'lerde 13, 1980'lerde ise 17'ye yükselmiştir(234). Dava sayılarının artması aynı zamanda davalar neticesinde hükmedilen tazminat tutarlarının da artışını beraberinde getirmiştir. Burada bir parantez açmak gerekirse; Kara Avrupası ile Anglo Sakson Hukuku özellikle tazminat miktarları ve tazminatların veriliş nedeni açısından birbirinden ayrılmaktadır. Anglo Sakson Hukuku'nda tazminatların aynı zamanda cezalandırıcı bir işlevi olup temel mantık ibret niteliğindeki tutarlar sayesinde tazminata konu hareketin bir daha tekrarlanmamasını sağlamaktır. Ancak ülkemizin de içinde bulunduğu Roma Hukuku temelli Kara Avrupası Hukuku'nda ne kadar zarar varsa o kadar tazminat mantığı hakim olup, tazminat, lehine hükmedilenin zenginleşmesini sağlamamalıdır(60,235).

Malpraktis iddialarının yoğun olarak yaşandığı Chicago ve San Fransisco'da jüri ve mahkeme tarafından hükmedilen ortalama tazminat tutarı 1960'larda 50.000 $'dan 125.000 $'a 1970'lerde 450.000 $'dan 600.000 $'a ve 1980'lerde ise 1.200.000 $'a yükselmiştir. Ayrıca Houston ve Texas'da 1980'li yıllarda tarihin en yüksek tazminat rakamları olan bir davada 52 milyon $ ve bir diğer davada 54 milyon $'lık tazminatlara hükmedilmiştir. Söz konusu yıllar medyanın Birleşik Devletler toplumu üzerinde etkisinin üst seviyelere ulaştığı yıllar olup, medya vasıtasıyla toplumun geneli bu davalardan haberdar olmuş ve yüksek tazminatlar dava açma konusunda hastaları motive edici bir boyut ortaya çıkarmıştır(64,233,234). New Jersey'de faaliyet gösteren bir sigorta şirketinin verilerine dayanılarak hazırlanmış, 1977 ile 1992 yılları arasında sürmüş ve sonuçlanmış tıbbi uygulama hatası içeren 8231 davanın irdelendiği bir çalışmada ise; davaların %43'ünde hekimler haksız bulunarak tazminata çarptırıldığı ve bu davların %47'sinde ise dava esasının hastalar açısından ciddi sağlık problemlerini konu edindiği tespit edilmiştir(235).

Yapılan çalışmalar neticesinde ortaya çıkan istatistikler, tıbbi uygulama hatası iddiaları içeren davaların 1970'li yıllardan başlayarak artış gösterdiğini, yine devam eden süreçte tazminat oranlarının da arttığını ve açılan davaların önemli bir kısmının da hastaların haklı olduğundan bahisle tazminatla sonuçlandığını işaret etmektedir. Birleşik Devletlerde hekimlerin mesleklerini icra ederken 3. kişilere verdikleri zarardan dolayı, poliçe şartları doğrultusunda, maddi açıdan; zorunlu olan mesleki sorumluluk sigortasını yapan sigorta şirketleri sorumlu olmaktadır. Yargılama boyunca yapılan masraflar, avukat tutulması ve

avukatın ücreti ile hükmedilen maddi tazminatın finansörü hekimin sigorta şirketi tarafından karşılanmaktadır. Yukarıda bahsedilen ortamda, davaların artması ve bununla beraber günden güne hükmedilen tazminat rakamlarının da uçuklaşması, zamanla mali açıdan sigorta şirketlerinin aleyhine bir durum ortaya çıkarmıştır(212). Bu bağlamda inceleyecek olursak, Birleşik Devletlerde sağlık hizmetlerinde mali verileri toplayan The National Practitioner Databank'ın verilerine göre 1986 ile 1991 yılları arasında toplam 200.000 davada hekimler aleyhine tazminata hükmedilmiştir. Ayrıca içerisinde tüm yargılama giderleri ile tazminatlarında olduğu hesaplamaya göre bu tür davaların toplam maliyeti 1991 yılında 2.12 milyar $ iken 2003 yılında bu rakam 4.45 milyar $'a ulaşmıştır(237). Söz konusu rakamın neredeyse tamamı sektörde faaliyet gösteren sigorta şirketleri tarafından ödenmektedir.

Sigorta şirketlerinin malpraktis davalarının yoğunlaşması nedeni ile oluşan yüksek maliyetlerden kurtulmak ve riski sigortalı olan hekimle paylaşma yoluna gitmek adına ek tedbirler almaya başlamıştır. İlk etapta, pek çok eyalette faaliyet gösteren sigorta şirketleri risk grubuna aldıkları beyin cerrahi ve jinekoloji ve obstetrik gibi uzmanlık dallarında sigorta primlerini %75'e varan oranlarda arttırmaya başlamıştır(212,224,226). Birleşik Devletlerde Department of Health and Human Services'ın yaptığı araştırmaya göre, Las Vegas'da çalışan bir jinekoloji ve obstetrik uzmanının yıllık sigorta pirimi 120.000 $'ı, kalp damar cerrahının ise 400.000 $'ı bulmaktadır. Daha küçük ve malpraktis davalarının nispeten az görüldüğü şehirlerde ise yıllık pirim tutarları 7.000 $'dan yaklaşık 37.000 $'a yükselmiştir. Ohaio'da çalışan bir ürologun ise yıllık 84.000 $ olan sigorta primini ödemesi ve hayat standardını devam ettirebilmesi için haftada yaklaşık 90 saat çalışması gerekmektedir(238). Bununla beraber pek çok sigorta şirketi ise maliyetleri kaldıramadığı için mesleki sorumluluk sigortası sektöründen çekilmeye başlamıştır, ya da kimi risk grubu içerisine giren hekimleri sigortalamamaya başlamıştır. Özellikle 1980'li yılların başlarında bu durumun gerçekleşmesi neticesinde hekimler için faaliyet gösteren meslek ve uzmanlık dernekleri kendi sigorta şirketlerini açmış ancak onlarda yeterli alt yapıya sahip olmadıkları ve çözüm ortağı olarak çalışan sigorta şirketlerinin çalışmayı bırakması neticesinde etkinlik gösterememişleridir(62,224). Nihayetinde tıbbi uygulama hatası iddiaları içeren davaların en direkt etkisi önce sigorta şirketlerini ardından da hekimlere yansımıştır. Dava edilmenin hekimde yaratacağı, mutsuzluk, endişe ve ceza korkusu ile beraber, hekimler bir de işin maddi boyutu altında ezilmeye başlamış gerek sigorta primlerinin aşırı yükselmesi, gerekse hakkında dava açılması durumunda bir daha ki seneye sigorta yaptıramama ya da yüz binlerce doları

bulan primleri ödemesi gereken hekim, mesleğini uygularken olağan tıbbi uygulamalardan defansif tıbbi uygulamalara geçmeye başlamıştır(210,224).

Yukarıda detaylı olarak izah edildiği üzere defansif tıbbi uygulamaların tarihsel gelişimi, meydana gelen hukuki, ekonomik ve sosyal argümanlar çerçevesinde oluşmuştur. İnsan hakları bağlamında sağlık hakkı ve hasta haklarının ortaya çıkması, sağlık sisteminde devletten ziyade iyi organize edilmemiş ve yeknesaklık taşımayan sigorta şirketlerinin etkin olması, hasta hekim arası ilişkinin farklılaşması, tıbbi uygulama iddiası içeren davaların sayılarının yükselmesi, bu davalar neticesinde yüksek tazminatlara hükmedilmeye başlanması, tazminat tutarlarını ve dava giderlerini karşılayamayan sigorta şirketlerinin primleri yükseltmesi, sigortalama yapmaması ya da faaliyetlerini durdurması; gibi gelişmelerden en çok etkilenen hekimler olmuş ve hekimlerde tüm bu şartlar altında dava edilme riskini en aza indirmek amacıyla mesleklerini uygularken çekingen tavırlar içerisine girmeye başlamıştır(221,224,233202,203).

Tıbbi uygulama hatası iddiaları ile açılan davalar, hükmedilen tazminatlar ve yüksek sigorta primleri ile beraber, hekimler açısından mesleklerini uygulamalarının güç hale gelmesi, ortada bir hatanın ya da uygun işlemeyen sistemsel bir düzenlemenin varlığını akıllara getirmiştir. Gelişen ortam içerisindeki olumsuzluklar ilk etapta, tıbbi uygulama hatası içeren davların önlenmesi ya da azaltılması yoluyla giderilmeye çalışılmıştır. Pek çok eyalette davaların önüne geçmek ya da en azından yargılama giderlerinden kurtulmak amacıyla; davadan önce ön görüşme usulü ve sulh yoluyla çözüm bulunmaya çalışılmıştır, kimi eyaletlerde, dava yerine tahkim zorunluluğu getirilmiş, bazı eyaletlerde ise avukatların alacağı vekalet ücretlerinde üst sınır getirilme yoluna gidilmiştir(239). Söz konusu düzenlemelerin sisteme herhangi bir getirisi olup olmadığının tespiti amacıyla beş yıllık adaptasyon süreci geçtikten sonra yapılan bir çalışmada ise, bu düzenlemelerin dikkate değer bir getirisinin olmadığı tespit edilmiştir(240).

Malpraktis davalarının etkilerini en aza indirgemek ve sistemin daha işler hale gelmesini sağlamak amacıyla ileri sürülen bir diğer görüş ise haksız fiil sorumluluğu esaslarını en azından tıbbi uygulamalar açısından yeniden düzenlenmesi bağlamında olmuştur. Neredeyse her hastanın tıbbi uygulama iddiası içeren dava açabilmesi, hukuk sistemindeki haksız fiil sorumluluğu kuralının hekimler ve yaptıkları iş açısından çok da uygun olmaması ve yüksek tazminatlara hükmedilmesi gibi eleştirilerle, haksız fiil sorumluluğu esaslarının tıbbi

uygulamalar açısından adilane olmadığı ileri sürülmüştür(239,241,242). Birleşik Devletlerde 1970'li yıllarda başlayan tıbbi uygulama hatası iddiaları içeren davaların yoğunluğu ve ekonomiye yaptığı derin etkiler, malpraktis krizi olarak adlandırılmıştır(241). Krizin aşılması amacıyla pek çok eyalette haksız fiil sorumluluğunun şartları tıbbi uygulamalar çerçevesinde yeniden değerlendirilmiş ve bu konuda birçok düzenleme yapılmıştır. 1970'de başlayan ilk krizin ardından tort reform (haksız fiil sorumluluğu reformu) olarak adlandırılan düzenlemeler yapılmış ancak 1985'de ikinci krizin ve 2002'de de üçüncü krizin baş göstermesini engelleyememiştir(63,64,65,239). Bununla beraber hekimlerin bilgilendirilmesi için yapılan seminerler, bu konu ile alakalı derneklerin faaliyet göstermesi gibi önlemlerde net bir fayda sağlayamamıştır. 2011 yılı itibariyle Birleşik Devletlerde malpraktis davalarının artışı sağlık hizmetlerinde hala bir sorunsal olarak algılanmaktadır(242). Yapılan çalışmaların ise birçoğu sorunun davalar ya da düzenlemeler değil tıbbi uygulama hataları olduğu görüşünü ileri sürmeye başlamıştır(63,242).

2.2.3 TÜRLERİ

Literatürde yapılan çalışmaların neredeyse tamamı defansif tıbbi uygulamaları iki tür olarak incelemeye almıştır(202,212,226). Ayrıca OTA ve U.S. Accounting General Office gibi Birleşik Devletlerde sağlık hizmetleri ve sunumunu inceleyen yasal kuruluşlar da bu ikili ayrıma gitmeyi tercih etmişlerdi. Bunlar, negatif (olumsuz) defansif tıbbi uygulamalar ve pozitif (olumlu) defansif tıbbi uygulamalardır(225,210).

2.2.3.1 Pozitif Defansif Tıbbi Uygulamalar

Hasta hekim ilişkisinin, paternalizmden hasta özerkliğine doğru ilerlediğini ve bu ilişki çerçevesinde hastanın teşhis ve tedavide daha fazla etkin ve söz sahibi olduğundan bahsetmiştik(104,107). Bununla beraber özellikle özel sağlık kurumlarının sağlık hizmetleri sektöründe öncü durumda olduğu gelişmiş ülkelerde hasta hekim ilişkisinin hasta memnuniyeti ekseninde ticari bir boyuta oturduğunu gözlemlemek mümkündür. Bu durumun en uç örneği ise yine Birleşik Devletler özelinde göze çarpmaktadır. Hastalar sağlık kurumlarında ve tıbbi uygulamalar esnasında tıpkı ticari bir uçuşta ya da konaklamada aranan zamanında hizmet, konforlu bakım, iyi diyalog ve güler yüz gibi kıstasları göz önüne alarak değerlendirme yapmaktadır(103). Kimi zaman bu durum tıbbi ve bilimsel yeterliliklerden de

öne geçmektedir ve hastanelerin hizmet politikaları bu bağlamda ilerleyebilmektedir. Anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinin sunumunda ticari kaygılar işin esasından da önce gelebilmektedir(104). Pozitif defansif tıbbi uygulamaları da kaygı açısından bu çerçevede değerlendirebilmek mümkündür. Pozitif defansif tıbbi uygulamalarda da sağlık kurumu ya da hekim, hastaya karşı ticari kaygı değil, yasalardan doğan sorumluluk korkusu ve hastanın istenmeyen bir netice karşısında dava etme ihtimalini en aza indirgemek ve hastayı memnun ederek iyi bakım sağlandığını göstermek amacıyla hasta ve hastalığa karşı gerekmediği halde ekstra prosedürleri uygulamakta ve ilgi göstermektedir(202,209).

Hasta ve hastalığın gereklerine göre normal tıbbi davranışlardan sapma olarak da nitelendirilen defansif tıbbi uygulamaların temelinde dava edilme ve mesleki açıdan kınanma korkusu yatmaktadır(211,214,226). Pozitif defansif tıbbi uygulamalarda uygulayıcı bireysel olarak ya da sağlık kurumu sistemsel olarak, normal şartlar altında gereksiz ve fazladan sayılabilecek tıbbi tahlil ve testler yapmakta, görüntüleme tekniklerini kullanmakta, ilaç yazmakta ya da cerrahi müdahalelerde bulunmaktadır. Hastane ya da hekimlerin bu tip uygulamalar içerisine girmesinin sebeplerinden bir tanesi, teşhis ve tedavi esnasında hiçbir prosedürsel eksikliğin yapılmadığını ve tüm standartların fazlasıyla uygulandığını, dolaysıyla prosedür takibinde hiçbir eksikliğin bulunmadığını rahatlıkla ispat edebilmektir(208). Kimi çalışmalarda ise, bu davranışların tüm tıbbi şüphelerin bertaraf edilmesi ve basit semptomların en kötü senaryonun sebebi olabileceği düşüncesinden yola çıkılarak gerçekleştiğini dile getirmektedir. Uygulayıcı akla en son gelen gelecek neticenin var olup olmadığını araştırarak ki bunun yine temelinde dava edilme korkusu mevcuttur, gerekli olmadığı halde gereksiz prosedürleri takip etmektedir(208).

Defansif tıbbi uygulamalarda hekimler arasında özellikle pozitif defansif tıbbi uygulamalar bağlamında, bu uygulamaların teşhis ve tedavi güvenilirliğini sağlaması açısından olumlu olduğu yönünde tartışmalar mevcuttur(212). Kimi hekimler bu tip uygulamaların özellikle kayıtların sıkı ve detaylı bir şekilde tutulması açısından olması gereken standartları yerleştirdiğini ve hekimlerde bu uygulamalar sayesinde, detaylı ve dikkatli not tutma alışkanlıklarının oluştuğunu belirtmişlerdir. Kayıt tutmada eksiklikler ya da kayıt hataları, yanlış taraf cerrahisi, yanlış hasta ve eksik prosedür uygulamaya kadar pek çok tıbbi uygulama hatası vakasının oluşmasına neden olabilmektedir(211,212), ancak defansif uygulamalar bağlamında hekimleri bu tür davranışları gerçekleştirmeye iten davranışın altında ise, kayıtların tam ve eksiksiz tutulması ile olası bir dava durumunda yapılabilecek

tüm uygulamaların fazlası ile yapıldığını ispat etme amacı yatmaktadır. Bu durum hasta güvenliği ve mahkemeye ispat açısından faydaları olduğu göz ardı edilemezse de etik açıdan korku altında ve dava çekincesi ile yapılması ya da kimi çalışmalarda belirtildiği üzere, hastaları memnun etmek ve iyi bakıldığını göstermeye çalışması bakımından eleştiriye açık hale gelmektedir(211).

Kimi görüşlerde de, görüntüleme tekniklerinin sık kullanılmasının teşhis aşamasında gözden kaçabilecek bulguları sıfıra indirebileceğine işaret edilmiştir. Ancak burada göz ardı edilen önemli bir husus bulunmaktadır. Bu bağlamda neredeyse tüm görüntüleme teknikleri zararlı radyoaktif ışınlar barındırdığı ve salt mali açıdan değil sağlık açsından da hastaların risk altında oldukları, bu düşüncelere cevaben dile getirilmiştir(243). Pozitif defansif tıbbi uygulamalar arasında gösterilen, ancak hastaların zarar görme ihtimallerinin yüksek olduğu diğer uygulamalar ise, biyopsi gibi girişimsel uygulamalar ve sezaryen gibi cerrahi müdahalelerdir. Bu tip uygulamalar hem maliyet, hem sağlık ve hem de hastaların maneviyatları üzerinde büyük etkiler yaratmaktadır(211). Tıbbi uygulama iddiaları içeren davaların neredeyse tüm ülkelerde en büyük aktörleri jinekoloji ve obstetrik uzmanlarıdır, bu uzmanlık dalında görev yapan hekimler açısından Hickson ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada pozitif defansif tıbbi uygulamaları en çok uygulayan grup olarak tespit edilmiştir. Bu gruptaki hekimlerin %80'i pozitif defansif tıbbi uygulamaları gerçekleştirdiklerini ve bu uygulamaların kendilerini yasal sorumluluklardan koruduğuna inandıklarını belirtmiştir(244). Anlaşılacağı üzere, pozitif defansif tıbbı niteleyen davranışların değerlendirilmesi hekimlerin tıbbı algılayışından algılayışına da değişmektedir. Kimi hekimler için detaylı ve sıkı kayıt tutmak ile görüntüleme tekniklerini sık kullanmak defansif tıbbi uygulamalar iken, kimi hekimler için bu davranışlar iyi tıbbı nitelendirmektedir(211).

Tıbbi etik açsından hekimin tüm davranışlarının altında, en kaliteli medikal bakımı sağlamak ve neticede hastaya uygulanan yöntemle hastaya en büyük faydayı vermek amacı bulunmalıdır. Bunun dışındaki amaçlarla gerçekleştirilen uygulamalar, en azından tıbbi ahlak açısından olumsuz davranışlar olarak nitelendirilmektedir. Tıbbın oldukça ilerlemesinin en büyük kanıtlarından bir tanesi, gelişen laboratuar teknikleri ve görüntüleme aygıtlarıdır, hekim bu yardımcı unsurları teşhis ve tedavide en üst seviyede fayda amacıyla kullanmalıdır. Pozitif defansif tıbbi uygulamaların bu unsurlara dair olan boyutunda ise, gereklilik ve gereksizlik arasında ince bir çizgi mevcuttur. Hekimin eksik yaptığı bir tahlil ya da

uygulamadığı görüntüleme tekniği neticesinde hastanın zarar uğraması, hekimi tabii ki mahkeme önünde zor duruma sokacaktır. Burada ise devreye tıbbi standartlar ve prosedürler girmektedir. Esasında hekim, bu standartlar ve prosedürlerin yardımıyla hastalığın durumuna göre yapılması gerekeni yapmalıdır. Bununla beraber mümkün olduğu kadar, hekimlere yol gösterici mahiyette doğru ve netice almaya yardımcı prosedürlerin varlığı, pozitif defansif tıp uygulamalarına korunma amacıyla hekimlerin teşebbüs etmesinin de önüne geçebilecektir(212).

Pozitif defansif tıbbın en önemli paradokslarından bir tanesi de beraberinde getirdiği mali külfettir. Sağlık hizmetleri günümüzde oldukça pahalı uygulama ve teknolojiler üzerine kuruludur. Makro anlamda düşündüğümüz zaman toplumdaki hemen hemen her birey bir şekilde sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Bu bağlamda defansif kaygılarla çekilecek bir röntgen filmi dahi büyük maliyetlere sebep olabilmektedir. OTA'nın Birleşik Devletlerde yapmış olduğu araştırmaya göre, defansif kaygılarla yapılan sezaryen işlemlerinin 1991 yılındaki maliyeti 8,7 milyon $'dır. Yine OTA'nın tahminlerine göre aynı kaygıyla radyolojik teşhis yöntemlerinin kullanılmasının maliyeti ise 1994 yılında 45 milyon $ civarındadır(245,246). Pozitif defansif uygulamaların bir diğer olumsuz etkisi ise, hasta ve hekimin bu tür davranışlar neticesinde zamanlarının gereksiz yere harcanmasıdır. Hasta fazladan istenen tahlil ve görüntüleme tekniği tatbiki gibi uygulamalarla belli bir zamanı harcamak zorunda bırakılmakta, bu işlemleri yapan görevliler de gereksiz yere mesailerini doldurmaktadır. Bu bağlamda pozitif defansif tıbbi uygulamalar içerisinde zamansal açıdan en maliyetli uygulamaların başında gelen ise defansif kaygılarla yapılan hastaneye yatışlardır(211).

Pozitif defansif tıbbın uygulanma şekli, hastanın durumu, hastalığın durumu, hekimin uzmanlık alanı, hekim ve sağlık kurumunun hizmet algısı, tıbbi ve teknolojik imkanlar gibi pek çok parametreye göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bununla beraber yapılan pek çok çalışmada genel itibariyle aynı davranış kalıplarının gözlemlendiğini ve rapor edildiğini söylemek mümkündür. Bunlar; fazladan ilaç yazma, fazladan konsültasyon isteme, tıbbi tahlil isteme, görüntüleme tekniklerine başvurma, girişimsel ve cerrahi yöntemler uygulama, sıkı ve detaylı kayıt tutma, hasta takiplerini sıklaştırma, hastayı daha fazla bilgilendirme, gerekmediği halde hastaneye yatış isteme olup, yukarıda saydığımız parametrelerin değişkenliğine göre fazlalaştırmak mümkündür(202,203,206,211,212,224).

2.2.3.2 Negatif Defansif Tıbbi Uygulamalar

Hekimlik mesleğinin uygulanması, hekimliğin ve tıbbın doğası gereği içerisinde pek çok riskleri barındırmaktadır. Nihayetinde tıbbın uygulayıcısı olan hekimler pratikleriyle insan hayatı üzerinde etkili olmakta, hastanın sağlığına kavuşması ve maksimum fayda ile tedavinin sonuçlanması temel amacıyla hareket etmektedir. Buradan hareketle esasında hekimin davranışları bütünü teşhis ve tedavide seçilecek yollar bağlamında terazi işlevi de görmektedir. Hekim eldeki imkanları hastanın faydası ve göreceği zarar çerçevesinde teraziye koymak ve uygulamak zaruretindedir. Hekimin bu yönde uygulaması gerekenler, zamana, imkanlara ve hasta ve hastalığın durumuna göre değişkenlik gösterebilecektir, ancak mutlak olan ise, hastanın yüksek menfaatlerinin ve tıbbın gereklerinin uygulanmasıdır(212,224).

Negatif defansif tıbbi uygulamalar genellikle literatürde yukarıda ifade edilen argümanlar çerçevesinde tartışılmış ve değerlendirilmiştir. Negatif defansif tıbbi uygulamalarda pozitif defansif tıbbi uygulamaların aksine yine dava ve malpraktis endişesiyle hekimin teşhis ve tedavide kaçınma davranışlarına yönelmesi mevcuttur. Hekim tıbbi görgü ve bilgisine göre yüksek risk içeren hastalardan ve yine yüksek risk içeren tedavi yöntemlerinden bazı davranış ve uygulamalarla kaçınarak bir nevi sorumluluğu üzerinden atmaya çalışmaktadır. Pozitif defansif tıbbi uygulamalar da olduğu gibi negatif defansif tıbbi uygulamalar açısından da tartışmalar, bu davranışların varlığı, olumlu ya da olumsuz olması yani etkileri üzerinde toplanmıştır. Yapılan çalışmalar negatif defansif tıbbi uygulamaların varlığını ortaya koymakla beraber negatif defansif tıbbi uygulamaların pozitif uygulamalar kadar sık uygulanan ve rağbet gören davranışlar olmadığını, ancak günden güne klinik uygulamalarda görülme sıklığının arttığını ifade etmiştir(206,224).

Pozitif defansif tıbbi uygulamaların, tıbbi algı ve hasta güvenliğinin sağlanması bağlamında iyi tıbba kimi noktalarda yaklaştığı, muhtemel risklerin uzun vadede gerçekleşebileceği, ancak teşhis netliğinin varlığının bu riski de dengelediği ayrıca hekimin her yolu denediğini göstermesi bakımından önemli bir ispat aracı olduğu, bununla beraber hastaların da bu uygulamalarla bir nevi içleri rahat bir şekilde sağlık hizmetlerini aldığı; olumsuz olarak ise biraz zaman ve maliyet kaybının oluşabileceği belirtilmiştir. Negatif uygulamalara en azından pozitif uygulamalarda olduğu kadar, toleranslı bir şekilde yaklaşılmamıştır. Literatürde genel itibariyle, bu uygulamaların hastaya en fazla zarar verme

ihtimali olan ve yasal açıdan da pek çok riskleri barındıran uygulamalar olduğu iddia edilmiştir(247,248).

Hekimlerin, tıbbi etik ve bu etik kuralların yasama gücüyle desteklenmiş, kanunlaşmış halleri ile üzerlerine yüklenen en önemli sorumluluk; hastaya bakmak ve elindeki imkanlarla hastaya en büyük tıbbi menfaati sağlamaktır. Bu bağlamda negatif defansif tıbbi uygulamaların en can alıcı noktası, hekimin elinde imkanları olduğu halde riskli hastalara bakmaması ve bir başka sağlık kurumuna sevk etmesidir. Dolayısıyla hekim bu davranışıyla ideal klinik ahlaktan sapmakta yani tıbbi etik dışına çıkmaktadır(211). Esasında hekim bu davranışıyla, kendisini güdüleyen sorumluluktan korunma amacından da sapmaktadır. Özellikle hastanın sevk edilmesi nedeniyle uğrayacağı zararın yasal sonuçları yine bu davranışı uygulayan hekime yönelecektir. Hatta Morrison hekimin hareketsiz kalmasının yani negatif defansif tıbbi uygulama içerisinde olmasının, hem hekim hem de hasta açısından olumlu bir sonuç vermesinin şans meselesi olduğunu iddia etmiştir. Kimi sağlık kurumları ile hekimler ticari bakış açısı kaynaklı olarak bu tür davranışların sistemsel hale getirilmesinde daha az zaman harcama ve daha az maliyet gibi amaçları da hedeflemekte oldukları bildirilmiştir(248). Fakat ister ticari kaygıyla gerçekleştirilsin isterse de dava edilme korkusu bu davranışların sebebi olsun olumsuz neticeleriyle uzun vadede çok büyük zararlara yol açacağı, bu zararlarında mali, psikolojik ve fiziksel pek çok etkilerinin olabileceği ileri sürülmüştür(247).

Negatif defansif tıbbi uygulamalardan en çok nasibini alan yine en fazla malpraktis iddiası tehdidiyle karşı karşıya kalan uzmanlık alanlarının hastaları olmuştur. Yapılan çalışmalarda, Birleşik devletlerde özellikle jinekoloji ve obstetrik uzmanlarının doğum yaptırmaktan kaçındıkları, pek çok travma kliniğinde kafa travması geçiren hastaları almadıkları hatta bu servisleri dahi kapatma yoluna gittikleri, yine kimi sağlık kurumlarının pediatri hizmetlerini azalttığı belirtilmiştir(208). Hekimlerin yapa geldikleri bir diğer uygulamada agresif yani şikayet etme potansiyeli olan hasta ve hasta yakınlarından kaçınmaktır. Değişen hasta hekim ilişkisiyle paternalizm yerini hasta odaklı ilişki türlerinin alması, hastaların sağlık hizmetlerinde iyi ve titiz bir şekilde sağlanan tıbbi bakımla beraber, rahat, konforlu ve her tür hizmette kendilerinin odak olduğu hizmet sunumlarını talep etmesi ve medyada hekimler aleyhine çıkan daha neticelenmemiş tıbbi malpraktis davalarının çarpıtılarak kamuoyuna sunulması, hastaların agresyonuna temel oluşturabileceği ifade edilmiştir(103).

Tıpkı pozitif uygulamalar için olduğu gibi negatif defansif tıbbi uygulamaların da hasta güvenliği açısından olumlu olduğu, sağlık hizmetleri kapasitesinin uygun kullanımına imkan sağladığı, daha az maliyete yol açtığı ve zamansal açıdan daha ekonomik olduğu ileri sürülmüştür. Tıpta uzmanlaşmanın arttığını ve teknoloji kullanımının en üst seviyede olduğunu daha önceki bölümlerde belirtmiştik. Bu bağlamda hastaların daha ileri teknolojilerin kullanıldığı ve hastalığa göre uzman hekimlerin bulunduğu sağlık kurumlarına hastaların sevk edilmesi, tıbbi kuralların bir gerekliliği olduğundan yola çıkılarak, bu tür uygulamaların hastalar açısından da daha yaşamsal olduğu ifade edilmiştir(248). Bununla beraber bu görüşü savunan uzmanlar negatif defansif tıbbi uygulamaların tıbbın gerekleriyle örtüşür bir biçimde gerçekleştirilmesinin güvenli, tatminkar ve daha ucuz bir tıbbı meydana getireceğini eklemektedir. Negatif defansif tıbbi uygulamaların iyi tıp olduğunu izah eden uzmanlar; bunların tıbbi uygulamalardan ayırt edilemeyeceğini ve pek çok hekim tarafından mutad uygulamalar olarak gerçekleştirildiğini de belirtmişlerdir. Riskli hastaların daha iyi donanıma sahip ve konu ile ilgili uzmanlara sahip sağlık kurumlarına gönderilmeleri; neticesi net olmayan ve hasta için risk taşıyan tedavi yöntemlerinin uygulanmasını, tıbbi etik açısından tartışılacak herhangi bir tarafının olmadığının hatta tam tersi uygulamaların hem hasta hem de hekimler için kimi sıkıntılar yaratabileceğinden bahsetmişlerdir(247).

Esasında negatif tıbbi uygulamaların tartışılması gereken boyutu özellikle riskli hasta ve riskli tedavi yöntemlerinin uygulanması bağlamında, malpraktis ve tıbbi etik ile ne kadar çatıştığıdır. Şüphesiz ki, elinde imkanları olmayan ve uzmanlık alanı da hastalıkla uzak olan bir hekimin, hasta için ilk etapta yapılması gerekenleri uygulayıp, hastayı daha donanımlı bir kuruma sevk etmesi tıbbi bir gerekliliktir. Bununla beraber imkanları olduğu halde riskli hastayı hekimin bir başka kuruma sevk etmesi ya da hastaya bakmaktan imtina etmesi ise önce tıbbi etikten sapma, bakma yükümlülüğünü yerine getirmeme ardından ise bu davranış nedeniyle hastanın zarar görmesi durumunda dava edilme riskini kendiliğinden ortaya çıkaracaktır. Riskli tedaviler açsından da hekim yine tıbbın gereklerine göre hareket etmelidir. Riskli tedavi ile hasta üzerinde kumar oynamak ne kadar yanlışsa, başka bir çözüm yolu bulunamadığı halde bundan kaçınmak da aynı yanlışa neden olacaktır(248). Burada ortaya bölümün başında izah ettiğimiz denge sorunsalı ortaya çıkmaktadır. Hekim tüm uygulamalarında, hasta menfaatini ve yarar zarar karşılaştırmasını tıbbın gerekleri çerçevesinde yaparak hareket etmelidir. Aksi durumda negatif defansif tıbbi uygulamalar malpraktis ile yer değiştirecektir.

Negatif defansif tıbbi uygulamaların görünümleri de pek çok kıstas ve şarta bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Özellikle sağlık kurumunun ilk ve son basamak olması, elde bulunan teknolojik imkanlar, hekimdeki tıbbi algı negatif uygulamaların türlerinde belirleyici olabilmektedir. Bu bağlamda yapılan çalışmalarda belirlenen negatif defansif tıbbi uygulamalar, yaşamsal riske sahip hastalardan kaçınma, komplikasyon ihtimali yüksek tedavi yöntemlerinden kaçınma, agresif ve dava etme ihtimali bulunan ya da yakınları aynı ihtimali taşıyan hastalardan kaçınma, doğum gibi tıbbi uygulamaları gerçekleştirmeyi bırakma, hastayı bir başka sağlık kurumuna sevk etme gibi uygulamalardır(202,203,206,211,247,248).

2.2.4 ETKİLERİ

Çalışmamızın temelinde, malpraktis davası endişesiyle hekimlerin olağan medikal bakımdan saparak teşhis ve tedavide çekingen, defansif tıbbi uygulamalar içerisine girdikleri izah edilmeye çalışılmıştır. Anlaşılacağı üzere tıbbi uygulama hatası iddiası ile hekim aleyhine dava açılmasının en büyük sonuçlarından bir tanesi defansif tıbbın ortaya çıkmasıdır(214,224,226). Bu bağlamda esas problem ise; defansif tıbbın ölçülebilir ya da yapılan çalışmalarla tespit edilmiş neticelerinin neler olduğudur. Günümüzde tıp sadece, iyileştirme ve tıbbı bakım gibi boyutlara sahip değildir. Daha önceki bölümlerde birçok defa belirttiğimiz üzere tıbbın, ekonomiden teknolojiye ve hasta hekim arası sosyal ilişkiden yasal sorumluluğa kadar pek çok boyutu mevcuttur. Dolaysıyla tıbbı bakım esnasında yani tıbbın uygulanması esnasında ortaya çıkan defansif tıbbi uygulamaların da adı geçen pek çok boyutta ciddi etkilerinin var olduğu ortaya çıkarılmıştır. Özellikle Birleşik Devletlerde ekonomik etkileri saptanmaya çalışılmış ve sağlık harcamalarında belirgin bir miktarın bu tür uygulamalar sebebiyle var olduğu belirtilmiştir.

Günümüzde tıbbın, teknolojinin en yoğun kullanıldığı alanlardan bir tanesi olması, kaliteli medikal bakım için üst düzey uzmanlaşmanın olmazsa olmaz olması ve ilaç endüstrisinin hızla ilerlemesi ile ilaç fiyatlarının yüksek olması nedenli olarak sağlık hizmetleri oldukça pahalı ve her ekonomik seviyedeki insanın ulaşması mümkün olmayan seviyededir. Buradan hareketle tıbbın maliyet çizgisinde üst sırada olması hizmet arzı esnasındaki gereksiz harcamaların da yekünde yüksek maliyetlere sebep olmasına yol açmaktadır. Defansif tıbbi uygulamaların en çok tartışılan etkilerinden bir tanesi de yarattığı ekonomik külfet olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir(206,224).

Defansif tıbbın mali etkilerinin hangi boyutta olduğu bu tip uygulamaların varlığının açıkça belirlendiği 1980'li yılların ortalarından itibaren uzmanlar için araştırma konusu olmaya başlamıştır. 1987 yılı başlangıç olarak alınan bir çalışmada defansif tıbbi uygulamaların maliyetinin toplamda 12 milyar $'ı bulduğu ve devam eden beş yıllık süreçte ise bu rakamın 24 milyar $'a ulaştığı belirtilmiştir(211). Yapılan bir başka çalışmada ise söz konusu rakamların Birleşik Devletlerde sağlık hizmetlerine harcanan toplam rakamın %15'ini karşıladığını ve bu rakamın tamamen hekim ve hastanelerin dava tehdidinden korunma maksatlı olarak gerçekleştirdikleri defansif uygulamaların bir neticesi olduğunu ifade etmiştir(249). 1993 yılında yapılan bir başka çalışmada ise, defansif tıbbi uygulamaların hekimler arasında hızla ilerlediğini hekim ve hastanelerin daha sık görüntüleme tekniklerine başvurduğunu, hekimlerin daha fazla ilaç yazmaya başladıklarını; defansif tıbbi uygulamaların en kötü ihtimalle mevcut düzeyde tutulması durumunda dahi beş yıl içinde 36 milyar $'ın gereksiz yere harcanmasının önüne geçilebileceğine işaret etmiştir(206).

2007 yılı itibariyle Birleşik Devletlerde gayri safi milli hasılanın %16'sına denk gelen yaklaşık 2,3 trilyon $'ın sağlık hizmetleri için harcandığı belirtilmiştir. Verilerin toplandığı 2007 yılından dokuz yıl sonra yani 2016 yılında bu oranın %20'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Defansif tıbbi uygulamaların hızla yaygınlaşması göz önüne alındığı zaman ise uzmanlar, %4'lük artışın en büyük sebeplerinden bir tanesinin defansif amaçlarla yapılacak uygulamaların getireceği mali yük olacağına işaret etmişlerdir. Bu durumun önüne geçilmemesinin ileriki yıllarda sağlık harcamaları kapsamında daha büyük krizlere yol açması tehlikesinin var olduğu da belirtilmiştir(250).

Defansif tıbbi uygulamaların maliyetinin Birleşik Devletlerde tam olarak ne olduğu konusunda literatürde bulunan çalışmalar genellikle tahmin üstüne ya da bölgesel olarak mevcuttur. Kimi çalışmalar defansif tıbbi uygulamaların maliyetinin 100 milyar $'ın üstünde olduğunu belirtirken(206), 2010 yılında yapılan bir çalışmada ise her yıl bu rakamın 650 ile 850 milyar $ arasında değiştiği tahmini ileri sürülmüştür(251). Massachusetts Medical Society tarafından Massachusetts sınırları içerisinde yapılan bir araştırmada, 2005 ve 2006 yıllarında, burada bulunan hastanelerde yapılan ve tıbben gerekliliği olmayan tahlil ve testlerin maliyetinin 281 milyon $ civarında olduğu ve yine aynı kurumun aynı eyalet özelinde defansif tıbbi uygulamaların maliyetinin 1,8 milyar $ civarında olduğu belirtilmiştir(252). Her ne kadar yapılan çalışmalar neticesinde defansif tıbbi uygulamaların

sebep olduğu maliyetin net rakamı belli olmasa da bu tür uygulamaların sağlık harcamaları içerisinde en kötü ihtimalle %10'luk bir paya sahip olduğu sonucu çıkarılabilecektir. Buradan hareketle defansif tıbbi uygulamaları sağlık hizmetlerinde maliyet ve giderlerin artmasında önemli bir etkiye sahip olduğu çıkarımı yapılabilecektir.

Defansif tıbbi uygulamaların literatürde tartışılan etkilerinden bir tanesi de; defansif amaçlarla gerçekleştirilen bu uygulamalarla hastaların vücut bütünlüğünün olumsuz yönde etkilenmesi veya risk altına girmesidir(247,248). Negatif uygulamalarla, özellikle hastaya bakmaktan kaçınma gibi davranışlarla hastaların bedensel zarar uğrama ihtimali mevcut olup, defansif uygulamalar içerisinde çok sık rastlanamayan, ancak sonucu en fazla yaralayıcı olan davranış türüdür(206,224). Literatürde bu durumun net bir şekilde varlığı ve etkiler ile ilgili genel ve ciddi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla beraber yazarlar böyle bir durumun varlığı halinde defansif davranışın amacını aştığını ve tıbbın kötü uygulaması ile yer değiştiğini belirtmişlerdir(248). Esas ilgi çekici olan ise günümüz tıbbında en güvenilir tanı ve teşhis araçlarından olan bilgisayarlı tomografi ve röntgen cihazı gibi neredeyse her hekimin kullandığı ve radyoaktif ışınlar yayanlar aletlerin sık ve gereksiz kullanımı ile insan vücudunda oluşabilecek etkilerdir.

Tıbbı teknolojilerin en önemli ayaklarından bir tanesi de görüntüleme teknikleridir. Özellikle 1990'lı yılların başlarından itibaren görüntüleme teknikleri üst seviyede gelişim göstermiş ve hekimlerin bu tekniklere ulaşımı daha da kolaylaşmıştır. Söz konusu tekniklerin neredeyse net bir şekilde var olan hastalık bulgularına ulaşabilmesi, bu tekniklerin erken teşhis amacıyla da kullanılmasına olanak sağlamıştır. Kimi zaman bu tekniklerin kullanımlarının altında hastaya iyi bakıldığını ve her ihtimalin titizlikle değerlendirildiğini gösterme çabası yattığı da ifade edilmiştir. Yapılan çalışmalarda görüntüleme tekniklerine sık başvurmanın pozitif defansif tıbbi uygulamalar içerisinde önemli bir paya sahip olduğu ifade edilmiştir(202,203,224). Bu meyanda görüntüleme tekniklerine sık başvurmanın kısa vadede olmasa da uzun vadede hastaların yoğun radyoaktif ışına maruz kalması nedeniyle özellikle kanser riskini arttırıp arttırmadığı tartışılmaya başlanmıştır.

Birleşik Devletler özelinde yapılan bir çalışmada gelişmiş tıbbi teknolojilerin yaygın bir şekilde kullanıldığı 1993 yılından 2007 yılına değin bilgisayarlı tomografilerin kullanımının üç kat arttığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada 2007 yılında yaklaşık 72 milyon bilgisayarlı tomografi uygulandığı ve bunun da gelecekte yaklaşık 30.000 kanser vakasına yol açacağı

tahmininde bulunulmuştur. Ayrıca bir hastanın on iki defa bilgisayarlı tomografi alması durumunda Hiroshima ve Nagazakhi'deki maruz kalınan radyasyona eşit ya da daha fazla radyasyonun vücuda etki edeceği notu düşülmüştür(253). Yapılan bir başka çalışmada ise bilhassa abdominal bölge ya da pelvise sık uygulanan bilgisayarlı tomografinin hasta üzerinde gelecekte kansere yol açma ihtimalinin çok fazla olduğu ve hekimlerin bu uygulamaları sık kullandıkları halde söz konusu ihtimallerin varlığını ya görmezden geldikleri ya da hiç bilmedikleri belirtilmiştir(254).

Defansif tıbbı uygulamalar daha öncede belirttiğimiz üzere tıbbi uygulama hatası iddiaları ile hekimler aleyhine açılan davalar ve yüksek mesleki sorumluluk sigortası primlerinin varlığı neticesinde ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla hekimler üzerindeki baskılar çerçevesinde oluşan defansif tıbbi uygulamaların en direkt etkisi yine hekimler üzerinde oluşmuştur. Defansif tıp adı üzerinde hekimlerin kendilerini yasal sorumluluktan koruma maksatlı olarak çekingen davranmaları ve çoğu zaman olağan medikal uygulamalardan sapmaları olarak adlandırılmıştır(202,206,224). Bu genel tanım hekimlerin mesleklerini uygulamalarına da sirayet etmiştir. Yani hekimler yine kendilerini yasal sorumluluktan koruma ve malpraktis davalarının bir neticesi olan yüksek sigorta primlerinden kaçınmak amaçlı olarak özellikle Birleşik Devletlerde mesleklerini ya da uzmanlık alanlarını bırakma, erken emekli olma, eyalet değiştirme ve hasta bakmayı bırakıp eğitmenlik yapma gibi yolları denemeye başlamışlardır(224). Tez çalışmamamıza mesnet olan saha araştırmasında da en azından yasal nedenlerle hekimlerin meslekleri ve uzmanlık alanlarından ne kadar memnun oldukları tespit edilemeye çalışılmıştır.

Defansif tıbbın hekimlik mesleğinin yürütülmesi üzerinde en büyük etkisi nerdeyse diğer etkilerin tamamında olduğu gibi Birleşik Devletler özelinde net bir şekilde tespit edilmiştir. Birleşik Devletlerin federatif yapısı ve eyaletlerdeki uygulama ve yasaların değişkenliği de yine etkilerin federal yapılarda farklı şekilde oluşmasına neden olmuştur. Tıbbi malpraktis davalarında en yüksek tazminatlara hükmedilen Las Vegas'da hekimlerin yaklaşık %10'u ya emekli olmuş ya da bir başka eyalette mesleki faaliyetlerini yürütmeye devam etmişlerdir. Ayrıca bu eyalette sigorta şirketleri bir jinekoloji ve obstetrik uzmanının yıllık sigorta primini 37.000,00 $'dan 150.000,00 $'a çıkarmışlardır. Las Vegas, Massachusets ve Pennsylvania gibi benzer yasal özelliklere sahip eyaletlerin çoğunda, hekimlerin büyük bir kısmı klinisyenliği bırakıp eğitmenliğe geçmek için başvuruda

bulunmuştur. 2001 yılında Pennsylvania'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %65'i eyalet değiştirmeyi ciddi anlamda düşündüklerini belirtmişleridir(255).

Bazı kentlerde ise malpraktis iddiaları ile sık karşı karşıya gelen uzmanlık dallarından hekimleri bulmak dahi zorlaşmaya başlamıştır. Esasında bu kentlerde defansif tıbbın en ciddi neticesi ve boyutu olan hekim yokluğu ortaya çıkmıştır. Batı Virgina'da bulunan Putnam ve Jackson County'deki tek olan devlet hastanelerinde kadın doğum ünitesi sigorta primlerini ödeyemeyen hekimlerin kenti terk etmesi ya da faaliyetlerini bırakması nedeniyle kapatılmıştır. Ayrıca Missisipi'de bulunan ve nüfusu 20.000'den aşağı olan yerleşim yerlerinde aynı sebepten ötürü pediatri uzmanı bulunmamaktadır. New Jersey eyaletinin genelinde bulunan hastanelerin ise %65'i sigorta primleri kaynaklı olarak hekimlerini kaybettiklerini belirtmişlerdir(255). Yukarıdaki örneklerden de anlaşılacağı üzere hekimler kendilerini yasal tehlikelerden koruma maksatlı olarak mesleki faaliyetlerinde değişikliğe gitmeye başlamışlar ve özellikle küçük kentlerde kimi uzmanlık alanlarında eksiklikler görülmeye başlanmıştır.

Temelinde iletişim argümanlarının bulunduğu hasta hekim ilişkisi günümüz şartlarında belirgin değişiklikler yaşamış ve muhtemelen yaşamaya da devam edecektir. Her ne kadar paternalist anlayıştan hasta özerkliğine ve hastanın odak olmasına doğru bir ilerleyiş mevcutsa da hali hazırda hekimin hastasına karşı tutumu bu ilişkinin seyrinde belirleyici bir rol oynamaktadır(67). Bu manada defansif tıbbi uygulamaların hasta hekim ilişkileri üzerinde olumsuz bazı etkileri olduğu notu düşülebilecektir. Hekimler defansif davranış türü olarak hasta ile ilişkilerinde koşullara göre iki ayrı yol izlemektedir. Pozitif ve negatif defansif tıp tanımı çerçevesinde hekim ya hastasına gereğinden fazla ilgi göstermekte ancak hastayı gereksiz tanı ve tahlillerle yormakta, zaman kaybettirmekte ya da özellikle agresif ve şikayetçi hastalardan kaçınmakta ve hastaya bakmayı reddetmektedir. Her iki durumda da hasta hekim ilişkisi olması gerekenden sapmaktadır. Sadece teşhis ve tedavi amaçlı yani hastanın yüksek menfaatlerinin gözetilmesi odaklı olması gereken ilişki, hekimin yasal sorumluluktan kaçınma dürtüsü ile karşılıklı olarak birbirine şüphe ile yaklaşılmasına yol açabilmektedir(224).

2.2.5 DEFANSİF TIBBİ UYGULAMALARIN HEKİMLER ARASINDA YAYGINLIĞI

2.2.5.1 Uluslararası Literatür

Defansif tıbbi uygulamaların varlığı, daha öncede izah ettiğimiz üzere Birleşik Devletlerde ortaya çıkan malpraktis ve sigorta krizlerinin yaşanmaya başlandığı 1970'li yılların başlarında iddia edilmeye ve bununla beraber konuyla ilgili çalışmalar da yapılmaya başlamıştır. Yapılan istatistik temelli çalışmalarda özellikle bu tür uygulamaların hekimler arasındaki yaygınlığı ve hangi tür defansif uygulamaların daha yoğun olarak tercih edildiği tespit edilmek istenmiştir. Yapılan çalışmalar ya oluşturulan klinik senaryolar üzerine ya da belirleniş kalıp davranışların uygulanma oranları üzerine yoğunlaşmıştır. Literatürde en fazla katılımlı çalışmalara Birleşik Devletlerde rastlanmış ve bu çalışmalarla çizilen çerçeveler bağlamında İngiltere ile İtalya gibi ülkelerde de benzer çalışmalar devam eden süreçte yapılmıştır. Çalışmamıza mesnet anket uygulamasında da; rahat uygulanabilirliği ve denek için kısa zaman alması nedeniyle kalıp defansif davranışların uygulanıp uygulanmadığı yönünde sorgulama yapılmıştır.

Defansif tıbbın varlığı hakkında esaslı nokta olan hekimler arasındaki yaygınlığı bağlamında ilk önemli çalışma 1970 yılında Birleşik Devletlerde malpraktis ve sigorta krizinin yoğun olarak yaşandığı California ve krizin nispeten az yaşandığı North Carolina'da ki hekimleri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma neticesinde ankete katılan hekimlerin daha ziyade pozitif defansif davranışlar sergilediği ve bu durumda en büyük güdünün dava korkusu olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışma sonunda defansif tıbbi uygulamaların beklendiğinden az olarak ortaya çıktığı notu da düşülmüştür(226).

İngiltere'de 1995 yılında 303 pratisyen hekim üzerinde uygulanan bir çalışmada ise, hekimlerin %98'i geçmişe nazaran hastalar üzerinde uyguladıkları yöntemlerde, hasta şikayetlerine karşı korunmak amacıyla değişiklik yaptıklarını belirtmiştir. Yapılan çalışmada en sık görülen defansif uygulamalar ise, gereksiz testlerin yapılması, hasta sevk etme, hasta takibini arttırma ve detaylı kayıt tutma olarak tespit edilmiştir. Ankete katılan hekimlerin %30'u hastaların kendilerini şikayet ya da dava etmesinden çekindiklerini belirtmiştir. Bu bağlamda hekimlerin %98'i hastaların şikayet ya da dava etme olasılığına karşı tutum ve davranışlarını değiştirdiklerini ifade etmiştir. Hekimlerin %63'ü hasta sevk işlemlerini daha

sık gerçekleştirdiklerini yine %63'ü hasta takiplerini arttırdıklarını, %59'u fazladan teşhis ve tanı testlerini yaptıklarını, %29'u daha fazla ilaç yazdıklarını %25'i riskli gördükleri hastalardan kaçındıklarını, %40'ı daha fazla görüntüleme tekniklerine başvurduklarını belirtmiştir(211). Aynı çalışmacı tarafından aynı yöntemlerle 1999 yılında 339 pratisyen hekim üzerinde yapılan çalışmada ise, hekimler arasında hasta sevk etme oranı %72, hasta takip oranı %68,4, fazladan yapılan teşhis ve tanı testleri uygulama oranı %69,5 ve fazladan ilaç yazma oranı %21,9 olarak tespit edilmiştir(256).

2005 yılında yapılan bir çalışmada ise, Pennsylvania'da bulunan uzmanlık alanlarının iştigalleri nedeniyle malpraktis davası ile karşı karşıya kalma riskleri yüksek olan; acil tıp, jinekoloji ve obstetrik, genel cerrahi, nöroşirurji, ortopedi ve radyoloji uzmanı 824 hekim posta yoluyla gönderilen anketleri cevaplamışlardır. Yapılan çalışmada hekimlerin %93'ü defansif tıbbi uygulamaları mesleki yaşamalarında bir şekilde uyguladıklarını belirtmiştir. Çalışamaya katılan hekimlerin %88'i bir şekilde malpraktis davasının muhatabı olduklarını belirtmiştir. Yine bu hekimlerin %48'ine son üç yıl içerisinde malpraktis davası açılmıştır. Hekimlerin %51'i mesleki sorumluluk sigortalarının bulunmadığını ve bunun en büyük sebebinin ise sigorta şirketlerinin poliçe imzalamak istememesi olduğunu belirtmiştir. Ankete katılan hekimlerin %42'si yasal sorumluluk endişesi ile uzmanlık alanlarını uygularken kendilerini kısıtladıklarını ve rahat hareket edemediklerini ifade etmiştir. Kendilerini kısıtlayan hekimlerin %49'u da bu davranışı önümüzdeki iki sene içerisinde de devam ettireceğini belirtmiştir. Teşhis ve tanı da yardımcı tahlillere gereksiz bir şekilde sık başvurma oranı %59 olarak tespit edilmiştir. Bu uygulamayı en çok gerçekleştiren ise %70'lik bir oranla acil tıp hekimleri olmuştur. Hekimlerin %52'sinde gerekli olmadığı halde hastaları başka uzmanlara yönlendirme ve sevketme eğilimleri olduğu tespit edilmiştir. %59'luk bir oranla hekimler içerisinde jinekologlar bu uygulamayı en çok yapan grup olmuştur. Genel cerrahların %44'ü ise invaziv girişimlere çok sık başvurduklarını söylemiştir. Ayrıca bu gruptaki hekimlerin %18'i, jinekologların %9'u uyguladıkları biyopsilerin kimi zaman tıbben gerekli olmadığını ifade etmiştir. Hekimler arasında görüntüleme tekniklerine en fazla başvuran guruplar ise, acil tıp, nöroşirurji ve jinekoloji ve obstetrik uzmanları olmuştur. Hekimler arasında korku sebebi olan hastalık ise kanser olmuştur. %24'lük bir gurup kanseri teşhis etmek için ya da kanser korkusuyla, konsültasyon, görüntüleme tekniği ya da invaziv uygulamalarda bulunduklarını belirtmiştir. Bu gurubun ise birinci sırasında %57 ile ortopedi uzmanları sonuncu sırasında ise %13 ile acil tıp uzmanları yer almıştır. Negatif defansif tıbbi uygulamalar bağlamında ise hekimlerin %51,5'i yüksek risk içeren tedavi ve uygulamalardan

kaçındıklarını, en çok kaçınma davranışını ise %19 ile ortopedi, %11 ile nöroşirurji uzmanlarının gerçekleştirdiği tespit edilmiştir(224). Yüksek sorumluluk riski altında olan uzmanlıklarda, zor koşullarda uygulama yapan hekimler arasında defansif tıbbın yaygınlığı ve özelliklerinin araştırılması isimli bu çalışma literatürdeki en kapsamlı ve uygulamış olduğumuz anket çalışmasının da başlıca esin kaynağı olan çalışmalardan bir tanesidir.

Defansif tıbbın varlığı ve yaygınlığı ile defansif tıbba iten nedenlerin araştırılması konusunda 2008 ve 2009 yıllarında elektronik posta yoluyla cerrahi branşlarda uzman 307 hekimin katıldığı bir çalışma da İtalya'da gerçekleştirilmiştir. Hekimlerin %77,9'unun en az bir defa defansif tıbbi uygulamaları gerçekleştirdiği, %92 ile 32-42 yaş arası hekimlerin birinci sırada olduğu ve en yaşlı gurup olan 63-72 yaş arası gurupta bu oranın %67,4 olduğu tespit edilmiştir. Pozitif defansif tıbbi uygulamalar içersinde en çok uygulanan davranış çerçevesinde hekimlerin, %82,2'si detaylı kayıt tuttuğunu %68,8'si gerekmediği halde hasta yatışı istediğini, %61,3'ü fazladan tahlil ve test uyguladığını, %58,6'sı fazladan konsültasyon istediğini ve %51,5'i fazladan ilaç yazdığını belirtmiştir. Negatif defansif tıbbi davranışların hekimler arasında uygulanma oranı ise, %26,2 ile riskli hastalardan kaçınma ve %14 ile riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma olmuştur. Yapılan çalışmada defansif tıbbi uygulamaları hekimlerin gerçekleştirmesinde motive edici davranışların neler olduğu da ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Hekimlerin %80,4'ü dava edilme korkusunun, %65,7'si üniversitede sorumluluğunu neticeleri ile ilgili öğrenilen bilgilerin, %59,8 ile tazminat ödeme riskinin ve %51,8 ile daha önce dava açılmış olmasının motive edici olgular olduğunu belirtmiştir. Dava edilme konusunda en endişeli gurup ise %90,7 ile cerrahlar olmuştur. Ayrıca cerrahların %62,5'i daha önce aleyhlerinde dava açıldığını da ifade etmiştir(206).

2009 yılında Jackson Health Care tarafından Birleşik Devletlerde yapılan bir çalışmada ise, 124.572 hekime elektronik posta yoluyla anket yollanmıştır. 1.400 hekimin cevapladığı ankette hekimlerin %92'si en az bir defa defansif tıbbi uygulamalar içerisine girdiklerini ve %73'ü bunu son bir yıl içinde yaptıklarını belirtmiştir. Çalışma verilerine göre defansif tıbbi uygulamaları en çok gerçekleştiren gurup ise genç hekimlerle bayan hekimler olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan jinekologların %83'ü haklarında en az bir defa malpraktis iddiasıyla dava açıldığını ifade etmiş, bu oran cerrahlarda ise %79 olmuştur. Defansif tıbbın etkileri bağlamında görüşleri de sorulan hekimlerin %76'sı defansif tıbbi uygulamaların hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımını sekteye uğrattığını, %72'si hasta bakımına olumsuz

etkilerinin bulunduğunu ve %75'i Birleşik Devletlerde hekim azlığına yol açabileceğini belirtmiştir(251).

2.2.5.2 Ulusal Literatür

Daha önceki bölümlerde tıbbi uygulama hatası iddialı davaların varlığının ve hem hukukçular hem de hekimler tarafından yoğun bir şekilde tartışılmasının ülkemiz bağlamında mazisinin çok da eskiye dayanmadığından ve yapılan çalışmaların ise ilk etapta bu tür davaların varlığını ve yaygınlığını tespit etme amaçlı olduğunu, ayrıca özellikle ekonomik ve sosyal etkilerinin araştırıldığı geniş kapsamlı bir çalışmanın varlığının an itibariyle mevcut olmadığını ifade etmiştik. Defansif tıbbi uygulamalar bağlamında ise, durumun çizilen çerçeveden daha geri bir konumda olduğunu literatür taraması vasıtasıyla dile getirmek mümkündür. Tıbbi uygulama hatası iddialı davaların ve ülkemiz için kısmen de olsa zorunlu mesleki sorumluluk sigortalarının varlığının hekimler üzerindeki sosyal ve mesleki etkilerinden olan defansif tıbbi uygulamaların ulusal literatürde seslendirilmesine 2000'li yılların başında başlanmıştır. Kimi yazarlar davalarda irdelenen vakaların belli bir kriter altında incelenmemesi ve bilirkişilerce objektif bir değerlendirmenin yapılamaması neticesinde hekim aleyhine kararların çıkması durumunda, hekimlerin risk içeren olgu ve olaylardan kaçınacağı öngörüsünde bulunarak defansif tıbbi uygulamalara işaret edilmiştir(257). Literatürde yer alan ve içerisinde defansif tıp terimi geçen çalışmalarda ki çoğunluğu tıbbi uygulama hatasını işleyen çalışmalardır, genellikle mevcut yasal zeminde defansif tıp tehlikesinin var olduğu ve bunların kimi zararlarının bulunduğu dillendirilmiştir(215,258).

2006 ve 2007 yıllarından itibaren ise, 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ve hekimler için mesleki mesuliyet sigortasının zorunlu hale getirilmesi konuşulmaya başlanması ile Tabip Odaları tarafından defansif hekimliğin yaygınlaşacağı yönünde uyarılar yapılmaya başlamıştır(216). Bu konuda yapılan ilk önemli çalışma ise Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplumu Bekleyen Tehlike isimli makale olmuştur. Adı geçen çalışmada 5237 Sayılı Kanun'da yer alan hükümlerin hekimleri tedirgin ettiği ve bu maddeler nedeniyle defansif tıbbın yaygınlaşması tehlikesine işaret edilmiştir. Makalede özellikle tıbbi girişimlerde gözetilmesi gereken temel

yaklaşımların, ölçütlerin ve malpraktis komplikasyon ayrımının yapılmasında asgari kriterlerin yasal zeminde belirlenmesi gerekliliğinden bahsedilmiştir(217).

Ülkemizde defansif tıbbi uygulamaların varlığı, yoğunluğu, klinikler arasında farklılıklar olup olmadığı ve hangi sübjektif ve objektif etkenlere bağlı olduğunun tespiti yönünde saha çalışması (anket vasıtasıyla) destekli ilk ve en önemli çalışma, Dr Yusuf Aynacı'nın tıpta uzmanlık tezi olarak 2008 yılında hazırladığı Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması isimli çalışmadır. Çalışma Konya il merkezinde bulunan tüm özel ve kamu hastanelerinde görev yapan ve hasta ile birebir ilişkide bulunan uzman ve pratisyen 845 hekime uygulanması hedeflenerek gerçekleştirilmiştir. Hedef kitle olarak seçilen branşlar ise; göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, kardiyoloji, psikiyatri, çocuk hastalıkları, dermatoloji, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, aile hekimliği, acil tıp, genel cerrahi, kalp damar cerrahisi, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, beyin cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum, göz hastalıkları, üroloji, KBB, plastik cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlıkları ile acil servislerde çalışan pratisyen hekimler olmuştur(216).

Çalışmaya farklı nedenlerle görev yerinde olmayan hekimler dışında 19 hekim katılmak istememiş ve yüz yüze yapılan çalışmaya 762 hekim iştirak ederek anketi tamamlamıştır. 29 sorudan oluşan ankette pozitif ve negatif defansif tıbbi uygulamaları ölçmek için sorular, bunlara etki eden etmenleri tespit etmek için sorular ile bu sorulara ilave olarak konunun daha iyi irdelenmesine yardımcı olacak sorular sorulmuştur. Çalışmaya katılan hekimler arasında aleyhlerinde malpraktis iddiaları içeren dava açılma oranı %12,34 olarak tespit edilmiştir. Uzmanlık alanları bağlamında aleyhinde en fazla dava açılan gurup %15,96 ile ortopedi ve travmatoloji uzmanları ile aynı oranda jinekoloji ve obstetrik uzmanları olmuştur. İkinci gurup ise %14,89 ile acil tıp bölümünde çalışan pratisyen hekimler ve üçüncü gurup ise %7,45 ile genel cerrahlar olmuştur. Ayrıca aleyhlerinde dava açılan bu hekimler diğer meslektaşlarına göre mesleklerini yerine getirirken daha tedirgin olduklarını da ifade etmişlerdir. Anket çalışmasının yapıldığı dönemde 5237 Sayılı Kanun yeni sayılabilecek bir maziye sahipti, bu bağlamda içerdiği hükümlerin hekimler aleyhine olduğu yönünde hekimlerin %78,87'si görüş bildirmiştir. Hekimlerin %40,02'si her an malpraktis iddiası ile karşı karşıya kalabileceğini belirtmiş, ayrıca hekimlerin %84,26'sı aleyhlerinde malpraktis iddiaları içeren dava açılmasının mesleki performanslarını azaltacağını belirtmiştir. Defansif tıbbi uygulamaların ölçülmesi bağlamında hekimlerin %78,38'i nadiren de olsa bu tür

uygulamaları gerçekleştirdiğini bildirmiştir. Hekimler arasında pozitif defansif tıbbın görülme oranı %79,74, negatif defansif tıbbın görülme oranı ise %75,66 olarak tespit edilmiştir. Negatif defansif tıbbi uygulamaların hekimler arasında davranış türlerine göre oranı şu şekilde olmuştur, en çok gerçekleştirilen negatif uygulama %31,24 ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınma, %29,13 ile riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma ve %23,75 ile hasta sevkleri olmuştur. Pozitif defansif tıbbi uygulamaların yoğunluğu ise negatif uygulamalara göre daha fazla olmuştur. Hekimlerin %79,40'ı kayıtları detaylı bir şekilde tuttuklarını, %71,26'sı hastaya daha fazla açıklama yaptıklarını, %36,10'u fazladan konsültasyon istediklerini, %30,31'i fazladan tetkik istediklerini ve %9,06'sı fazladan ilaç yazdıklarını belirtmiştir. Defansif tıbbi uygulamalara etki eden objektif ve sübjektif nedenlerin ölçülmesine yardımcı olması hedeflenen sorular bağlamında ise, hekimlerin %84,12'si malpraktis iddiası içeren dava sayısında artış olduğunu belirtmiştir, %85,72si hasta hakları yönetmeliğinin tamamını okumadığını ve %88,84'ü malpraktis ile komplikasyon ayrımının sağlıklı bir şekilde yapılmadığını ifade etmiştir(216).

Ulusal anlamda defansif tıbbın tespiti yönünde yapılan bu çalışma önemli sonuçları aktarmakla, uluslararası literatürde gerçekleştirilen çalışmalarla da kimi yerlerde örtüşmüştür. Tarafımca yapılan ve hazırlanan tez çalışmasına ve anket çalışmasına esin kaynağı olan bu çalışmada göstermiştir ki, defansif tıbbi uygumlalar Birleşik Devletlerdeki oranlardan düşük olsa da Türk hekimleri arasında da defansif tıbbi uygumlalar mevcut ve hatta yaygındır(216,224). Ayrıca hekimler arasında bariz bir şekilde malpraktis davası açılma tedirginliği vardır. İstanbul ve Ankara gibi yoğun nüfuslu metropollere nazaran küçük bir yerleşim yeri olan Konya özelinde malpraktis davası ile karşılaşma oranı düşük çıkmıştır. Yine uluslararası literatürle uyumlu olarak pozitif davranışlar negatif davranışlara göre daha yoğun bir şekilde tercih edilmektedir.

2.2.6 DEFANSİF TIBBİ UYGULAMALARIN HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ulusal ve uluslararası literatürde yapılan çalışmaları incelediğimiz zaman defansif tıbbi uygulamaların, oranları değişse de, ülkemizde ve Birleşik Devletler, İtalya ve İngiltere gibi pek çok gelişmiş ülke ile Yeni Zelanda ve Japonya gibi okyanus ötesi ülkelerde hekimler arasında uygulanan bir olgu olduğu net bir şekilde gözlemlenebilmektedir

(205,206,208,211,224,246,251,251,259). Kimi araştırmacılar defansif tıbbi uygulamaları iyi tıbbın gelişmesine yardımcı olan olgular olarak nitelemekte ise de, birçok yazar defansif tıbbi uygulamaların pek çok açıdan sağlık hizmetlerinde ki temel sorunsallardan biri olduğunu ifade etmektedir(211,212,216224,226). En azından her iki görüşün tartışılması dahi defansif tıbbın hem tıbbi hem de hukuki açıdan tartışma götürür ve iyi irdelenmesi gereken bir olgu olduğunu göstermektedir(216). Daha öncede belirttiğimiz üzere 20. ve 21. yy hukukun yaşamın her alanına nüfus ettiği, temel hak ve hürriyetler ile beraber, ikinci ve üçüncü kuşak sosyal ve kültürel hakların da varlığının kabul edilerek mevzuatlara girdiği dönemlerdir. Bu doğrultuda, tıp gibi insan hayatını doğrudan etkileyen uygulama alanlarında hukukun temel kurallarının, hak ve özgürlüklerin bilfiil yer almaması garipsenecek bir durum olurdu ki nitekim tıp hukuku özellikle ulusal çapta artan oranda ilgi görmeye başlamıştır. Tıbbın özellikle pratikte uygulanmasının giderek karmaşık bir hal alması, temel hak ve özgürlüklerin sağlık hizmetlerine de kademeli ve artan oranda yansıtılması tıp bilimi ve sağlık hizmetleri ile hukuku daha da bütünleşmiş bir hale getirmiştir. Dolayısıyla bu durum tıbbi her türlü girişimin ve olgunun hukuken de çerçevelerinin çizilmesi gerekliliğini doğurmaktadır(27). Defansif tıbbi uygulamaları da bu çerçevede değerlendirip hukuki boyutlarını tespit etmek hem sağlık hizmetleri uygulayıcıları hem de hastalar için faydalı olacaktır(216).

Ulusal literatürde, daha öncede belirttiğimiz üzere defansif tıbbi uygulamalarla ilgili en geniş hatta tek geniş ve detaylı çalışma Dr. Yusuf Aynacı'nın yapmış olduğu uzmanlık tezidir. Adı geçen çalışmada da, yazarın uzmanlık alanı nedeniyle doğal olarak hukuki değerlendirme yoluna esaslı bir şekilde gidilmemiştir. Bu bağlamda defansif tıbbi uygulamaların hukuki açıdan değerlendirilmesinin yapıldığı başkaca bir çalışmaya da rastlanmamıştır(216). Uluslararası literatürde ise, defansif tıbbi uygulamaların daha ziyade tıbbi, ekonomik ve kısmen de psikososyal boyutu irdelenmiş, Birleşik Devletler kaynaklı birkaç çalışmada ise defansif tıbbi uygulamaları genel hukuk prensipleri içinde yorumlandığı gözlemlenmekle birlikte Birleşik Devletlerin hukuk sistemi ile hukuk mantığının içinde yer aldığımız Kara Avrupa'sı hukuk sistemi ile taban tabana zıt olması nedeniyle bu çalışmalara da herhangi bir atıf yapılmamıştır(202,203,207).

Sağlık ve tıp hukukuna dair sorunsalların hukuki açıdan değerlendirilmesinde esasında iki boyut mevcuttur. Bunlardan ilki sağlık ve tıp hukukunun ortaya çıkmasında temel neden olan hak ve özgürlükler genelinde sağlık ile hasta hakları boyutu ki bu aynı zamanda sağlık ve tıp hukukunun temel felsefesini de açıklar ve temellendirir, ikincisi ise genel hukuk kuralları ile

yaptırımsal neticeleri düzenleyen hukuki, cezai ve idari sorumluluk boyutlarıdır. Özellikle hasta hakları birkaç istisna dışında genel itibariyle, hatalı olduğu iddia edilen tıbbi uygulamanın yaptırımsal neticeye bağlanıp bağlanamayacağı çerçevesinde de çıkış noktasıdır. Nitekim yaptırım seçeneği, çoğu zaman bir hak ihlalinin mevcudiyeti ile vücut bulur. Bu iki kavram birbiriyle doğrudan bağlantılı olup, kanaatimce sorunların evveliyatla bu çerçevede irdelenmesi hem hasta haklarının ciddiyetini daha görünür kılacak, hem de hak (sübjektif hukuk) ile düzenleyici hukuk kuralları (objektif hukuk) arasındaki doğru orantılı olma ilişkisine uygun olacaktır(3). Defansif tıbbi uygulamaları hukuki açıdan değerlendirirken de bu çerçevede hareket edilerek sorumluluk hukuku boyutu ile birlikte hasta hakları boyutunun da dikkate alınmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür.

2.2.6.1 Hasta Hakları ve Defansif Tıbbi Uygulamalar

Hasta haklarının tarihsel gelişimini önceki bölümlerde izah ettiğimiz üzere 20. yy.'ın sonlarında tamamlamış ve yasal metinlerde yerini almış ya da en azından temel mantığı, yeknesak bir hasta hakları düzenlemesi biçiminde olmasa da, hukukun genel prensipleri içerisinde vücut bulmuştur(16). Ülkemizde ise 1998 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan bir yönetmelikle uluslararası mevzuata uygun ve neredeyse birebir bir şekilde mevzuatlaştırılmıştır. Normlar hiyerarşisi içerisinde bu hakların yönetmelikle tesis edilmesi her ne kadar hak ve özgürlüklerin tesisi sistematiğine çok uygun olmasa da, yurt genelinde ki hastanelerde özen ve dikkat gösterilen kurallar ve aynı zamanda hastalar tarafından da artan oranda aktif bir şekilde kullanılan haklar olarak yer almaya başlamıştır(24,48). Hasta hakları esasında yaşama ve vücut bütünlüğünü koruma gibi en temel insan haklarının sağlık hizmetleri alanına uyarlanmış ve bu alana göre düzenlenmiş görüntüsünden başka bir şey değildir. Hasta haklarının en temel amaçları, hastalara, yaşama ve vücut bütünlüğü haklarını sağlık hizmetlerinin münhasır özelliklerine göre korumalarını ve insana yakışır bir şekilde hizmet almalarını sağlamaktır. Dolayısıyla bu haklar, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hizmeti veren tarafından gözetilecek en temel değerler olarak algılanmak mecburiyeti içerisindedir(16,30,219).

23420 sayılı ve 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği'nde düzenlenen hakların sağlık hizmetleri sunucuları tarafından ihlali halinde yönetmeliğin 42. maddesine göre hastanın her türlü dava, şikayet ve müracaat hakkının mevcut olduğu da hüküm altına alınmıştır. Nitekim

adı geçen hakların birçoğunun ihlali aynı zamanda hasta üzerinde maddi ve manevi zararlar oluşturabilecek ya da Türk Ceza Kanunu'na göre suç unsurları taşıyabilecek özelliklere sahiptir(39). Yönetmeliğin lafzından anlaşılan, hakkın ihlal edildiğinin tespiti halinde, ihlale sebebiyet veren personel ortada hiçbir zararın ya da suç unsurunun bulunmaması durumunda dahi, salt ihlalin varlığı nedeniyle disiplin soruşturmasından geçirilerek idari cezalar alabilecektir. Söz konusu içerik dahilinde sağlık hizmetlerinin sunumunda hukuki değerlendirme yapılması gerektiği zaman ilk önce gözden geçirilecek yer hasta hakları yönetmeliği olup, herhangi bir ihlal ihtimali aynı zamanda hukuki ve cezai sorumluluğunu varlığını da tespite yardımcı olacaktır.

En genel tanımıyla, mesleki uygulama hatası iddiası veya benzeri bir sorumluluk isnadı ile karşılaşmamak için hekimlerin bireysel ya da sağlık kurumlarının kurumsal olarak hastalara karşı sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında uyguladıkları kaçınma ya da güvence reflekslerini içeren davranışlar olan defansif tıbbi uygulamalar(246) hasta hakları bağlamında da bazı soru işaretleri içermektedir. Öncelikle bu tür davranışların doğrudan muhatabı doğal olarak hasta haklarının öznesi olan hastalardır. Bununla beraber bu tür davranışlar olağan sağlık hizmetleri ve tıbbi standartların da dışında olduğu neredeyse ittifakla belirtilmektedir(247). Defansif davranışların olağan tıbbi bakım standartları içersinde yer alıp almaması gerekliliği ya da iyi tıbbı yerleştirip yerleştirmeyeceği daha ziyade tıbbi etik ve tıbbın uygulanması bağlamında ayrı bir tartışma konusu olup tıp mesleği erbaplarının tartışma alanı içerisindedir. Ancak hasta hakları ve genel anlamda hak ve özgürlükler çerçevesinde defansif tıbbi uygulamaların bazı hak ihlallerine yol açma ihtimalinin yüksek olduğu, ilk görünüşte dahi bu tür uygulamaların hasta hakları açısından irdelenmesi gereken pek çok unsuru taşıdığı anlaşılmaktadır. Hem tıbbi etik, hem de hasta hakları perspektifinden hekimin en temel görevi ve hastanın en doğal hakkı imkanlar dahilinde en iyi bakım, muayene ve tedavi üçgeni olup hekim ayrıca, uygulamalarında ilk önce hastasının sağlığını ve tıbben iyi olma halini gözeterek hareket etme yükümlülüğü altındadır(231).

Hekimler elbette ki, mesleklerini yerine getirirken kendi yasal durumlarını ve karşılaşacağı muhtemel sorumlulukları hesap etme hakkına sahiptir. Fakat bu gözetme eylemi, tıbbın uygulanması sırasında olağan ya da olması gereken davranışlardan sapmaya bürünmesi halinde öncelikle etik, eylem neticesinde hastanın maddi ya da manevi (ki bunun içerisine mali ve zamansal varlıklar da girer) bütünlüğüne zarar vermeye dönüşmesi halinde ise hem etik hem de yasal aykırılıkların oluşacağı da bir gerçektir. Defansif tıbbi uygulamalar işte bu

düzlemde hekimin bireysel bakış açısıyla mesleki etik bakış açısı arasındaki hassas çizgiyi de oluşturmaktadır. Nitekim defansif amaçla hareket edilerek hastanın vücut bütünlüğünün bozulması Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 12. maddesinde yer alan tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağını ihlal edecektir. Hekim teşhis, tedavi ve bakım maksadı dışında herhangi bir müdahale yapmaya ehliyetli değildir.

a) Pozitif Defansif Tıbbi Uygulamaların Hasta Hakları Düzleminde Değerlendirilmesi

Tıbbi uygulamalar esnasında, hekimlerin yasal sorumluluk ihtimalinden kaçınmak maksatlı olarak tıbben gereksiz sayılabilecek ve kendilerini güven altına alma refleksi içeren davranışlar olan pozitif defansif tıbbi uygulamalar yapılan çalışmalar irdelendiğinde en çok başvurulan defansif davranışlar olarak tespit edilmiştir(224). Söz konusu davranışlar genel itibariyle hastalara vücut bütünlüğü açısından çok fazla zarar verici özellikleri barındırmasa da, en büyük handikapları hastaların zamansal kayıplara uğraması ve maddi maliyetinin hem hasta hem de sağlık hizmetini finanse eden devlet ya da sağlık sigortasına oldukça yüksek olmasıdır. Bununla beraber pozitif defansif davranışlar en kötü ihtimalle hastaları düşünerek değil, hekimin kendisini garanti altına alması maksadını içermesi nedeniyle önemli bir tıbbi etik sorunsalıdır(212). Pratikte sık başvurulan pozitif defansif tıbbı uygulamalar; fazladan tetkik isteme, fazladan ilaç önerme ya da yazma, fazladan konsültasyon isteme, endikasyonsuz hasta yatırma, görüntüleme tekniklerine daha sık başvurma, hasta hakkındaki kayıtları daha detaylı tutma ve hastaya daha fazla bilgilendirme yapmadır(202,203,224).

- ✓ *Hasta Kayıtlarını Daha Detaylı Tutma ve Tıbbi Uygulama Hakkında Daha Fazla Bilgilendirme Yapma*

Pozitif defansif tıbbi uygulamalar içerisinde görülen, hasta hakkındaki kayıtları daha detaylı tutma ve hastaya teşhis ve tedavi süreciyle alakalı daha fazla bilgilendirme yapma tarzında olan uygulamalar, diğer defansif tıbbi uygulamalardan bir yönü ile ayrılmaktadır. Bahsedilen davranış tarzları hak ve özgürlükler bağlamında ve hasta hakları özelinde herhangi bir ihlal unsuru taşımamaktadır. Nitekim hastayı daha fazla bilgilendirme tarzında olan davranış açısından Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15. maddesi hastaya tıbbi durumu ile ilgili bilgi isteme hakkını vermiş, ayrıca Yönetmeliğin 31. maddesine göre de tıbbi bir müdahaleden önce mutlaka hastayı veya yasal temsilcisini, müdahale ve muhtemel sonuçları

ile ilgili bilgilendirmek gerektiği hüküm altına alınmıştır. Dolayısıyla, hastayı daha fazla bilgilendirme, Yönetmeliğin 19. maddesine göre bilgilendirme yapılmasının caiz olmadığı durumlar ayrık kalmak üzere, hem hasta özerkliği hem de kişinin kendi geleceğini tayin hakkı açısından oldukça önemlidir.

Hasta kayıtlarının daha detaylı tutulması da tıpkı fazla bilgilendirme gibi, hekimlerin uygulaması gereken hem hizmet kalite standardı hem de hasta güvenliği bağlamında oldukça elzem olan davranış türlerinden bir tanesidir. Kayıtların daha detaylı tutulması salt hastalar için olumlu bir davranış değil, aynı zamanda araştırmacılar ve adli merciler açısından da önem taşımaktadır. Bugün pek çok sağlık hizmetleri kalite standardı denetçisi kurumlarının da, önemli üzerinde durduğu bir uygulama olmakla beraber(260) Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 06.11.2001 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi adlı tebliğle de uygulama esasları düzenlenmiş ve hastane ve hekimlere yönelik idari bir emir niteliğindedir. Kayıt tutma, hasta güvenliğinden, bilimsel araştırmalara ve adli çalışmalara kadar pek çok boyuta sahip olan bir uygulamadır. Buradan hareketle kayıtları detaylı tutma şeklindeki defansif tıbbi uygulamalar esasında tıbbın güvenilirliğini arttırmakla beraber hekimler için önemli bir ispat aracıdır(261). Daha önceki bölümlerde belirttiğimiz üzere literatürdeki kimi çalışmalar her iki davranışın da hekimlerde belli bir alışkanlığın kazanılmasında önemli bir yere sahip olduğu ve defansif refleksin aynı zamanda bir pekiştirme aracı olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bu iki davranışın uygulanması anlaşılacağı üzere hastalar için zarar değil aksine büyük yararlar sağlayacak olması bakımından hasta hakları çerçevesinde herhangi bir sakıncası bulunmamaktadır. Buradaki tek problem ise davranışın amacının hasta güvenliği ve hasta haklarını gözetmek değil hekimin kendi yasal geleceğini düşünmesi nedeniyle etik sınırlar dışına çıkılması olarak değerlendirilebilecek ve ancak bu hususta tıbbi etik uzmanları tarafından tartışılacak ve eleştirilebilecektir.

- ✓ *Fazladan Tetkik İsteme*

Pozitif defansif tıbbi uygulama belirtisi gösteren davranışların en büyük paradoksu, bu davranışların neredeyse tamamının kimi uzmanlar tarafından ileri sürülen iyi tıbbın göstergesi olduğu yönündeki görüşlerdir(211). Günümüzde teknoloji ile tıp paralel bir şekilde gelişme göstermektedir. Teknolojinin gelişmesi aynı zamanda gelişen teknolojinin birçok alanda olduğu tıbbi uygulamalarda da kullanılmasına ve ileri tekniğe sahip tetkik ve görüntüleme yöntemlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu sayede günümüzde tıp birçok hastalığın

erken tanı ve teşhisine imkan tanımakta bir nevi hastaların hem yaşam standardını hem de yaşam süresini ciddi anlamda uzatmaktadır(253,254).

Çalışmamızda tetkik kavramı ki genelde yapılan çalışmalarda bu şekilde ele alınmıştır, görüntüleme teknikleri dışındaki tıbbi tahlil ve testleri içermektedir. En basit anlatımıyla kan ve idrar tahlillerinden, simir ve kültür testlerine kadar olan yelpazedeki tıbbi tahlil ve testler hastalarda görülen ve belli bir hastalığın varlığına ihtimal sağlayan belirtilerde neredeyse standart prosedürler olarak kullanılmaktadır. Buradaki temel sorun ise hangi hastalığın hangi prosedürler dahilinde teşhis ve tanısını konulacağının net ve genel geçer bir kuralının olmamasıdır(211). Nitekim bu test ve tahliller aynı zamanda semptomlar dahilinde akla gelmeyen hastalıkların da erken teşhis ve tanısına imkan sağlayabilmektedir. Bu sebeple fazladan tetkik isteme davranışının defansif amaçla gerçekleştiğinin tespitinin iki yolu mevcuttur, bunlardan ilki hekimin bunu defansif amaçla uyguladığının açık ikrarı ikincisi ise; semptomlara, hasta ve hastalığın seyrine göre en azından uygulanması olağan olan tahlil ve testlerin dışında tabiri caizse aşırı oranda tahlil ve testlerin uygulandığının tespiti ile mümkündür.

Hekimin tıbbi uygulama esnasında fazladan tetkik istediği yukarıda belirtilen koşullar dahilinde sabit ise, evvela Yönetmeliğin 11. maddesinde yer alan tıbbi gereklere uygun teşhis hakkına aykırıdır. Hastalığın teşhisinde, en önemli olan hekimin, tıbbi bilginin gereklerine uygun hareket etmesidir. Tıbben küçük ve basit bir semptomun varlığında hekimin ilgili olanların yanı sıra ilgisiz tahlil ve testler uygulaması ya da bu testlerin tıbbi standartlar dışında birkaç defa uygulanması tarzındaki bir uygulama hem defansif tıbbi uygulamanın hem de tıbbi gereklere uygun teşhis hakkının ihlal ettiğinin göstergesi konumundadır. Bir parantez açmak gerekirse hekim, istemiş olduğu tahlil ve testlerin mahiyeti ve ne amaçla yapıldığı konusunda hastayı durumun gerektirdiği oranda aydınlatmak ve bilgilendirmek zarureti altındadır(51). Yönetmeliğin 22. ve 24. maddesi ile de hüküm altına alınan bu durum esasında tüm tıbbi tahlil ve testler içinde gereklidir. Nitekim birçok tahlil ve testte hastanın vücut bütünlüğü bozulmaktadır. Kanaatimce hekimin tetkikleri tıbben fazladan talep ettiği aşikar ise de eğer hastaya bu meyanda bir bilgilendirme yapmış ve bu durumu hasta ikrarı ile ya da evrak üzerinde belgelendirmişse artık herhangi bir hak ihlalinden bahsetmek mümkün olmayacaktır. Biyopsi gibi girişimsel ve vücut bütünlüğünü ciddi anlamda bozan tetkiklerde ise, olası hak ihlalleri ihtimali daha da güçlenmektedir. Bu tür uygulamalarda hastanın hem vücut bütünlüğü hem de manevi bütünlüğü zarar görebilecektir(21,149). Bu durumda

yönetmeliğin 5. maddesinde yer alan hastanın bedeni, ruhi ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içerisinde yaşama hakkına müdahale sayılabilecektir.

- ✓ *Fazladan İlaç Yazma*

Herhangi bir hastalığı önleyen, tedavi eden, yayılmasını önleyen ve hastalığın semptomlarını ortadan kaldırarak ağrıyı gideren bitkisel ve kimyasal içerikli madde olarak tanımlanan ilaçlar, tıbbın ve teknolojinin gelişmesine paralel olarak bir gelişim göstermiş ayrıca hastalığın teşhis ve tedavisinde önemli bir yere sahip olmuştur(262). İlaçların tıbbın uygulanmasındaki önemine rağmen rasyonel olmayan şekilde ilaç reçete edilmesi, kullanılması ve polifarmasi olarak adlandırılan fazladan ilaç reçete edilmesi aynı zamanda tıbbın uygulanması içersinde önemli bir sorun olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 1985 yılında Nairobi'de düzenlediği toplantıda, hastaların ilaçları klinik gereksinimlere uygun bir şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topuma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütün bağlamında akılcı ilaç kullanımı terimini ortaya çıkarmıştır(263). Defansif refleksle, yasal sorumlulukla karşı karşıya gelmemek için hekimlerin fazladan ilaç yazdıklarını ya da bu eğilimde olduklarını daha önceki bölümlerde belirtmiştik. Bu bağlamda defansif refleksle gerçekleştirilen polifarmasi de aynı zamanda akılcı ilaç kullanımı standardına aykırı bir durum teşkil etmektedir. Nitekim bu yönde bir uygulama, hasta üzerinde, hastalığın tedavisinde yetersiz kalınması, istenmeyen etki riskinde artış, ilaç etkileşimleri olasılığında artış, gereksiz tedavi maliyeti ve işten kalma ve kazanç kaybı gibi istenmeyen neticelere sebep olabilmektedir(262,264).

Fazladan ilaç yazma uygulamasının, hastalar üzerinde gösterebileceği istenmeyen etkileri nedeni ile tıbbın gereklerine ve hekimlik mesleği etiğine aykırı bir durum olduğu ortadadır. Bununla beraber hasta üzerindeki etkisi salt vücut bütünlüğü bakımından değil aynı zamanda ekonomik bir boyuta da sahiptir. Hastanın sağlık kurumlarına ve hekimlere tedavi ve tanı maksadıyla başvurduğu herkes tarafından bilinen bir olgudur, hastanın iyilik hali ve sağlığı için başvurduğu hekim tarafından gerçekleştirilen bir uygulama nedeni ile iyilik halinin ortadan kalkması ya da daha kötüye gitmesi genel anlamda yaşama hakkının ve sağlık hakkının ihlaline aynı zamanda hasta güvenliği ilkesinin zedelenmesine sebebiyet verecektir. Dolayısıyla fazladan ilaç yazma uygulamasının hasta üzerinde göstereceği olumsuz netice

yani hastanın vücut bütünlüğü açısından zarar görmesi evvela bedeni yönden tam bir iyilik hali içerisinde cereyan etmesi gereken yaşama hakkının ihlali olacaktır.

Polifarmasi uygulaması Yönetmeliğin 11. maddesinde düzenlenen tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkının da ihlaline neden olacaktır. Nitekim adı üzerinde ilacın fazladan yazılması tıbbın gereklerine aykırıdır. Sağlık personeli hem etik ilkeler açısından hem de Yönetmeliğin 14. maddesinde düzenlenen hüküm gereği hastanın durumun gerektirdiği tıbbi özeni gösterme yükümlülüğüne sahiptir. Hastanın tıbbi özenle bakım hakkı olarak hasta haklarında tezahür eden bu yükümlülüğe göre, hasta fazladan ilaç yazma nedeniyle herhangi bir zarara uğramasa dahi, hakkı ihlal edilmiş olacaktır. İlaç reçete etme işlemi de tıbbi uygulamalar içersinde yer almaktadır, dolayısıyla hekim hastasına ilaç reçete ederken, yazdığı ilaçların ne için yazıldığını, nasıl uygulanması gerektiğini izah etmeli hatta yine hasta özerkliği ilkesine göre seçenekleri de sunarak mümkün oldukça hastası ile mutabakat sağlamalıdır. Bu sebeple hekim ilaç reçete ettiği zaman aynı zamanda hastasını bilgilendirmek yükümlülüğü altındadır. Fazladan ilaç yazma işlemi sırasında hekim yazdığı ilacın esasında tıbben gerekli olmadığını da bildirmek yükümlülüğü altındadır, ancak tabii ki bu bildirim yapılmayacaktır, bu sayede hekim hastanın rızasını almadan tıbbi uygulama içersine girmektedir ki, bu da Yönetmeliğin 24. maddesinde yer alan hastanın aydınlanma ve rıza hakkına aykırılık teşkil etmektedir. Hastanın bu yönde bir izni olduğu varsayımında ise, hekimin meslek kuralları çerçevesinde zaten böyle bir uygulamayı hastadan talep gelse dahi yapmaması gerekmektedir. Neticede fazladan ilaç yazma şekilden görülen defansif tıbbi uygulama aynı zamanda hasta haklarının ihlali sonucunu da ortaya çıkaracaktır.

- ✓ *Fazladan Konsültasyon İsteme*

Konsültasyon sağlık kurumuna başvuran hastanın sorumlu hekiminin, hastanın tanı, tedavi ve takibinde gerekli gördüğünde diğer anabilim dallarında görev yapana hekimlere görüş alış verişi yapmasıdır. Defansif tıbbi uygulamalar arasında sayılan fazladan konsültasyon isteme işlemi ise, yine kimi uzamanlar tarafından tıbbi kaliteyi arttırabilecek ve çoğu zaman tanı ile tedavide olumlu sonuçlar çıkaracak bir uygulama olarak nitelenmiştir(212). Konsültasyonun fazladan istenmesi işlemi esasında ilk bakış en azından hastanın vücut bütünlüğüne zarar verecek bir işlem olmaması nedeniyle hasta hakları ile çok fazla çatışmamaktadır. Bununla beraber istenecek konsültasyon asgari tıbbi standartlara uygun olmalıdır. Nitekim gereksiz yere istenecek konsültasyon hem hastanın hem de konsültan hekimin zamanını gereksiz yere

harcamış olacaktır. Bu bağlamda konsültasyon işlemi eğer hastaya ekstradan bir maliyet getirirse ki ülkemizde genellikle özel sağlık kurumlarında bu durum ortaya çıkabilecektir, ancak hasta hakları açısından bir ihlale sebebiyet verebilecektir.

Yönetmeliğin ikinci bölümünde yer alan sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı başlığı altında bulunan adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkına göre hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinde ihtiyaçlarına uygun bir şekilde faydalanma hakkına sahiptir. Ayrıca bu bağlamda sağlık personeli uygulamalarında, adalet ve hakkaniyete göre hizmet vermek yükümlülüğü altındadır. Hekim tıbben gerekli olmadığı halde hasta üzerinde maddi külfete neden olabilecek bir uygulama içersinde girerse, hastanın sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkını ihlal etmiş sayılacaktır. Konsültasyon işlemi yerinde tıbben gerekli olduğu takdirde gerçekleştirilirse, olumlu sonuçları olan bir uygulamakla beraber, defansif reflekslerle bu işleme başvurulması durumunda hastanın mali ve vakitsel menfaatleri zedelenerek, hasta hakkı ihlali ortaya çıkabilecektir.

- ✓ *Endikasyonsuz Hasta Yatırma*

Bir kimsenin sağlığı ile ilgili şikayetlerde bulunarak sağlık kurumuna başvurması durumunda, hastanede gözetim altında tutulması için yani bir nevi hastaneye yatırılması için bazı tıbbi gerekliliklerin mutlaka var olması şarttır. Hastada belirli bir tedavi veya müdahaleye karar verilmesini gerektiren durum olarak nitelenen endikasyonun hastane yatışlarında göz ardı edilerek, gerek olmadığı halde sorumlu hekim tarafından hastaneye yatış talep edilmesi endikasyonsuz hasta yatırma uygulaması içersine girmektedir. Gerekli endikasyon tespit edilmeden herhangi bir tıbbi müdahalede bulunma ve hastadan sağlık kurumuna yatış talep etme, hekimin mesleğinin gereklerine uygun bir şekilde hareket etmediğinin açık göstergelerinden biridir. Çünkü endikasyon tıbbi uygulamanın gerçekleştirilmesi için ilk gözetilecek unsur olup, bunu tespit etmek doğal olarak sorumlu hekimin görev tanımı içersindedir. Bu bağlamda hem hekimin görevini yerine getirirken gerekli özeni göstermediği hem de hastanın bazı haklarını ihlal ettiği karinesi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca endikasyonsuz hasta yatırma işlemi hastaya ve/veya devlete de ek bir maliyet külfeti getirmektedir.

Hastanın endikasyonsuz bir şekilde sağlık kurumuna yatırılması, tıbbın gereklerinin dışına çıkıldığını da göstermektedir. Buradan hareketle, tıbbi gereklerin dışına çıkılması nedeniyle Yönetmeliğin 11. maddesinde düzenlenen hastanın tıbbi gereklere uygun bakım hakkı ihlal edilmiş olacaktır. Hastane yatışları hastaya getirdiği ek mali külfet ve yatış nedeniyle kaybettiği kazanç kaybına neden olabilecektir. Bu bağlamda hasta sağlığını kazanmak isterken maddi zarara uğrayacak ve ayrıca durumuna uygun bakım alması engellenmiş olacaktır. Dolayısıyla hastanın sağlık hizmetlerinde hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı da ihlal edilmiş olacaktır. Tıbbi gerekler gözetilmeden yatış işlemi neticesinde hastaya karşı tıbbi özenin gösterilmediği açıktır, bundan ötürü hastanın Yönetmeliğin 14. maddesinde belirtilen tıbbi özen gösterilmesi hakkının da ihlalini beraberinde getirecektir. Hastanın endikasyonsuz bir şekilde yatırılması başka bir boyuttan baktığımız zaman diğer hastaların da sağlık hizmetlerine erişim hakkını ihlal edebilmektedir. Çünkü hastanın yatışı aynı zamanda, bir yatağın işgali anlamına da gelmektedir. Bu meyanda yatak doluluğunun ülkemiz sağlık kurumlarında hala bir sorun olduğunu göz önüne alırsak, diğer hastaların da sağlık hizmetlerine erişimi engellenmiş olabilecek ve bu hakları ihlal edilebilecektir. Bu çerçevede endikasyonsuz hasta yatırma hem meslek etiği hem hasta hakları açısından kural dışı bir uygulamadır.

- ✓ *Görüntüleme Tekniklerini Daha Sık Kullanma*

Modern tıp içersinde görüntüleme tekniklerinin ileri düzeye ulaşması hastalıkların teşhis ve tanısında büyük yararlar sağlamaktadır. Görüntüleme tekniklerinin gelişmişliği hastalıkların erken teşhisine imkan tanıdığı gibi sosyal fayda anlamında yaşam sürmesine katkı da sağlamaktadır. Fakat görüntüleme teknikleri aynı zamanda beraberinde bir takım sorunları da getirmektedir. Çünkü bu teknikler aynı zamanda radyoaktif veya benzeri maddeleri de bünyelerinde barındırmakta, hastalara uygulanması esnasında bu maddelerin hasta vücuduna geçmesine sebep olmaktadır. Dolayısıyla bu tekniklerin tıbbi gereklilikler dahilinde önerilmesi de büyük önem taşımaktadır. Hekimlerin hastalık teşhisinde en büyük yardımcıları olan bu uygulamaların kullanım ölçütlerinin çoğu zaman sınırı aştığının bilimsel çalışmalarla iddia edildiğini ve hekimlerin bu uygulamaların yan etkilerini görmezden geldiklerini ya da tam olarak bilmediklerini ifade etmiştik. Bu çerçevede bu tekniklerin aşırı kullanımının insan vücudunda özellikle uzun vadede kanser gibi istenmeyen hastalıklara sebebiyet verebileceği de yine bilimsel araştırmalarda tartışıla gelen bir unsurdur(253,254).

Hasta üzerinde uygulanacak tüm tıbbi işlemler tıbbi gereklilikler çerçevesinde olmak zarureti altındadır. Gereksiz yere yapılacak işlemler hasta üzerinde herhangi bir zarar yol açmasa dahi hastanın tıbbi gerekliliklere göre bakım, teşhis ve tedavi hakkına aykırı olabilecektir. Görüntüleme tekniklerinin fazla uygulanması durumunda kimi çalışmalarda uzun vadede kanser riskine yol açtığı iddia edilmiştir(253,254). Bu çerçevede bu iddiaların bilimsel kesinlik kazanarak genel geçer bir hale bürünmesi durumunda ve kansere yakalanan kişinin kanser hastası olmasının sebebinin daha evvel üzerinde çok fazla görüntüleme tekniği uygulanması olduğunun tespiti durumunda (bu durum kanaatimce farazi olacaktır, nitekim çoğu kanser vakasının sebebi net bir şekilde bilinememektedir), hastanın yaşama hakkı ihlal edilmiş olacaktır. Bu ihtimalin an itibariyle uygulanması oldukça zor olmakla beraber en azından tıbbi gereklilik dışına çıkılarak görüntüleme tekniğinin istenmesi Yönetmeliğin 11. maddesinde yer alan tıbbi gereklere uygun teşhis hakkının ihlali içerisine girecektir. Görüntüleme tekniklerinin devlete ya da hastaya bir mali külfeti de mevcuttur. Şifahi olarak özellikle ülkemizde özel hastanelerde bu tür uygulamaların yaygın olduğu halk arasında konuşulan bir olgudur. Bu çerçevede hastaya gerekli olmadığı halde görüntüleme tekniği tavsiye edilmesi nedeni ile ortaya çıkacak mali külfet, hastanın sağlık hizmetlerinden hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkının ihlalini de gündeme getirebilecektir.

Tıpkı hastane yatışlarında olduğu gibi, ülkemizde görüntüleme tekniklerinin kamu hastanelerinde sunulması yoğunluk nedeni ile sıra ile mümkün olmaktadır. Bu nedenle gereksiz bir şekilde görüntüleme tekniğinin hekimler tarafından önerilmesi, yoğunluğu arttıracak ve diğer hastaların sağlık hizmetlerine ulaşmasına bir nevi engel olacak ya da geciktirecektir. Dolayısıyla görüntüleme tekniklerine özellikle kamu hastanelerinde gereksiz yere başvurulması, diğer hastaların da durumunu etkileyerek hizmette aksamalara neden olabilecektir. Kimi çalışmacılar, görüntüleme tekniklerine sık başvurulmasının erken teşhislerde önemli olduğunu ve bu uygulamanın iyi tıbbın gerekleri arasında olduğunu ileri sürmüştür(212). Esasında bir bakıma yapılan tespit doğrudur, kaldı ki başvurulmayan bir görüntüleme tekniği neticesinde hastalığın teşhis edilememesi aynı zamanda hekimi yasal açıdan da zor durumda bırakabilecektir, ancak hekimin bu ince çizginin ayarını doğru düşünmesi gerekmektedir(212). Nitekim bu işlemin defansif amaçla gerçekleştirilmesi etik açıdan da savunulması güç bir durum yaratmaktadır.

b) Negatif Defansif Tıbbi uygulamaların Hasta Hakları Düzleminde Değerlendirilmesi

Negatif defansif tıbbi uygulamalarda pozitif uygulamaların tersine hekimler yasal sorumluluk riskini bertaraf etmek için tıbbi uygulamalardan ya da hastalardan kaçınmakta yani, hasta üzerinde tıbbı ya hiç uygulamamakta ya da asgari düzeyde uygulayıp hastaya bir şekilde bakmaktan kaçınmaktadır(224,240,246). Negatif uygulamalar hukuki prensipler ve hasta hakları bağlamında pozitif uygulamalardan daha fazla risk içermektedir(256). Burada hekim elinde hastaya bakma imkanı olduğu ya da bakma yeterliliğine sahip olduğu halde, hastanın içinde bulunduğu durum nedeni ile kendisinin yasal sorumluluk riski ile karşı karşıya olabileceğini sezdiği için pasif davranmakta ya da reddediş içersinde bulunmaktadır(224,211). Tıbben ya da etik açıdan herhangi bir geçerliliğin olmaması ile birlikte hekimin hastaya bakmaması daha ilk başta hastanın tıbbi hizmet görme hakkının ihlaline sebep olmakta, en azından bu hakkı kullanması geciktirilmektedir. Salt bu haliyle dahi, hekim bir tek hasta haklarını ihlal etmiş olmamakta aynı zamanda görevinin icabını da net bir şekilde yerine getirmemektedir. Tıbbi uygulamadan tıbbi uygulamaya değişkenlik gösterebilse de, çalışmamızda genel olarak çalışmalarda yer verilen ve hekimlerin sık başvurduğu tespit edilen, karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçınma, agresif ve şikayetçi olma olasılığı yüksek olan hastalardan veya bu özellikte yakınları olan hastalardan kaçınma, komplikasyonu yüksek olan tedavi yöntemlerinden kaçınma ve tedavi imkanı olduğu halde riskli hastaları sevk etme başlıkları altında dört negatif defansif tıbbi uygulama türü incelenmiştir.

- ✓ *Tedavi İmkanı Olduğu Halde Riskli Hastaları Sevk etme ve Agresif ve Şikayetçi Olma Olasılığı Yüksek Olan Hasta ve Hasta Yakınlarından Kaçınma*

Hekimin hem yasal hem de etik açıdan en önemli görevi, sorumluluğu altındaki hastaya imkanları dahilinde hiçbir ayrım ve koşul gözetmeden bakmaktır. Negatif defansif tıbbi uygulamalar içerisinde sayılan hastadan kaçınma eylemi, yasal nedenler, hekimin imkanları ve uzmanlık alanı nedeni ile hastaya bakamamasını ayrık tutan ve imkanları ile yeterliliği olduğu halde hastaya bakmamasını niteleyen davranışlardır. Hekim bu uygulamalarda etik dışı bir şekilde tamamen kendi özel konumunu düşünerek hastaya bakmaktan kaçınmaktadır. Bu uygulamalar ile daha ilk baştan hekim Yönetmeliğin 5. maddesinin c bendinde yer alan, hastanın hiçbir ayrım gözetilmeden sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını açıkça ihlal

etmektedir. Sorumlu olunan hastanın ya da yakınlarının agresif tavırlar içersinde bulunmasının önlemleri ve yaptırımları yasal zeminde ve etik açıdan belirli prosedürler dairesinde çözülmesi gereken bir sorun olup, şikayetçi olma ihtimali ise kaçınılması gereken negatif bir özelik değil yasalar çerçevesinde tanınmış bir haktır. Riskli hastalarda ise kıstas bakım imkanlarının varlığıdır, nitekim sağlık kurumlarına başvuran hastaların önemli bir kısmı belirli bir risk içermektedir ve hekimin görevi hastayı yaşatmak değil, iyi ve özenli tıbbi bakımı göstermektir(58). Kaldı ki hiçbir hekim hatası olmadığı halde yaşamını kaybeden hastadan yasal olarak sorumlu değildir. Bununla beraber hekimin ilk etapta yaptığı bu tespitler neticesinde hastadan kaçınması, Yönetmeliğin 6. maddesi gereği hastanın sağlık hizmetlerinden adalete uygun bir şekilde yararlanması hakkını da ihlal etmektedir. Hekim karşısındaki hastanın durumu ne olursa olsun azami tıbbi özeni göstermekle mükelleftir, bu meyanda hiçbir geçerliliği olmadığı halde hastaya bakmaktan kaçınma, Yönetmeliğin 14. maddesinde yer alan tıbbi özen görme hakkının da açık ihlaline neden olmaktadır.

Defansif amaçla hastadan kaçınma davranışı ve hastanın sevk edilmesi işlemi hasta için kimi riskleri de barındırmaktadır. Nitekim pratik hayatta birçok defa sevk edilen hastanın sevk kurumuna ulaşmadan yolda hayatını kaybetmesi ya da geri dönüşümü olmayan zararlara maruz kalması gibi istenmeyen neticelerle karşılaşılmakta, bu duruma sebebiyet veren hekimlerin hukuki yaptırımlarla karşı karşıya geldikleri gözlemlenmektedir(265). Hekimin bu davranışı ile hastanın hayatını kaybetmesi, geri dönüşü olmayan zararlarla yüz yüze gelmesi ya da en basit anlamda zarar görmesi durumunda, eylemi gerçekleştirilen hekim hastanın yaşama ve sağlık hakkını ihlal etmiş olacaktır. Ayrıca belirtmek gerekir ki bu gibi durumlarda ihlale sebebiyet veren sadece hekim değildir, aynı zamanda sağlık kurumu da bu ihlallerin ortağı konumundadır. Sağlığına kavuşmak için başvurduğu sağlık kurumu tarafından geçerli bir sebep olmadan hizmetten yararlanması engellenen ve bundan dolayı zarar gören hastanın aynı zamanda güvenlik hakkı da ihlal edilmiş olacaktır(266,267). Anlaşılacağı üzere tıbben ve yasal olarak geçerli bir sebep olmadığı halde ki defansif saik bu kodlar içersine girmemektedir, hasta sevk etmek ya da hastaya bakmaktan kaçınmak gibi uygulamaların hiçbir iler tutar yanı bulunmamaktadır.

- ✓ *Karmaşık Medikal Problemleri Olan Hastalardan Kaçınma ve Komplikasyonları Yüksek Tedavilerden Kaçınma*

En basit anlatımla, tıpta hastalık yoktur hasta vardır ifadesinden dahi yola çıkılarak, hastalıkların birçok çeşidinin olduğu, her hasta da farklı tezahürler yaratabileceği tespitini yapmak mümkündür. Birçok karmaşık yapıdan oluşan insan vücudunda rastlanan hastalıklar da, aynı şekilde karmaşık ve farklı yapılar sergileyebilmektedir. Bu bağlamda doğal olarak hastalardaki sağlık problemlerini tespit etmek tespit edilse dahi, tıbbi imkanlara göre tedavisin gerçekleştirmek mümkün olmayabilecektir. Ayrıca tıbbi teknolojilerin ilerlemesi ile birlikte hastalıkların yapılarının karmaşık olduğu da paralel bir şekilde keşfedilmekle, günümüzde dahi birçok hastalığın teşhis ve tedavisinde yetersizlikler yaşanmaktadır. Bu çerçevede karmaşık medikal problemleri olan hastalarla karşılaşmak uzmanlık alanlarına göre değişkenlik gösterebilse de her hekimin tecrübe edeceği bir durumdur. Tedavi imkanları bağlamında da, yine günümüz tıbbının gelişmişliği ile paralel olarak geride bıraktığımız yüzyıl içinde pek çok yenilik keşfedilmiştir. Bununla beraber tedavi yöntemlerinin (cerrahi müdahalelerden kullanılan ilaçlara kadar) kimileri hasta üzerinde komplikasyon yaratma gibi ihtimalleri de içerisinde barındırmaktadır. Hatta bu komplikasyonlar neticesinde hasta üzerinde geri dönüşümü olmayan zararlar ortaya çıkabilmekte, hastanın hayatını kaybetmesi gibi durumlarla karşılaşabilmektedir.

Bu iki uygulamanın tıbbı kurallar, gereklilikler ve hastaya daha iyi ve güvenilir bakım sağlamak amacıyla yapılması durumunda etik, hukuki ve hasta hakları bağlamında hiçbir ihlal durumu ortaya çıkmayacak, ancak salt hekimin kendisini yasal sorumluluktan korumak amacıyla yani defansif refleksle bu davranışlara yönelmesi halinde aynı ifadeyi kullanmak da pek mümkün olmayacaktır(58). Hekimin karmaşık medikal problemleri olan hastaya bakmaktan kaçınması durumunda evvela hekimin yeterliliği, endikasyon alarak durumu çözüp çözemeyeceği ve sair girişimlerle hastaya bakma imkanını olup olmadığı yönünde bir araştırma yapılması gerekmektedir. Eğer hekim bu imkanlara rağmen hastaya bakmaktan kaçınmışsa ve olası kötü neticenin sorumluluğundan çekinmekte ise, öncelikle hastanın sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkını ihlal etmektedir. Hastanın kompleks medikal problemlere sahip olması yani diğer hastalardan farklı bir durum içerisinde olması nedeniyle bir nevi, ayrımcılık da yapılmış sayılacak ve buradan hareketle, Yönetmeliğin 5. maddesinde yer alan herhangi bir farklılığa sahip olma nedeniyle sağlık hizmetlerinden hızlı ve etkili bir şekilde yaralanma hakkı ihlal edilmiş olacaktır. Hastaya bu sebeple bakmaktan kaçınma aynı zamanda Yönetmeliğin 6. maddesinde yer alan, sağlık hizmetlerinden hakkaniyete uygun olarak yararlanma hakkının da ihlaline sebep olacaktır. Bu durum aynı zamanda tıbbi özenin yeterince gösterilmediği anlamına da gelecektir. Bu meyanda Yönetmeliğin 14. maddesinde

düzenlenen tıbbi özenin gösterilmesi hakkı da hekim tarafından ihlal edilecektir. Hekimin hastaya bakmaktan kaçınması durumunda doğal olarak hastayı ya başka sağlık kurumuna sevk edecek ya da bir başka hekimin bakmasını sağlayacaktır, bu esnada geçen zaman zarfı nedeniyle hasta bedensel zarara uğrar ya da hayatını kaybederse hekim hastanın en temel hakkı olan yaşama hakkını ihlal etmiş sayılacaktır.

Komplikasyon ihtimali yüksek tedavilerden kaçınma uygulamasında ise durum biraz daha farklıdır, nitekim burada hekim bir yarar ve zarar dengesi kurup müdahale esnasında modern tıbbın gereklerine göre bu dengeyi gözetmelidir. Bu çerçevede müdahale öncesi hastadan aydınlatılmış onam almak en önemli noktadır. Acil müdahalelerde hekimin inisiyatif hakkı ayrık kalmak üzere onam alınması ile hekim bu dengede karar verme ve netice sorumluluklarını bir nevi hasta ile paylaşmaktadır(26). Buradaki temel problem başka çare olmadığı halde bu tedavi yöntemlerini uygulamaktan hekimin kaçınması durumudur. Hekimin ifade edildiği tarzda hareket etmesi neticesinde hasta zarara uğrarsa (ki bu tedavi yöntemi uygulansa dahi aynı sonuç çıkacak olsa bile) hekim hastanın yaşama ve sağlık hakkını ihlal etmiş olacaktır. Tedaviden neticeleri nedeniyle kaçınma hem Yönetmeliğin 11. maddesinde yer alan tıbbi gereklere uygun tedavi hem de 14. maddede yer alan tıbbi özen gösterilmesi hakkının ihlali sonucunu doğuracaktır. Tekrarla belirtmek gerekir ki, bu iki uygulamanın temel noktası tıbbi gereklilikler ve hekimin sübjektif durumudur, yapılmaması gereken durumlarda bu davranışların tam tersini yaparak hastaya bakmaya çalışmak ya da komplikasyon ihtimali yüksek tedavi yöntemini uygulamak da hasta haklarının ihlaline yol açacaktır.

2.2.6.2 Hukuki ve Cezai Sorumluluk Bağlamında Defansif Tıbbi Uygulamalar

a) Cezai Sorumluluk

Bir fiilin suç olduğu iddiası ile cezalandırılabilmesi için, en basit ifadesiyle o fiilin hukuka aykırı, kusurlu ve karşılığında yasalarda ceza öngörülmüş bir eylem olması gerekmektedir. Bu çerçevede suçların irdelenmesi tarihsel çerçevede, suçun unsurlarına ayrılması biçiminde meydana gelmiştir. Ekollere göre farklılık arz etse de bugün ülkemizde öğretide ve uygulamada üzerinde görüş birliği olan yöntem suçun, yasallık, maddi unsur, hukuka aykırılık ve manevi unsurlarına ayırarak inceleme yöntemidir. Bu bağlamda eylem, yasada belirlenmiş

bir suç tanımına açıkça uygun olmalı, eylemin iradi bir hareket şeklinde, dış dünyada bir netice meydana getirmesi ve hareketle netice arasında bir nedensellik bağı olması gerekmektedir, bu eylemin aynı zamanda başka bir hukuk normuyla hukuka uygun görülmemiş olması gerekmektedir. Son olarak ise ortada iradi davranışın faile yüklenebilmesi yani kusur unsurunun olması gerekmektedir(268).

Defansif tıbbi uygulamalar çerçevesine giren eylemeler bağlamında da hekimin cezai sorumluluğunu tespit etmek için aynı yöntemi uygulamak gerekmektedir. Burada dikkati çeken husus ise eylemen türüne göre uygulanacak ceza hükümlerinin, aynı zamanda tıbbi uygulama hatası iddialarında irdelenen hükümlerle neredeyse paralellik göstermesidir. Tıbbi etik bağlamında defansif tıbbi uygulamalarının bir kısmının iyi tıbbı karşıladığı ifade edilse de hukuki açıdan hekimin tıbbi kötü uygulamasının neticeleri ile aynı kapıya çıkmaktadır. Neticede defansif tıbbi uygumlalar hukuki açıdan aynı zamanda tıbbi uygulama hatası ya da tıbbın kötü uygulanması ile birlikte değerlendirilecektir.

Hasta hakları açısından da herhangi bir hak ihlaline yol açmayan iki defansif tıbbi davranış olan kayıtları daha detaylı tutma ve hastaya ayrıntılı bilgilendirme yapma eylemleri ceza hukuku açısından da herhangi bir suç vasfı içerisine girmemektedir. Hatta bu iki uygulamanın hekim tarafından yerine getirilmemesi esasında hekimin sorumluluğuna yol açabilecektir. Dolayısıyla bu iki davranış değerlendirme dışı tutulmuştur.

İzah ettiğimiz üzere defansif tıbbi uygulamalar, genel itibariyle hekimlik meslek etiğiyle uyuşmamaktadır. Bu bağlamda hekimler bu davranışlara yönelerek görevlerinin gereğini yerine getirmemekte ya da ihmal etmektedir. Dolayısıyla kamu personeli olan hekimler bağlamında, defansif tıbbi davranışlar ilk etapta 5237 Sayılı Kanun'da yer alan görevi kötüye kullanma suçu içersine girebilecektir. Bu bağlamda 257. maddenin ilk fıkrası,

(1) Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan hâller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan hâller dışında, görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya

da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

İfadesini kullanarak, görevi hiç yerine getirmeme ve görevi yerine getirmede ihmal ve gecikme gösterme durumlarını ayrı ayrı değerlendirmiştir. Ayrıca suçun oluşabilmesi için eylem neticesinde kamunun veya kişilerin zarara uğraması ve mağduriyetine yol açması unsur olarak aranmıştır. Burada, kamu ekonomik açıdan zarara uğramış ve hizmeti görenler ise vücut bütünlükleri dışında bir zarar nedeniyle mağdur olması gerekmektedir. Nitekim vücut bütünlüğünün bozulması başkaca suç tipleri içersine girecek ve bu hükmün uygulanma koşulu kalmayacaktır. Burada gözetilmesi gereken husus hekimin bu uygulamaları gerçekleştirirken tıbbın gerekleri dışında yani görevinin gereklerini gözetmeden gerçekleştirmesidir. Defansif saikle gerçekleştirilen davranışların esasında tıbbi etik dışı olduğunu ifade etmiştik. Hekim bu davranışları sorumluluk riskinden uzaklaşmak amacıyla gerçekleştirmektedir. Bu sayede hekim görevinin gerekleri çerçevesinden çıkarak kusurlu bir harekette bulunmuş olmaktadır. Kendi geleceğini gözetirken hastasınınkini göz ardı etmektedir(269). Pozitif defansif tıbbi uygulamalardan olan, gerekmediği halde, tetkik istemek, fazladan ilaç yazmak (özellikle SGK güvencesi altında olan hastalar bağlamında) görüntüleme tekniklerini kullanmak, fazladan konsültasyon istemek ve endikasyonsuz hasta yatırmak hem hastaya hem de kamuya belirli bir mali yük getirebilecek, aynı zamanda hastaların daha fazla zaman kaybederek başkaca kayıplar yaşamasına neden olabilecektir. Pozitif defansif tıbbi uygulamaların neticesi itibariyle vücut bütünlüğünün dışında mağduriyetine yol açması kamu görevlisi olan hekim aleyhine 257. madde gereğince işlem yapılmasına imkan verebilecektir.

Negatif defansif tıbbi uygumlalar çerçevesinde ise, davranışın gerçekleştirilmesi ile hastanın mağdur olması unsuru daha göze batar biçimdedir. Nitekim karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçınma, agresif ve şikayet etme ihtimali yüksek olan hasta ve hasta yakınlarından kaçınma, riskli hastaları sevk etme eylemi hastanın vücut bütünlüğüne zarar getirmese dahi, zamansal, mali ve hizmetin alımı açısında hem gecikmeye hem de mağduriyete sebep olma ihtimalini yüksek bir şekilde taşımaktadır. En basit anlatımıyla, hastanın bu sebeplerle, hastane hastane gezdirilmesi, hastane içinde servisler arası sürekli bir şekilde gidip gelmesi, ya da bir başka hekimi beklemesi hem elem ve ızdırabını arttıracak, hem de sağlık hizmetine ulaşımı kısıtlanacak ya da hizmet alım süresi uzayacaktır. Bu meyanda da hekimin fiili neticesinde 257. madde uygulanma alanı bulabilecektir.

Komplikasyon ihtimali yüksek tedavi yöntemlerinden kaçınmada ise ayrık bir durum mevcuttur, hasta bu hareket şekli neticesinde ya vücut bütünlüğü açısından zarar uğrayacak ya da herhangi bir zarara uğramadan tedavisi gerçekleşecektir. Bu hareket tarzı neticesinde sağlığına kavuşmuş ya da kaçınılan tedavi yöntemleri uygulansa dahi çıkacak olan aynı netice çıkarmışsa hastanın herhangi bir kaybı olmayacaktır. Nitekim bu davranış neticesinde hastanın mağduriyetini tespit etmek diğer davranış türlerine göre daha zordur ve görevi kötüye kullanmak suçu ile bağdaştırmak her zaman mümkün olmayacaktır.

Defansif tıbbi uygulamaların gerçekleştirilmesi, kimi zaman hastanın vücut bütünlüğünün bozulmasına hatta hayatını kaybetmesine de neden olabilecektir. Bu durumda 5237 Sayılı Kanun'un yaralama ve adam öldürme fiillerinin farklı görünümlerini yansıtan hükümleri gerekli şartların varlığı halinde uygulanabilecektir. Hekimin kasti hareketleriyle, hastaya zarar vermesinin defansif tıbbi uygumlalar açısından incelenecek bir yanı mevcut değildir. Nitekim defansif tıbbi uyulmalarda hekimin amacı doğrudan, bilerek, isteyerek ve neticeyi gözeterek hastaya zarar vermek değildir. Defansif tıbbi uygumlalar neticesinde hastanın vücut bütünlüğünün zarar görmesi, yaralanması ya da hayatını kaybetmeden elem ve ızdırap duyması ile hayatını kaybetmesi şeklinde iki farklı görünüm olacaktır. Bu görünümlere göre yasada farklı hükümler uygulanma alanı bulacaktır(108).

Negatif defansif tıbbi uygumlalar açısından irdeleme yaptığımızı zaman, bu davranışlardan, riskli hastaları sevk etme, agresif ve şikayetçi olma olasılığı yüksek hasta ve hasta yakınlarından kaçınma ve karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçınma; özlerinde kaçınma, ihmal ve hareketsiz kalmayı barındırmaktadır. Tıbbın gereklerine aykırı bir biçimde bu davranışları gerçekleştiren hekimin eylemindeki manevi unsur açısından eğer hekim, defansif saikle bu hareketi yerine getirirken içinde bulunduğu konum gereği öngörülebilir neticeyi öngöremezse yani, hastayı sevk ederken ya da hastadan kaçınırken zarar görebilme ihtimalini yeterli dikkat ve özeni göstermemesi nedeniyle öngörememiş ve hasta hekimin kendisinden kaçınması ya da başka bir sağlık kurumuna sevk etmesi neticesinde, geçen zaman ya da bu eylemle direk bağlantılı bir sebepten zarar görmüşse hekimin taksirli davranışı mevcuttur(87,135,162,164). Eylem ile netice arasında nedensellik bağının bulunduğunu kabul ederek, hastanın yaralanması durumunda 5237 Sayılı Kanun'un 89. maddesi gereğince taksirle yaralama suçundan hastanın hayatını kaybetmesi durumunda ise Yasanın 85. maddesi gereğince taksirle öldürme suçundan hekim cezalandırılabilecektir

(135). Hekim hastayı sevk etme ya da hastaya bakmaktan kaçınma davranışıyla hastanın zarar görebileceğini öngörüyor fakat neticenin ortaya çıkması istenmiyorsa dahi bilinçli taksirin varlığı mevcut olacak ve yasanın 22. maddesinin 3. fıkrası gereğince alacağı ceza üçte bir oranından yarı oranına kadar arttırılabilecektir(165,166). Taksirle yaralama fiili şikayete tabi olup, bilinçli taksirin varlığı durumunda ise şikayet aranmamaktadır.

Kaçınma ve ihmal biçiminde olan negatif defansif tıbbi uygulamalarda, suçun tipikliği açısından değerlendirilmesi gereken bir başka husus ise 5237 Sayılı yasa'nın 83. Maddesinde düzenlenen kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesidir. Bu hükme göre fail yükümlü olduğu ki bu yükümlülük kanuni düzenlemeden veya sözleşmeden kaynaklanmaktadır, belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemektedir. Ayrıca burada failin gerçekleştirmemesi nedeniyle meydana gelen ihmalin de icrai davranışla eşdeğer biçimde olması gerekmektedir. Tıbbi uygulamalara hükmü uyarladığımız zaman, hekimin sağlık kurumuna başvuran hastaya bakma yükümlüğü mevcuttur. Eğer hekim belirttiğimiz şekilde negatif defansif davranışlarla hastaya bakmaktan kaçınır ve hasta hayatını kaybederse ihmali davranışla adam öldürme suçu işlenmiş sayılır, fakat hekim bu yükümlülüğünün gereği olan icrai davranışta bulunmaması sonucunda hastanın ölebileceğini öngörmüş ise olası kastla ya da net bir şekilde biliyorsa kastla, objektif özen yükümlülüğüne aykırı olarak öngörememişse, taksirle işlenmiş öldürme suçundan yükümlü tutmak gerekecektir(171). Dolayısıyla neticede, hekimin hastanın riskinin yüksek olması, agresif ve şikayetçi olma olasılığının bulunması ya da karmaşık medikal problemlere sahip olması nedenleri ile hastaya bakmaktan kaçınması durumunda ve hastanın da hekimin bu davranışı ile doğrudan ilişikli bir biçimde hayatını kaybetmesi, hekimin sonucu algılayış biçimine göre ihmali davranışla adam öldürme suçu içerisine girecek ve hekimin kast ya da taksirine göre cezalandırılma gerçekleşecek, kastın mevcudiyeti durumunda 83. maddeye göre cezalandırılacaktır. Komplikasyonları yüksek tedavi yöntemlerinden kaçınma davranışı biçiminde olan negatif uygulama bağlamında ise, değerlendirilecek temel durum bu kaçınma ile hastanın zarar görüp görmemesidir. Nitekim hekimin tedavi yönteminden kaçınıp hangi tedavi yöntemini uyguladığı önemli olacaktır. Eğer uyguladığı tedavi yöntemi yerine tercih edilen yönteme göre netice açısından daha olumsuz bir durum söz konusu olmuş ise öngörüp öngörememe bağlamında bir niteleme yapılarak öldürme ya da yaralama suçları açısından değerlendirmek mümkündür, ancak bu uygulamanın ispat açısından büyük sorunları mevcuttur. Nitekim neticenin olumlu olup olmayacağı ya da hastanın ne kadar zarar göreceği, komplikasyon ihtimali yüksek tedavi yöntemlerinde belirli bir ihtimal dahilindedir ve bu

ihtimalin kuvvetine göre bir niteleme yapılabilecektir. Fakat hekim hiç tedavi yöntemi uygulamazsa o halde manevi unsura göre bir cezaya hükmetme ihtimali mevcut olacaktır.

Güvence davranışları olan ve hekimlerin gerekmediği halde defansif amaçla başvurduğu pozitif defansif uygulamalarda da neticede hastanın ne tür bir zarar gördüğü bağlamında değerlendirme yapılabilecektir. Hekimin fazladan konsültasyon istemesi ve endikasyonsuz hasta yatırması uygulamalarının hasta üzerinde vücut bütünlüğünü ihlal edecek neticelerinin olması ya da devam eden süreçte hastanın zarara uğraması durumunda neticelerin bu davranışları gerçekleştiren hekimlere atfedilebilecek kadar bağlantılı olması imkanı çok da fazla mevcut değildir. Dolayısıyla her iki davranışta değerlendirme dışı tutulmuştur. Fazladan tetkik isteme çerçevesinde ise, yine değerlendirme içinde tutulabilecek olan davranışlar, girişimsel ve biyopsi gibi vücut dokunulmazlığını ihlal eden uygulamalar olacaktır. Esasında ilk bakışta hekim burada hastanın vücut bütünlüğünü bozduğunu bilmekte ve aynı zamanda bunu istemektedir salt bu açıdan bakıldığında ise ortada bir kastın olduğu dikkati çekmektedir(149). Ancak hekim bu müdahaleyi gerçekleştirirken hastaya zorla ve rızası dışında bir müdahalede bulunmamakta, hastadan bir şekilde onay almaktadır. Bu sayede hekim kendi mesleğinin uygulanma şartını da gerçekleştirerek ilginin rızası müessesi ile eylemini hukuka uygun kılmaktadır(120,124,126). Bununla beraber hekimin hastayı ne ölçüde ve hangi doğrulukta aydınlattığı önem kazanmaktadır. Muhtemelen hastaya bunu gerekli bir uygumla olacağını en azından hastalığa yönelik şüpheleri ortadan kaldıracağı bilgilendirmesinde bulunacak hasta da buna onay verdiği takdirde eylem gerçekleştirilecektir. Bu aşamaya kadar herhangi bir sorunun doğması pek de mümkün değildir. Tabii olarak hekim bunun esasında hiç gerekli olmadığını ve fazladan yapıldığını hastasına bildirmemiştir. İşte bu aşamada hekimin amacının net bir şekilde ortaya konması ve ispat edilmesi gerekmektedir. Hekimin bu niyeti şüpheye yer bırakmayacak şekilde ispat edilebilirse ve uygulamanın tıbben hiçbir değerinin olmadığı ortaya çıkarsa işte o durumda hekim kasten yaralama suçundan dolayı sorumlu tutulabilecektir.

Fazladan ilaç yazma durumunda ise yine aynı koşullar altında bir değerlendirme yapmak mümkündür. Nitekim daha öncede ifade ettiğimiz üzere çoğunlukla kimyasal bileşenli olan ilaçların gereksiz yere kullanılması hastaya zarar verebilmektedir. Burada ise hekimin tıbbi gereklilikler dışında fazladan yazılan ilacın hastanın kullanması neticesinde, zarar uğrayacağını net bir şekilde bilmesi durumunda, tıbbi gereklilikler ve yan etkilerle tedavi

arası dengenin gözetilmesi gibi durumlar ayrık kalmak üzere, kastın varlığı göze çarpacaktır. Hekimin ilacı fazladan yazdığı ve bu nedenle hastanın zarar gördüğü halde neticeyi öngörüp öngörememesine göre basit ve bilinçli taksir çerçevesinde cezalandırılabilmesi gündeme gelebilecektir(162,164). Hekim hastayı aydınlattığı yönünde iddia da bulunsa bile ilaç yazımında yapılan aydınlatmanın yazılı şekilde yapılmaması nedeniyle bu iddiası da havada kalacaktır. Görüntüleme tekniklerinin fazladan kullanılmasında da aynı kurallar işleyecektir. Burada ayrık olan durum ise görüntüleme tekniklerinin en büyük olumsuz yanı olarak nitelenen hastada kanser hastalığının görülmesidir. Hastada görülen kanser ile bir hekimin çok fazla o hasta üzerinde görüntüleme tekniği kullandırması arasında bir nedensellik bağının şüpheye yer bırakmayacak şekilde bulunması gerekmektedir. Yine hekimin neticeyi öngörüp öngörememesine göre taksir kuralları ya da kastın varlığı tartışılabilecektir. Fakat günümüz tıbbının ve teknolojisinin kanserin nedenlerini net saptayamaması ile görüntüleme tekniklerinin fazla kullanılmasının ne kadar kansere etki etiğinin ittifakla belirlenememesi nedeniyle ceza hukuku bağlamında net bir yargıya varmak mümkün değildir. Muhtemelen bir müddet de mümkün olamayacaktır. Yukarıda izah edilen tıbbi gereklilikler, hekimin olumsuz neticeyi öngörüp öngörememesi gibi kavramaların içini dolduracak ve açıklamalarını yapacak olan ise bilirkişilik kurumu olacaktır. Nitekim tıp yargılama makamının bilebileceği ve yorumlayabileceği, herkesin lise bilgisi ile vakıf olduğu bir alan değildir. Bu meyanda hakim Adli Tıp Kurumu ve ilgili konu ile iştigal eden üniversitelerin tıp fakültelerinin anabilim dallarına başvuruda bulunarak olayı hukuki açıdan yorumlanabilecek bir konuma getirecek, bilirkişilik makamının vermiş olduğu rapor doğrultusunda, hekimin sorumluluğunu tartışabilecektir(78,80).

b) Hukuki Sorumluluk

Hekimin tıbbi uygulamaları neticesinde hastanın vücut bütünlüğünün bozulması ya da mağdur edilmesi durumunda, hekimin cezalandırılması ilkelerini düzenleyen cezai sorumluluk yanında, hastanın duymuş olduğu acı, elem, ızdırap ile uğramış olduğu maddi kayıplar nedeniyle hekimin tazmini yani özel hukuk bağlamında da bir takım sorumlulukları doğacaktır. Esasında uygulamada sistematik, hekimin cezai sorumluluğunun tespiti ve cezalandırılması akabinde, hukuki sorumluluğun araştırılarak ki genelde cezai soruşturma esnasında sorumluluğun tespiti yapılmış olmakta ve tekraren bir araştırma yoluna

gidilmemektedir, varsa sürekli mağduriyet, çekilen elem ve ızdırap ile maddi kayıpların tespiti yapılıp tazminat boyutu irdelenmekte ve hüküm altına alınmaktadır.

Hasta ile hekim ilişkisinde hekimin, görevini yerine getirirken hastaya vermiş olduğu zararlar bağlamında, Türk hukukunda iki temel borç kaynağı mevcuttur. Bunlar sözleşmeden doğan sorumluluk ve haksız fiil sorumluluğudur. Daha öncede belirttiğimiz üzere, Türk hukukunun hem teori hem de uygulama boyutunda hekim ile hasta arasındaki ilişkiden doğan sorumluluk sözleşmesel sorumluluk bağlamında değerlendirilmektedir(173,175,180,181). Hukuki sorumluluğu düzenleyen Borçlar Kanunu'nda hasta hekim arası özel bir ilişki türü olarak nitelenmemiş ve bu ilişki genel hüküm olan diğer sözleşmeler hakkındaki kanun hükümlerine tabi olmayan borç ilişkileri vekalet sözleşmesi hükümlerine tabidir, ifadesinden yola çıkılarak vekalet sözleşmesinin esaslarına göre irdelenmiştir(182,183). Bu çerçevede, hasta hekime teşhis ve tedavisini gerçekleştirmesi için başvurduğu ve hekimin de hasta ile meşgul olduğu anda, yazılı şekil şartına tabi olmayan vekalet akdi iki taraf arasında kurulmuş sayılaşmaktadır. Bu ilişki hem hastaya hem de vekaleten yürütülmesi istenen teşhis ve tedavi işlemleri bağlamında belirli esaslar altında hekime sorumluluklar ve borçlar yüklemektedir. Dikkat edilmesi gereken husus hekimin sadece teşhis ve tedavi görevini üstlendiğidir, nitekim vekil işin başarıyla tamamlanmasından sorumlu değildir. Hekimin hastayla meşgul olması ile beraber, devreye tıbbi gereklilikler ve hekimlik meslek kuralları girmektedir. Hekim işini yerine getirirken bu iki unsur etrafında hareket etmelidir. Defansif tıbbi uygumlalar açısından da gözetilecek en büyük unsur buradan ortaya çıkmaktadır. Yapılan uygulamanın ne kadar tıbba uygun olduğu ve vekil olan hekimin mesleki ilkelere ne kadar uyduğu sorumluluğun araştırılmasında kıstas olmaktadır(185,186,187).

Defansif tıbbi uygulamalarda, hekim hasta arası ilişkide sorumluluk hukuku içersinde vekalet akdi hükümlerine göre yorumlanacaktır. Burada hekimin sorumluluğu için, hastası ile arasında var olan sözleşmeye aykırı bir hareketi, bu hareketin kusur içermesi, hastada maddi ya da manevi bir zararın oluşması ve oluşan zarar ile hekimin sözleşmeye aykırı hareketi arasında uygun illiyet bağı bulunmalıdır(195,199). Hekimin kusuru ise objektif bir kusur türüdür, yani hekim aynı konumdaki bir başka hekimin aynı koşullarda yapması gereken hareketi yapmalıdır(198). Burada devreye tıbbın gerekleri, hasta ve hastalığın durumu karşısında uygulanması gereken prosedür ve meslek etik kuralları bir nevi hukuki kurallar olarak girmektedir(134).

Defansif tıbbi uygulamaların icrası bir nevi hekimin kendisini yasal anlamda garanti altına alma refleksini içermektedir. Vekilin sorumluluktan uzaklaşmak için kendine göre bazı tedbirleri almaya çalışması ya da alması doğaldır, ancak bu tedbirleri alırken vekil müvekkil ilişkisi içersinde haklarını gözetmesi gereken müvekkilinin zarara uğraması ya da zarara uğrayacak konuma gelmesi, bu hareket tarzıyla aradaki ilişkinin unsurlarına ve gereklerine zarar verecek, esas amaçtan sapılmasına sebep olacaktır(192,193,194). Pozitif defansif tıbbi davranışlardan olan, kayıtları daha detaylı tutma ve hastayı ayrıntılı bir şekilde bilgilendirme yapma, vekalet sözleşmesi içerisinde en fazla hekimin işini daha titiz ve ayrıntılı bir şekilde yaptığını gösterecektir. Bu davranışla hekimin hasta üzerinde zarara yol açma ihtimali yoktur, ayrıca ilişkinin temel mantığı dahilinde de herhangi bir aykırılık yaratmayacaktır. Bu sebeple bu iki davranış hasta hakları, cezai sorumluluk irdelemesi yapılırken değerlendirme dışı tutulduğu gibi hukuki sorumluluk çerçevesinde de değerlendirme dışı tutmak gerekmektedir.

Öncelikle ifade etmek gerekir ki, hekim defansif tıbbi uygulama ile tıbbın gereklerini aşmış ise, ya da asgaride vekil olarak hastasının ihtiyaçlarından ziyade sözleşme dışı sayılacak kendi önceliklerini gözetmişse, aradaki vekalet sözleşmesine aykırı davranmış olacaktır(194). Hastanın ise tazmini bir talepte bulunması için sözleşmeye aykırı davranışların neticesinde maddi ya da manevi zarara uğramış olması gerekmektedir(190). Nitekim Türk hukukunda talepte bulunanın tazminata hak edebilmesi için maddi ya da manevi bir zarar uğraması gerekmekte ve ancak o zarar nispetinde tazminata karar verilebilecektir(270). Pozitif defansif tıbbi uygulamalardan olan, fazladan tetkik istemek ve fazladan ilaç yazmak işlemlerinde hekim ilk etapta hastasını tıbben gerekli olmamasına rağmen bu davranışları uygulayarak ek bir mali külfet altına sokmaktaysa müvekkilinin maddi menfaatlerini gözetme yükümlülüğünü yerine getirmemiş sayılmaktadır. Hekimin maddi sorumluluğunun sınırı hastasının uğramış olduğu maddi kayıp kadar olacaktır, bu doğrudan zarar kavramı içersine girmektedir. Hastanın bu iki davranış neticesinde, vücut bütünlüğü bozulmuşsa mesela, ilacın fazladan yazılması tıbben beklenebilecek ve öngörülebilecek bir komplikasyona yol açmışsa, hasta bu komplikasyon neticesinde fiziksel zarara uğramışsa ve bu zarar aynı zamanda beraberinde iş gücü kaybı, sürekli sakatlık gibi dolaylı sonuçları beraberinde getirmişse hekim bu zararlardan da maddi ve aynı zamanda duyulan acıdan dolayı manevi açıdan sorumlu olacaktır(271). Fazladan tetkik istenmesinde zarar kavramı en belirgin olarak girişimsel müdahalelerde ve biyopsi gibi cerrahi müdahalelerde olacaktır. Burada ise yine hastanın

gereksiz yere gerçekleştirilen misal olarak biyopsi nedeniyle uğramış olduğu iş gücü kaybı, vücut bütünlüğünün ihlali ile duyduğu elem ve ızdırabın miktarına göre tazminata hükmedilebilecektir. Tıbben gerekmediği halde fazladan konsültasyon istenmesi durumunda ise, hastanın vücut bütünlüğü açısından herhangi bir zarara uğrama imkanı yoktur, burada hasta ancak konsültasyon işlemi nedeni ile maddi bir kayba yani gereksiz yere ekstradan ücret ödemek zorunda kalabilecektir(271). Eğer bu durum dava konusu edilirse, tıbben hiçbir faydası olmadığı halde uygulanan konsültasyonun ücretinin tazmini hekimden yapılabilecektir.

Pozitif uygulamalardan olan, endikasyonsuz hasta yatırma işleminde de hastanın uğrayacağı zarar genellikle ekonomik olacaktır. Hastadan tıbben gerekmediği halde hastaneye yatışı istendiği takdirde, hastanın hem hastane masrafları, hem de yatış süresince uğramış olduğu iş kaybı tazminat dahilinde değerlendirilebilecektir(271). Gerek olmadığı halde fazladan başvurulan görüntüleme tekniklerinde ise, vücut bütünlüğünün zarara uğraması ihtimalinin net ve yakın tehlike içerdiğinin ispatı günümüz şartlarında mümkün olmadığını daha önceki bölümlerde ifade etmiştik, bu meyanda vücut bütünlüğüne gelebilecek zararın ispatının zorluğu nedeni ile bu çerçevedeki zararlar açısından bir değerlendirme yapmak şu an itibariyle zordur. Bununla beraber, ek görüntüleme tekniklerinin istenmesi ve hastanın bunları yerine getirmesi durumunda da aynı şekilde hasta hem ekonomik hem de belli nispetlerde zamansal açıdan zarara uğrayabilecektir. Söz konusu işlemin tıbbın gereklerine aykırı olarak ve fazladan gerçekleştirildiğinin ispatı da maddi tazminat bağlamında etken olabilecektir. Kolonoskopi gibi bazı görüntüleme teknikleri ise hasta açısında elem ve ızdıraba sebebiyet verebilecektir. Bu tür girişimsel görüntüleme tekniklerinin gereksiz kullanımı neticesinde hasta manevi yönden zarar uğradığı iddiasıyla manevi tazminat talebinde bulunabilecektir(272). Tüm bu uygulamalarda, neticenin tazminat olabilmesi için hekim vekillik görevinin gereklerinin dışına çıkmalıdır, tabii ki hekimler kimi zaman yüzde birlik olsa dahi ihtimalleri göz önüne alıp hareket etmek durumunda olabilirler, ancak böyle bir ihtimalde de hastasının açık ve net onayını almak zorundadır. Nitekim onayın hekimin uygulama amacıyla örtüşür bir biçimde alınmaması da vekillik görevinin tam olarak yerine getirilmediği ihtimalini gündeme getirecektir.

Kaçınma refleksini yansıtan negatif defansif tıbbi uygulamalardan olan, agresif ve şikayetçi olma ihtimali yüksek olan hasta ve hasta yakınlarından kaçınma davranışında,

hukuki sorumluluk duruma göre değişkenlik göstermektedir. Hastaların hekimlerini seçme özgürlüğü olduğu gibi, hekimlerin de kimi durumlarda hastaya bakmama hakkına sahiptir. Nitekim hekimin hasta ile arasında olan uyuşmazlık ya da iletişim problemi hem hasta açısından teşhis ve tedavinin başarısı hem de hekim açısından görevini daha sağlıklı yerine getirmesi çerçevesinde önem taşımaktadır(110). Fakat her zaman ve her koşulda söz konusu özgürlüğün uygulanma imkanı mevcut değildir. Özellikle acil vakalarda ve kimi durumlarda kamusal hastanelerde hekimin bu yönde bir tasarruf yetkisi yoktur(266). Bununla beraber hastanın durumun stabil olması, hekim ile aynı yeterlilikte olan bir başka hekimin varlığı ya da hastayı zarara uğratmayacak bir zaman zarfında başka hekime ulaşma imkanı dahilinde hekim de tercih hakkını kullanabilecektir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 18 ve 19. Maddesine göre hekimin hastaya bakmaktan kaçınması nedeniyle hastanın hiçbir zarara uğramaması ve hekimin gerçekten görevini yerine getiremeyecek bir duruma itilmesi, hekimin tercih hakkını kullanarak ve bunu hastaya bildirerek hastaya bakmaktan kaçınmasına imkan vermektedir. Fakat tersi durumda yani, hastanın bu kaçınma ile zarara uğraması durumunda hekimin hukuki sorumluluğu başlayacaktır. Riskli hastaların sevki ve karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçınma davranışında, hastanın zarara uğraması ihtimali aynı şekilde değerlendirilecektir. Hekimin riskli hastayı bir başka kuruma sevk etmesi ancak tıbbi gereklilikler paralelinde olmalıdır. Hekim tıbbi bilgi ve becerisi ile imkanları dahilinde hastaya bakmakla mükelleftir. Karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçınma davranışında da yine hastanın zarara uğramaması ve bir başka hekimin derhal işi üstlenmesi ile zararsız bir şekilde atlatılırsa hekime hukuki sorumluluk bağlamında atfedilecek bir kusur bulmak güç olacaktır. Kaldı ki bu çerçevede ortada hekimin göreceli bir tercih yaptığı ortadadır, hekim bir şekilde hastaya yardım edemeyeceğini düşünmekte ya da çıkacak neticeden emin değildir. Objektif anlamda hekimin bakmaya ehil olduğu ispatlansa dahi bu seferde hastanın zarara uğrayıp uğramadığı yani hekimin görevini yerine getirmemesi ile hastada oluşan zarar karşılaştırılacaktır(182,183). Komplikasyon ihtimali yüksek tedavi yöntemleri açısından ise bunun yerine tercih edilen tedavi yöntemi ve o yöntemin neticesi ile kaçınılan yöntemin neticesi arasında bir karşılaştırma yapılacaktır. Bu çerçevede hastanın zararı ile hekimin tercihinin arasındaki nedensellik bağına göre hukuki sorumluluğa karar verilecektir. Nitekim hekimin üzerinde bulunan yükümlülüklerden bir tanesi de en uygun tedaviyi seçme ve bu bağlamda hastasını aydınlatarak müdahalede bulunmaktır.

Yukarıda bahsettiğimiz durumların özel hastanede gerçekleşmesi, hekim ile hasta arasına bir başka aktör olan özel hastanenin girmesine sebep olmaktadır. Hasta sağlık hizmeti almak için özel hastanedeki hekime değil, özel hastanenin bizzat kendisine başvurmaktadır. Bu çerçevede hastane ile hasta arasında hastaneye kabul sözleşmesi kurulmaktadır. Bundan sonra hekim bir ifa yardımcısı konumuna geçmekte ve BK. 100. madde gereği asli muhatap hastane olmaktadır(87,266). Hekimin şahsi sorumluluğuna başvurmak mümkünse de hastane, istihdam edenin sorumluluğu kapsamında hekimin sorumluluğunu üstlenmektedir(87). Kamu hastaneleri için ise, hastaneye başvuran hasta ile hastane arasında idare hukuku kurallarının amir olduğu bir ilişki doğmaktadır. 2001 ve 2007 yıllarında çıkan Yargıtay Hukuk genel Kurulu kararları, bu ilişkinin hekim ile hasta arasında kimi zaman değişiklik göstereceğini, hekimin dikkat, özen ve bilgi eksikliği nedeni ile hastaya vermiş olduğu zararlardan özel hukuk ilişkisi çerçevesinde (vekalet akdi) sorumlu olacağı yönünde bir karar vermiş ve malpraktis iddiaları içeren davaların doğrudan hekime yöneltilebileceği ifade edilmiştir(273). Devam eden süreçte mesleki mesuliyet sigortasının da tüm hekimler için zorunlu hale gelmesi ile idare tazminat iddialarında üstünde bulunan yükü bir nevi atmış ve riski paylaştırmıştır(266).

3 MATERYAL ve METOD

Çalışmamızda hekimlerin defansif tıbbi uygulamalar bağlamında ne tür davranışsal özellikle gösterdikleri, bu uygulamaların hangi yaş aralıklarında, hangi uzmanlık dallarında ve hangi cinsiyetler arasında ne yoğunlukta görüldüğünün tespiti esas olarak amaçlanmıştır. Bu çerçevede hızlı ve daha fazla deneğe uygulanabilir olan ve literatürde de yoğun olarak başvurulan anket vasıtasıyla bilgi toplama tekniği yöntem olarak uygulanmıştır. Anket soruları hazırlanırken ulusal ve uluslararası literatürde defansif tıbbi uygulamaların tespitinde olumlu sonuçlar verdiği görülen genel soru tiplerinden faydalanılmış, günümüz ve yerel şartlara uyarlanarak soru tipleri hazırlanmıştır(216,224).

Hedef kitle olarak hasta ile birebir hasta hekim ilişkisi içerisinde bulunan, ulusal ve uluslararası literatürde uzmanlık alanları gereği dava edilme riski yüksek görülen, Beyin cerrahi, Jinekoloji ve Obstetrik, Ortopedi, Anestezi, Genel cerrahi, Acil Tıp (pratisyen), İç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzmanı olan hekimler seçilmiş bunun yanında riski daha düşük olarak görülen Kulak burun Boğaz ve Üroloji uzmanları da anket uygulanacak hedef kitle arasına alınmıştır(224). Anket çalışması uygulanmadan önce hedef kitle arasında bulunan 10 uzman hekimle ön çalışma yapılmıştır. Bu çalışma neticesinde hekimlerin defansif tıbbi uygulamalar kavramına nispeten uzak oldukları tespit edilerek anket çalışması uygulanmadan önce, hekimleri bilgilendirmeyi amaçlayan ufak bir bilgi notu verilmiştir. Ön çalışmada sorularla ilgili herhangi bir olumsuzluk çıkmaması nedeniyle sorular ana çalışmada aynen muhafaza edilmiş ve ortalama cevaplama süresinin on dakika olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmada evvela ankete katılan hekimlerin sosyodemografik yapılarını tespit amaçlı sorular yöneltilmiştir. Risk gurubu olarak belirlenen uzmanlık dallarına şıklar açılmış ve diğer uzmanların uzmanlık alanlarını elle yazmaları tercih edilmiştir. Çalışmanın ana amacı bağlamında 10 adet negatif ve pozitif defansif tıbbi uygulamaları ölçme amaçlı soru sorulmuştur (18-28. sorular arası). Tez çalışmasının ilk kısmında da belirttiğimiz üzere sağlık hukuku ve unsurlarının tartışılması ulusal bağlamda köklü bir maziye sahip değildir. Dolayısıyla sağlık hukukuna ve temel konularına hekimlerin bakış açısını tespit amaçlı yardımcı sorular da eklenmiştir.

Çekinilen ya da kaygı duyulan olgunun ne olduğunu bilmek duyulan korkuyu yenmenin en büyük anahtarıdır ilkesinden yola çıkılarak, Tıp Fakültelerinde tek başına bir ders olarak

okutulmayan hukuki konularda hekimlerin, hastaneler ya da meslek örgütü tarafından yeterince bilinçlendirildiklerine inanıp inanmadıkları konusunda iki adet soru sorulmuştur. Özellikle ülkemizin sağlık hizmetleri organizasyonunda en büyük sorunsallarından olan çalışma saatlerinin yoğunluğu, muayene edilen hasta sayısının çokluğu ve tıbbi araçların yetersizliğinin malpraktise yol açıp açmayacağı hekim gözünden 9, 10, ve 11. sorularla tespit edilmeye çalışılmıştır. Karşılaştırma imkanını sağlaması bakımından, hekimlerin dava edilme oranlarının tespiti 12, 13, 14 ve 15. sorular vasıtasıyla amaçlanmıştır. Bizce anket çalışmasının en önemli yan sorularından ikisi de, hekimlerin mesleğe bakış açılarını ve memnuniyetlerini ölçmeyi amaçlayan 16. ve 17. sorulardır. Nitekim uluslararası çalışmalar tıbbi uygulama hatası iddiaları içeren davaların ve buna bağlı sorunların hekimlerde mesleki yıpranmaya neden olduğunu ifade etmektedir(220,224,230,240). Geri kalan sorularda hekimlerin hasta hakları ve bağlantılı unsurlara bakış açıları, tıbbi uygulama hatası iddiaları içeren davalarda yasal bilirkişilik kurumları olan Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu'na karşı duydukları güvenin derecesi, sağlık hukukunun hasta hekim ilişkisinde sık başvurulan güncel ve pratik hukuki bilgilere hakim olup olmadıkları, zorunlu mesleki mesuliyet sigortasına yönelik düşünceleri ve 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'ndaki sorumluluk hükümleri ile özel bir malpraktis yasasına karşı bakış açıları tespit edilmeye çalışılmıştır.

Soru şıkları hazırlanırken Likert tipi durum ölçer yöntemi dikkate alınmıştır. Hazırlanan yanıtlarda evet ve hayır gibi birbirine uç iki yanıt konulmuş bu yanıtlarda da uygulamaya başvurmanın da sıklıklarını ölçebilecek ve sonrasında birbirine çok yakın şıkların ayrıştırma yöntemi uygulanması gerektiğinde revizyona imkan verecek şekilde olmasına dikkat edilmiştir. Şıklarda yer alan olumlu olumsuz ayrımını sağlayan kesinlikle evet, evet, kesinlikle hayır ve hayır şıklarında da aynı yöntem uygulanmıştır. İş bu yöntem vasıtasıyla uygulamaların gerçekleştirilme sıklığının tespitine olanak sağlanmıştır. İstatistiksel analizde ise ki-kare testi kullanılarak ki-kare ve p analiz tablolarında gösterilmiştir. Ki-kare testi için p küçüktür 0,05 olması anlamlı olarak addedilmiştir.

Anket çalışmasının uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü etik kurulundan onay alınmış ayrıca yine çalışmayı İstanbul'daki kamu hastanelerinde uygulayabilmek için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden onay alınmıştır. Çalışma 08.10.2010-08.02.2011 tarihleri arasında, Okmeydanı E.A.H., Taksim İlk Yardım E.A.H., Şişli Etfal E.A.H., Haseki E.A.H., Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi E.A.H., Zeynep

Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E.A.H., Haydarpaşa Numune E.A.H., Özel Avrupa Hastanesi, Özel JFK Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada profesyonel anketörlük kurallarına riayet edilmiş ve çalışma yürütücüsü olarak tek anketör tez sahibi olmuştur. Anketlerin hepsi hekimlerle yüz yüze görüşülerek uygulanmış, ayrıca hekimlerden gelen harici sorular not alınmıştır.

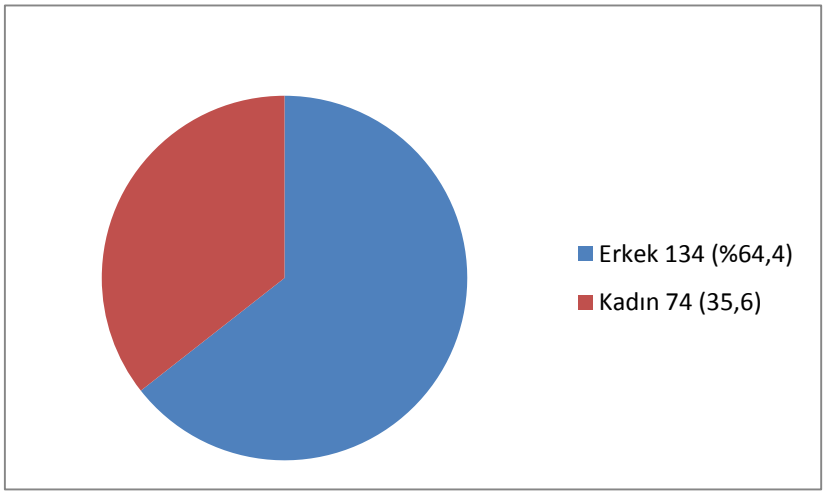
Anketi dolduran hekimlerin neredeyse hepsi anket ve çalışma ile ilgili görüş bildirmiş ve anketörün hukukçu olduğunu öğrenen hekimlerin tamamı konu ile ilgili hukuki sorular yöneltmiştir. Uygulama öncesi her ne kadar 1000 hekimde anketin uygulanması hedeflendiyse de, hastanelerin yoğunluğu, hekimlerin zaman darlığı ve hekimlerin klinikte hasta ile birlikte oluşu bu hedefin 208'de kalmasına neden olmuştur. Anket uygulaması öncesi yapılan bildirim neticesinde 23 uzman hekim anketi doldurmayı herhangi bir neden ileri sürmeden reddetmiş, ayrıca 19 hekim de bilgilendirme dahi yapılmasını reddederek anketi doldurmamıştır. Toplamda başvurulan 42 hekim anketi doldurmamıştır. Bu manada anketlerin doldurulma oranı %83,2 olmuştur. Anketi doldurmaya başlayan hekimlerden ise yarıda bırakan olmamıştır. Bununla beraber başvurulan hastane başhekimlerinden çalışma yapılmasını reddeden ya da ek başka veriler isteyen olmamıştır. Çalışma öncesinde ilgili klinik şeflerinden de nezaketen izin alınmış, çalışma yapılacak klinikteki hekimlerin sayı ve isimleri de klinik şeflerinden temin edilmiştir. Klinik şeflerinden ise 3 tanesi dışında hepsi çalışmaya katılmıştır. Çalışma hekimler dinlenme esnasında odalarında ya da hekim dinlenme odalarında iken gerçekleştirilmiş muayene odalarına girilmemiştir. Hesaplamalar ve istatistikler Microsoft Office Excel 2007, SPSS 16,0 for Windows bilgisayar programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

4 BULGULAR

Tablo 1: Katılımcıların 10'luk yaş gruplarına dağılımı.

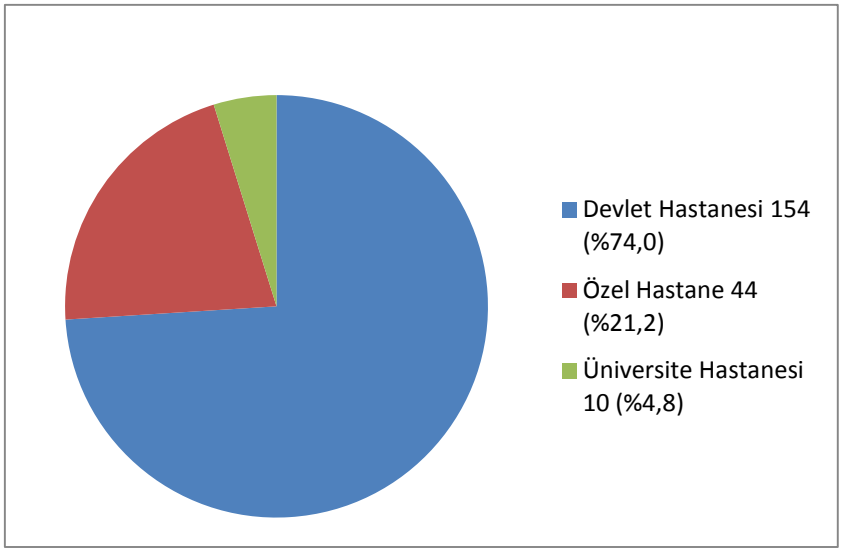
Yaş Aralığı	**N**	**%**
25-34	32	15,4
34-44	91	43,8
45-54	60	28,8
54-65	20	9,6
65-75	5	2,4
Toplam	208	100,0

Tezimize mesnet anket çalışmasına toplam 208 hekim katılmıştır. Katılımcı hekimlerin tamamı yaşını bildirmiştir. Erkek hekimlerin en küçüğü 25, kadın hekimlerin en küçüğü ise 27 yaşındadır. En büyük erkek hekim 75, en büyük kadın hekim ise 64 yaşındadır. Tüm hekimlerin yaş ortalaması 43,54 yıl olup 10'luk guruplara ayırma yöntemi uygulandığında en çok katılım 91 kişi (%43,8) ile 35-44 yaş arasıdır. En yüksek yaş gurubu olan 65-75 yaş arasında ise 5 (%2,4) hekim anketi cevaplamıştır.



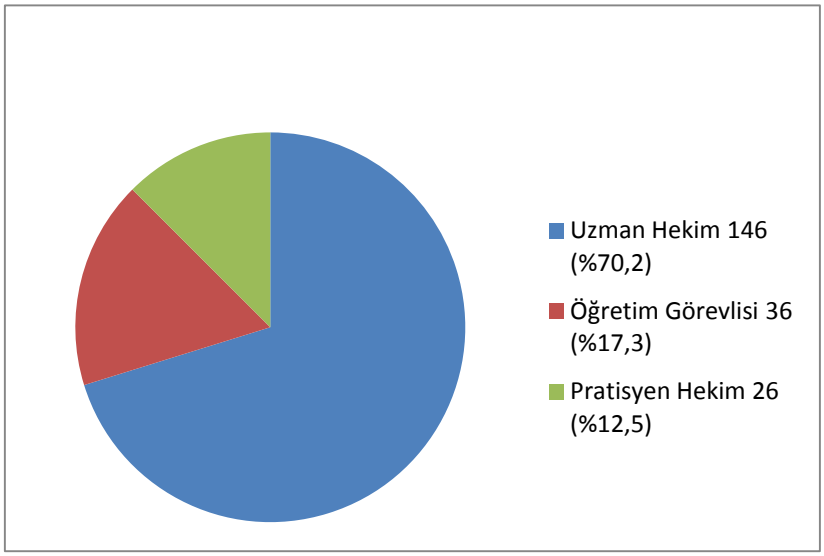
Grafik 1: Katılımcıların cinsiyetlere göre dağılımı.

Çalışmaya katılan hekimlerin tamamı cinsiyet bildirmiştir. Bu çerçevede en yüksek katılım 134 (%64,4) ile erkek hekimler olmuştur.



Grafik 2: Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı.

Hekimlerin görev yaptığı kurum bağlamında şıklara, özel hastane, devlet hastanesi ve üniversite hastanesi olmak üzere üç adet kurum tanımlanmıştır. Bu çerçevede 1. sırada 154 (%74) hekimle devlet hastaneleri, 2. sırada 44 (%21,2) hekimle özel hastaneler ve son sırada 10 (%4,8) hekimle üniversite hastanelerinden katılım olmuştur. Çalıştığı kurumu bildirmeyen hekim olmamıştır.



Grafik 3: Katılımcıların görev unvanlarına göre dağılımı.

Hekimlerin unvanları bağlamında dağılım ise, 146 (%70,2) uzman hekim, 36 (%17,3) öğretim görevlisi ve 26 (%12,5) pratisyen hekim anketi cevaplamıştır. Katılımcı hekimlerden görev unvanını bildirmeyen hekim olmamıştır.

Tablo 2: Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımı.

Uzmanlık Alanı	**N**	**%**
Beyin Cerrahi	25	12,0
Jinekoloji ve Obstetrik	25	12,0
Ortopedi	20	9,6
Anestezi	10	4,8
Genel Cerrahi	18	8,7
İç Hastalıkları	28	13,5
Çocuk Hastalıkları	20	9,6
Acil Tıp (Pratisyen)	26	12,5
Üroloji	20	9,6
Kulak Burun Boğaz	16	7,7
Toplam	208	100,0

Anket çalışmasında, daha öncede belirttiğimiz üzere ulusal ve uluslararası literatürde risk gurubu olarak algılanan uzmanlık alanlarına şıklar açılmış, ayrıca herhangi bir çalışmada risk gurubu olarak nitelendirilmeyen üroloji ve kulak burun boğaz uzmanlarının ise uzmanlık alanlarını elle yazmaları istenmiştir. Çalışmaya katılan pratisyen hekimler, hastanelerin acil servislerinde çalışmakta olan hekimler olup acil tıp kategorisinde değerlendirilmiştir. Çalışmaya en çok katılım gösteren 28 (%13,5) hekimle iç hastalıkları, en az katılım ise 10 (%4,8) hekimle ile anestezi uzmanları olmuştur. Hekimlerden uzmanlık alanını bildirmeyen olmamıştır.

Tablo 3: Hekimlerin meslek icrası esnasında karşılaşabilecekleri hukuki problemlerle ilgili bilgi kaynaklarının (meslek örgütü ve çalışılan kurum) sorgulandığı sorulara verilen yanıtların dağılımı.

Cevaplar	Mesleğinizi uygularken karşılaşabileceğiniz hukuki problemlere ilgili			
	Meslek örgütü tarafından yeterince bilgilendirildiğinize inanıyor musunuz?		Çalıştığınız kurum tarafından yeterince bilgilendirildiğinize inanıyor musunuz?	
	N	**%**	**N**	**%**
Kesinlikle evet	2	1,0	0	0,0
Evet	28	13,5	16	7,7
Kararsızım	38	18,3	26	12,5
Hayır	106	51,0	125	60,1
Kesinlikle hayır	34	16,3	41	19,7
Toplam	208	100,0	208	100,0

Mesleğinizi uygularken karşılaşabileceğiniz hukuki problemlerle ilgili, meslek örgütü tarafından yeterince bilgilendirildiğinize inanıyor musunuz? Sorusuna hekimlerin 2'si (%1) kesinlikle evet, cevabını verirken, 106 (%51,0) hekim hayır cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımızda hekimlerin 30'u (%14,5) evet ve kesinlikle evet, 140'ı (%67,3) hayır ve kesinlikle hayır cevabını vermiştir.

Mesleğinizi uygularken karşılaşabileceğiniz hukuki problemlerle ilgili, çalıştığınız kurum tarafından yeterince bilgilendirildiğinize inanıyor musunuz? Sorusuna kesinlikle evet cevabı

veren hekim olmamıştır. Hekimlerin 125'i (%60,1) hayır ve 41'i (%19,7) kesinlikle hayır cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımızda, evet diyen hekimlerin sayısı 16 (%7,7), hayır ve kesinlikle hayır diyen hekimlerin sayısı ise 166'dır (%79,8).

Tablo 4: Mesleğinizi uygularken karşılaşabileceğiniz hukuki problemlerle ilgili, çalıştığınız kurum tarafından yeterince bilgilendirildiğinize inanıyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların kurumlara göre dağılımı.

Cevaplar	Devlet Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Özel Hastane	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Kesinlikle evet & Evet	9	5,8	1	10,0	6	13,6
Kararsızım	16	10,4	3	30,0	7	15,9
Kesinlikle hayır & Hayır	129	83,8	6	60,0	31	70,5
Toplam	144	100,0	10	100,0	44	100,0

Kurumsal bilgilendirmenin varlığının sorgulandığı soruya devlet hastanesinde çalışan hekimlerin 129'u (%83,8), özel hastanede çalışan hekimlerin 31'i (%70,5) ve üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin ise 6'sı (%60,0) kesinlikle hayır ve hayır cevabını vermiştir.

Tablo 5: Tıbbi uygulama hatası iddialarına yol açan nedenlerin sorgulandığı sorulara verilen yanıtların dağılımı.

Cevaplar	Haftalık çalışma saatlerinin yoğunluğu		Muayene edilen hasta sayısının çokluğu		Tanı ve tedavide yardımcı tıbbi araçların yetersizliği	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Kesinlikle evet	106	51,0	115	55,3	110	52,9
Evet	82	39,4	82	39,4	87	41,8
Kararsızım	7	3,4	0	0,0	7	3,4
Hayır	11	5,3	10	4,8	3	1,4
Kesinlikle hayır	2	1,0	1	0,5	1	0,5
Toplam	208	100,0	208	100,0	208	100,0

Tıbbi uygulama hatası iddiasına yol açan nedenlerin sorgulandığı sorulara verilen cevapları ayrıştırma yöntemi uygulayarak değerlendirdiğimiz takdirde; *Haftalık çalışma saatlerinin yoğunluğu tıbbi uygulama hatasına yol açar mı?* Sorusuna hekimlerin 188'i (%90,4) evet ve kesinlikle evet, 13'ü (%6,3) hayır ve kesinlikle hayır cevabını vermiştir. *Muayene edilen hasta sayısının çokluğu tıbbi uygulama hatasına yol açar mı?* Sorusuna 197 (%94,7) hekim kesinlikle evet ve evet, 11 (%5,3) hekim kesinlikle hayır ve hayır cevabını vermiştir. *Tanı ve tedavide yardımcı tıbbi araçların yetersizliği tıbbi uygulama hatasına yol açar mı?* Sorusuna hekimlerin 197'si (%94,7) kesinlikle evet ve evet cevabını verirken, 4'ü (%1,9) hayır ve kesinlikle hayır cevabını vermiştir.

Tablo 6: Hekimler aleyhine tıbbi uygulama hatası iddialarında artış olup olmadığı konusunda katılımcıların yaklaşımı.

Cevaplar	**N**	**%**
Kesinlikle Evet	100	48,1
Evet	80	38,5
Kararsızım	27	13,0
Hayır	1	0,5
Kesinlikle Hayır	0	0
Toplam	208	100,0

Hekimler aleyhine tıbbi uygulama hatası iddialarında artış olmuş mudur? Sorusuna hekimlerin 100'ü (%48,1) kesinlikle evet cevabını verirken 1'i (%0,5) hayır cevabını vermiştir. Hekimlerden kesinlikle hayır cevabını veren olmamıştır. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman, 180'i (%86,6) kesinlikle evet ve evet, 1'i (%0,5) hayır cevabını vermiştir.

Tablo 7: Kamu personeli hekimlere yöneltilen aleyhinize tıbbi uygulama hatası iddiasıyla idari soruşturma açıldı mı sorusuna verilen yanıtların dağılımı

Cevaplar	**N**	**%**
Hayır	126	76,8
Bir Defa	27	16,5
İki Defa	10	6,1
Üç Defa	0	0,0
Üçten fazla	1	0,6
Toplam	164	100,0

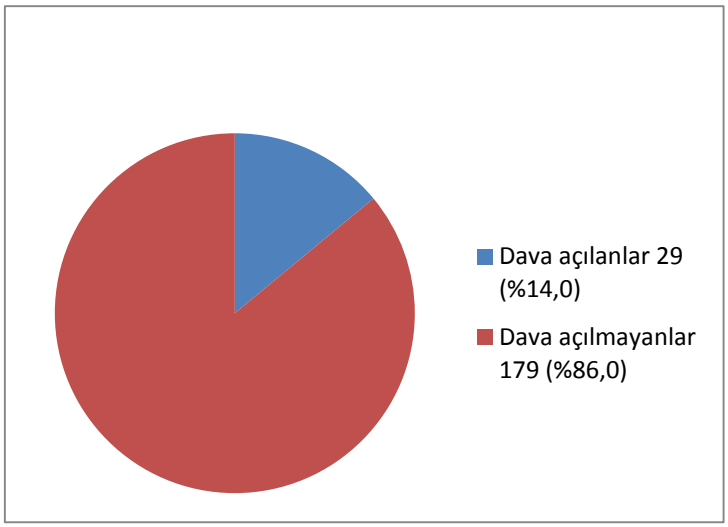
Tıbbi uygulama hatanız olduğu iddiası ile hakkınızda idari soruşturma açıldı mı? Sorusu kamuda hali hazırda aktif olarak hizmet veren hekimlere yöneltilmiştir. Bu bağlamda kamu çalışanı olan 164 hekim adı geçen soruya cevap vermiştir. Ayrıştırma yöntemi uygulandığı zaman 164 kamu çalışanı hekim arasından 38 (%23,2) hekime tıbbi uygulama hatası iddiasıyla idari soruşturma açılmıştır.

Tablo 8: Kamu personeli olan ve hakkında idari soruşturma açılan hekimlerle özel hastanelerde çalışan hekimlere karşı dava açılıp açılmadığını sorgulayan sorulara verilen cevapların dağılımı.

Cevaplar	Kamu hastanesinde çalışan hekimler		Özel hastanede çalışan hekimler	
	N	**%**	**N**	**%**
Hayır	22	57,9	31	70,4
Bir defa	14	36,8	9	20,4
İki defa	1	2,6	2	4,6
Üç defa	0	0,0	1	2,3
Üçten fazla	1	2,6	1	2,3
Toplam	38	100,0	44	100,0

Açılan soruşturma sonucunda muhakeme izini verildi mi? Sorusu ise 13. soruya hayır dışında cevap veren kamu çalışanı hekimlere yöneltilmiştir. Toplamda hakkında idari soruşturma açıldığını bildiren 38 hekim soruya yanı vermiştir. 38 hekim N olarak kabul edildiğinde, hekimlerin 22'si (%57,9) hayır, 14'ü (%36,8) bir defa, 1'i (%2,6) iki defa ve yine 1'i (%2,6) üçten fazla cevabını vermiştir. 38 hekimden 16'sı (%42,0) hakkında dava açılmış yani muhakeme izni verilmiştir. Parantez içerisinde belirtmek gerekirse kamu çalışanı 164 hekim arasında hakkında dava açılan hekim sayısı 16'dır (%9,7). Kamu hizmetinde çalışan ve haklarında dava açılan bu 16 hekimin 13'ü (%81,2) aynı zamanda hekimler aleyhine var olan tıbbi uygulama hatası iddiaları, açılan ceza ve tazminat davaları ile mevcut yasal düzenlemeler, meslek seçiminizi sorgulamanıza neden oldu mu? Sorusuna kesinlikle evet ve evet cevabını vermiştir. İdari soruşturma açılan ancak haklarında muhakeme izni verilmeyen 22 hekimin ise 16'sı (%72,7) bu soruya kesinlikle evet ve evet cevabını vermiştir.

Tıbbi uygulama hatanız olduğu iddiası ile hakkınızda dava açıldığı oldu mu? Sorusu ise özel sağlık kurumlarında görev yapan hekimlere yöneltilmiştir. Anket çalışmasına katılan 44 özel sağlık kurumunda görev yapan hekimin hepsi bu soruya cevap vermiştir. 44 hekim N olarak kabul edildiğinde, hekimlerin 31'i (%70,4) hayır, 9'u (%20,4) bir defa, 2'si (%4,6), 1'i (%2,3) üç defa ve yine 1'i (%2,3) üçten fazla cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemi uygulandığında 13 hekime karşı (%29,6) dava açılmıştır. Dava açılan hekimlerin ise 8'i (%61,5) hekimler aleyhine var olan tıbbi uygulama hatası iddiaları, açılan ceza ve tazminat davaları ile mevcut yasal düzenlemeler, meslek seçiminizi sorgulamanıza neden oldu mu? Sorusuna kesinlikle evet ve evet cevabını vermiştir.



Grafik 4: Katılımcı hekimler aleyhine dava açılma oranları.

Tablo 9: Aleyhine dava açılan hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre dağılımı.

	Devlet Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Özel Hastane		Toplam	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Aleyhine dava açılanlar	15	10,4	1	10,0	13	29,5	29	14,0
Aleyhine dava açılmayanlar	129	89,6	9	90,0	31	70,5	179	86,0
Toplam	144	100,0	10	100,0	44	100,0	208	100,0

Tablo 10: Aleyhine dava açılan hekimlerin görev unvanlarına göre dağılımı.

	Uzman		Pratisyen		Öğretim Görevlisi		Toplam	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Aleyhine dava açılanlar	25	17,1	0	0,0	4	11,1	29	14,0
Aleyhine dava açılmayanlar	121	82,9	26	100,0	32	89,9	179	86,0
Toplam	146	100,0	26	100,0	36	100,0	208	100,0

Tablo 11: Aleyhine dava açılan hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımı.

		Aleyhine dava açılanlar	Aleyhine dava açılmayanlar	Toplam
Beyin Cerrahi	**N**	8	17	25
	%	32,0	68,0	100,0%
Jinekoloji ve Obstetrik	**N**	8	17	25
	%	32,0	68,0	100,0%
Ortopedi	**N**	3	17	20
	%	15,0	85,0	100,0%
Anestezi	**N**	0	10	10
	%	0,0	100,0	100,0%
Genel Cerrahi	**N**	4	17	18
	%	22,2	77,8	100,0%
İç Hastalıkları	**N**	0	28	28
	%	0,0	100,0	100,0%
Çocuk Hastalıkları	**N**	3	17	20
	%	15,0	85,0	100,0%
Üroloji	**N**	2	18	20
	%	10,0	90,0	100,0%
KBB	**N**	1	15	16
	%	6,2	93,8	100,0%
Toplam	**N**	29	153	182
	%	15,9	84,1	100,0%

Anket çalışmasına katılan tüm hekimleri değerlendirdiğimizde 208 hekim arasından 29 (%14,0) hekime dava açılmıştır. Aleyhine dava açılan hekimlerin 15'i (%51,7) devlet hastanesi, 13'ü (%44,9) özel hastane ve 1'i (%3,4) üniversite hastanesi çalışanıdır. Unvanlara göre dava açılanların dağılımını incelediğimiz zaman ise, dava açılanların 25'i (%86,2) uzman hekim ve 4'ü (13,8) öğretim görevlisi olan hekimler olup, anket çalışmasına katılan pratisyen hekimler aleyhine herhangi bir dava açılmamıştır. Uzmanlık alanları içerisinde en çok dava açılan üç grup %27,6 ile Beyin Cerrahi ile Jinekoloji ve Obstetrik ve %13,8 ile genel cerrahi olmuştur. Anket çalışmasına katılan anestezi ve iç hastalıkları uzmanları aleyhine ise hiç dava açılmamıştır.

Tablo 12: Hekimlerin meslek ve uzmanlık alanlarına karşı memnuniyetlerini sorgulayan sorulara verilen yanıtların dağılımı.

Cevaplar	Hekimler aleyhine var olan tıbbi uygulama hatası iddiaları, açılan ceza ve tazminat davaları ile mevcut yasal düzenlemeler		Hekimlik uzmanlığınızın ilgi alanı (riskli ve komplikasyon ihtimali yüksek, hastalık ve tedavi türlerinin yoğunluğu)	
	Mesleki seçiminizi sorgulamanıza neden oldu mu?		Uzmanlık seçiminizi sorgulamanıza neden oldu mu?	
	N	**%**	**N**	**%**
Kesinlikle evet	58	27,9	44	24,1
Evet	69	33,2	62	34,1
Hayır	66	31,7	60	33,0
Kesinlikle hayır	15	7,2	16	8,8
Toplam	208	100,0	182	100,0

Tablo 13: Uzman hekimlerin uzmanlık alanları ile ilgili memnuniyetlerini sorgulayana soruya vermiş oldukları cevapların dağılımı.

		K.Evet&Evet	K.Hayır &Hayır	Toplam
Beyin Cerrahi	**N**	19	6	25
	%	76,0	24,0	100,0%
Jinekoloji ve Obstetrik	**N**	22	3	25
	%	88,0	12,0	100,0%
Ortopedi	**N**	8	12	20
	%	40,0	60,0	100,0%
Anestezi	**N**	6	4	10
	%	60,0	40,0	100,0%
Genel Cerrahi	**N**	6	12	18
	%	33,3	66,7	100,0%
İç Hastalıkları	**N**	12	15	28
	%	46,4	53,6	100,0%
Çocuk Hastalıkları	**N**	11	9	20
	%	55,0	45,0	100,0%
Üroloji	**N**	11	9	20
	%	55,0	45,0	100,0%
KBB	**N**	10	6	16
	%	62,5	37,5	100,0%
Total	**N**	106	76	182
	%	58,2	41,8	100,0%

Hekimler aleyhine var olan tıbbi uygulama hatası iddiaları, açılan ceza ve tazminat davaları ile mevcut yasal düzenlemeler, meslek seçiminizi sorgulamanıza neden oldu mu? Sorusuna hekimlerin, 58'i (%27,9) kesinlikle evet, cevabını verirken 15'i (%7,2) kesinlikle hayır cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman, kesinlikle evet ve evet cevabını veren hekim sayısı 127 (%61,1), kesinlikle hayır ve hayır cevabını veren hekim sayısı 81 (%39,9) olmuştur.

Hekimlik uzmanlığınızın ilgi alanı (riskli ve komplikasyon ihtimali yüksek, hastalık ve tedavi türlerinin yoğunluğu) uzmanlık seçiminizi sorgulamanıza neden oldu mu? Sorusu uzman hekimlere karşı yöneltilmiştir. Çalışmaya katılan 182 uzman hekimin hepsi adı geçen soruya yanıt vermiştir. Hekimlerin 62'si (%34,1) evet cevabını verirken, 16'sı (%8,8) hayır cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemi uygulandığı zaman 106 (%58,2) hekim kesinlikle evet ve evet, 76 hekim (%41,8) kesinlikle hayır ve hayır cevabını vermiştir. Uzmanlık alanları içersinde bir değerlendirme yapacak olursak, bu soruya jinekoloji ve Obstetrik uzmanlarının %88,0'i, beyin cerrahlarının %76,0'sı ve KBB uzmanlarının %62,5'i kesinlikle evet ve evet cevabını vererek uzmanlık alanlarını en çok sorgulayan gurup olmuştur. En az kesinlikle evet ve evet cevabını veren grup ise %33,3 ile genel cerrahi uzmanları olmuştur.

Tablo 14: Tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için hekimlerin tarafından başvurulan pozitif defansif tıbbi uygulamaların gerçekleştirilme sıkılık ve oranları.

Pozitif defansif tıbbi uygulamalar	Her zaman		Çoğu zaman		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman		Toplam	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Fazladan tetkik isteme	20	9,6	52	25,0	84	40,4	30	14,4	22	10,6	208	100,0
Fazladan ilaç yazma	7	3,4	28	13,5	59	28,4	45	21,6	69	33,1	208	100,0
Fazladan konsültasyon isteme	15	7,2	59	28,4	81	38,9	37	17,8	16	7,7	208	100,0
Endikasyonsuz hasta yatırma	5	2,4	21	10,3	45	22,1	58	28,4	75	36,8	204	100,0
Görüntüleme tekniklerini sık kullanma	37	17,8	50	24,0	65	31,2	40	19,2	16	7,7	208	100,0
Kayıtları daha detaylı tutma	85	40,9	87	41,8	22	10,6	7	3,4	7	3,4	208	100,0
Ayrıntılı bilgilendirme yapma	98	47,1	84	40,4	14	6,7	8	3,8	4	1,9	208	100,0

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu? Sorusuna hekimlerin, 52'si (%25,0) çoğu zaman ve 84'ü (%40,4) bazen cevabını

vermiştir. Ayrıştırma yöntemi uygulandığı zaman, 72 (%34,6) hekim her zaman ve çoğu zaman, 114 (%54,8) hekim bazen ve nadiren cevaplarını vermiştir.

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu, sorusuna her zaman ve çoğuz zaman cevabı, devlet hastanesinde çalışanlarda, üniversite hastanesi ve özel hastaneler göre, mesleki seçimini sorgulayanlarda, sorgulamayanlara göre, hasta haklarını olumsuz bulanlarda bulmayanlara göre ve TCK'nın aleyhte olduğunu düşünenlerde düşünmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Yaş, çalışma yılı, cinsiyet, unvan, aleyhte dava açılma, sigortalılık ve Adli Tıp Kurumuna güven çerçevesinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır(Tablo-14A). Uzmanlık alanlarında ise, Üroloji %50, Kulak Burun Boğaz %43,8, Beyin Cerrahi %40 ve Anestezi uzmanları %40'lık oranla en fazla her zaman çoğu zaman cevabını veren gurup olmuştur(Tablo-22).

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu? Sorusuna hekimlerin 7'si (%3,4) her zaman cevabını verirken, 69'u (%33,1) hiçbir zaman cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemi uygulandığı zaman, 35 (%16,9) her zaman ve çoğu zaman, 104'ü (%50) bazen ve nadiren cevabını vermiştir.

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu, sorusuna her zaman ve çoğu zaman cevabı, mesleki seçimini sorgulayanlarda sorgulamayanlara göre, hasta haklarını olumsuz bulanlarda olumsuz bulmayanlara göre ve TCK'nın aleyhte olduğunu düşünenlerde aleyhte olmadığını düşünenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. Bununla beraber, 40 yaş altı hekimlerde 40 yaş üstü hekimlere göre ve 15 yıl altı çalışma süresine sahip hekimlerde 15 yıl üstü çalışma süresine sahip hekimlere göre bu davranışın uygulanması istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu. Çalışılan kurum, unvan, aleyhte dava açılma, sigortalılık ve Adli Tıp Kurumu'na güven çerçevesinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır(Tablo-14B). Uzmanlık alanlarında ise, Üroloji %40, Jinekoloji ve Obstetrik %20, Anestezi %20 ve Ortopedi uzmanları %20'lik oranla en fazla her zaman çoğu zaman cevabını veren grup olmuştur(Tablo-22).

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu? Sorusuna hekimlerin 15'i (%7,2) her zaman, 59'u (%28,4) çoğu zaman ve 81'i (%38,9) bazen vermiştir. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman hekimlerin 74'ü (%35,6) her zaman ve çoğu zaman, 118'i (%56,7) ise bazen ve nadiren cevabını vermiştir.

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu, sorusuna her zaman ve çoğu zaman cevabı, aleyhinde dava açılanlarda açılmayanlara göre, mesleki seçimini sorgulayanlarda sorgulamayanlara göre, hasta haklarını olumsuz bulanlarda bulmayanlara göre ve TCK'nın aleyhte olduğunu düşünenlerde düşünmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu. Yaş, çalışma süresi, çalışılan kurum, cinsiyet, unvan, Adli Tıp Kurumu'na güven ve sigorta yaptıranlar çerçevesinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır(Tablo-14C). Uzmanlık alanlarında ise, Beyin Cerrahi %60, Jinekoloji ve Obstetrik %44 ve Kulak Burun Boğaz uzmanları %43,8'lik oranla en fazla her zaman çoğu zaman cevabını veren grup olmuştur(Tablo-22).

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu? Sorusuna 4 hekim cevap vermemiştir. En düşük cevaplama oranı 5 (%2,4) hekim ile her zaman en yüksek cevaplama oranı ise 75 (%36,8) hekim ile hiçbir zaman olmuştur. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman 26 (%12,7) hekim her zaman ve çoğu zaman, 103 (%50,5) hekim bazen ve nadiren cevabını vermiştir.

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu, sorusuna her zaman ve çoğu zaman cevabı, aleyhinde dava açılanlarda açılmayanlara göre, mesleki seçimini sorgulayanlarda sorgulamayanlara göre, hasta haklarını olumsuz bulanlarda olumsuz bulmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu. Yaş, çalışma süresi, cinsiyet, çalışılan kurum, unvan, Adli Tıp Kurumu'na güven, sigorta yaptıranlar ve TCK'nın aleyhte olduğunu düşünenler çerçevesinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır(Tablo-14D). Uzmanlık alanlarında ise, Jinekoloji ve Obstetrik %28, Üroloji %20, Beyin cerrahi %20 ve Ortopedi uzmanları %20'lik oranla en fazla her zaman çoğu zaman cevabını veren grup olmuştur(Tablo-22).

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, görüntüleme tetkiklerini daha sık kullandığınız oluyor mu? Sorusuna hekimlerin 37'si (%17,8) her zaman, 50'si (%24) çoğu zaman ve 65'i (%31,2) bazen cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemi uygulandığı zaman 87 (%41,8) hekim her zaman ve çoğu zaman, 105 (%50,4) hekim ise bazen ve nadiren cevabını vermiştir.

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, görüntüleme tetkiklerini daha sık kullandığınız oluyor mu, sorusuna her zaman çoğu zaman cevabı, devlet hastanelerinde özel hastaneler ve üniversite hastanelerine göre, uzman hekimlerde pratisyen

hekim ve öğretim görevlilerine göre, mesleki seçimini sorgulayanlarda sorgulamayanlara göre, hasta haklarını olumsuz bulanlarda olumlu bulanlara göre, Adli Tıp Kurumu'na güvenmeyenlerde güvenenlere göre, sigortalı olanlarda olmayanlara göre ve TCK'nın aleyhte olduğunu düşünenlerde düşünmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu. Yaş, çalışma süresi cinsiyet ve aleyhte dava açılması çerçevesinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır(Tablo-14E). Uzmanlık alanlarında ise, Beyin cerrahi %80, Üroloji %55 ve Jinekoloji ve Obstetrik uzmanları %48'lik oranla en fazla her zaman çoğu zaman cevabını veren gurup olmuştur(Tablo-22).

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, tıbbi uygulama hakkında ayrıntılı bilgilendirme yaptığınız oluyor mu? Sorusuna hekimlerin 98'i (%47,1) her zaman cevabını verirken, 4'ü (%1,9) hiçbir zaman cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemi uygulandığı zaman 182 (%87,5) hekim her zaman ve çoğu zaman, 22 (%10,5) hekim ise bazen ve nadiren cevabını vermiştir.

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, tıbbi uygulama hakkında ayrıntılı bilgilendirme yaptığınız oluyor mu, sorusuna her zaman çoğu zaman cevabı, uzman hekimlerde pratisyenlere ve öğretim görevlilerine göre, mesleki seçimini sorgulayanlarda sorgulamayanlara göre, sigortalı olanlarda sigortasız olanlara göre ve TCK'nın aleyhte olduğunu düşünmeyenlerde düşünenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu. Yaş, çalışma süresi, cinsiyet, çalışılan kurum, hasta haklarını olumlu ve olumsuz bulma, aleyhte dava açılma ve Adli Tıp Kurumu'na güven çerçevesinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır(Tablo-14F). Uzmanlık alanlarında ise, Beyin Cerrahi %100, Genel Cerrahi %100, Ortopedi %90 ve Çocuk hastalıkları uzmanları %90'lık oranla en fazla her zaman çoğu zaman cevabını veren gurup olmuştur(Tablo-22).

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu? Sorusuna hekimlerin 85'i (%40,9) her zaman ve 87'si (%41,8) çoğu zaman, demiştir. Ayrıca bu şıklar en çok tercih edilen cevaplar olmuştur. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman 172 (%82,7) hekim her zaman ve çoğu zaman, 29 (%14) hekim bazen ve nadiren cevabını vermiştir.

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu, sorusuna her zaman çoğu zaman cevabı, mesleki seçimini sorgulayanlarda sorgulamayanlara göre ve TCK'nın aleyhte olduğunu düşünmeyenlerde düşünenlere göre ve sigorta yaptıranlarda yaptırmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı

olarak yüksek bulundu. Yaş, çalışma süresi, cinsiyet, çalışılan kurum, unvan, aleyhte dava açılma, hasta haklarını olumlu ve olumsuz bulanlar ve Adli Tıp Kurumu'na güven çerçevesinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır(Tablo-14G). Uzmanlık alanlarında ise, Beyin Cerrahi %96, Ortopedi %95 ve Kulak Burun Boğaz uzmanları %93,8'lik oranla en fazla her zaman çoğu zaman cevabını veren gurup olmuştur(Tablo-22).

Tablo 15: Tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için hekimlerin tarafından başvurulan negatif defansif tıbbi uygulamaların gerçekleştirilme sıkılık ve oranları.

Negatif defansif tıbbi uygulamalar	Her zaman		Çoğu zaman		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman		Toplam	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçınma	12	5,8	31	14,9	70	33,7	46	22,1	49	23,6	208	100,0
Komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçınma	13	6,2	44	21,2	74	35,6	45	21,6	32	15,4	208	100,0
Tedavi olanağı olduğu halde riskli hastaları sevk etme	9	4,3	34	16,3	54	26,0	49	23,6	62	29,8	208	100,0
Agresif ve şikayetçi olma olasılığı yüksek hasta ve hasta yakınlarından kaçınma	27	13,0	49	23,6	66	31,7	36	17,3	30	14,4	208	100,0

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu? Sorusuna hekimlerin 12'si (%5,8) her zaman, 31'i (%14,9) çoğu zaman, 70'i (%33,7) bazen, 46'si (%22,1) nadiren ve 49'u (%23,6) hiçbir zaman cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman, 43 (%20,7) hekim her zaman ve çoğu zaman, 115 (%55,8) hekim bazen ve nadiren cevabını vermiştir.

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu, sorusuna her zaman çoğu zaman cevabı, 40 yaş altında olanlarda 40 yaş üstünde olanlara göre, 15 yıl altı mesleki çalışma süresi olanlarda olmayanlara göre, erkeklerde kadınlara göre, uzman hekimlerde pratisyen ve öğretim görevlisi hekimlere göre, aleyhinde dava açılanlarda açılmayanlara göre, mesleki seçimini sorgulayanlarda sorgulamayanlara göre, hasta haklarını olumsuz bulanlarda olumlu bulanlara göre, Adli Tıp Kurumu'na güvenmeyenlerde güvenenlere göre ve TCK'nın aleyhte olduğunu düşünenlerde düşünmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu. Çalışılan kurum ve sigortalılık çerçevesinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır(Tablo-15A). Uzmanlık alanlarında ise, Beyin cerrahi %56, Kulak Burun Boğaz %43,8 Anestezi uzmanları %20'lik oranla en fazla her zaman çoğu zaman cevabını veren grup olmuştur(Tablo-22).

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu? Sorusunun en çok tercih edilen şıkkı 74 (%35,6) hekimle bazen, en az tercih edilen şıkkı ise 13 (%6,2) hekim ile her zaman olmuştur. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman, 57 (%27,4) hekim her zaman ve çoğu zaman, 119 (%57,2) hekim bazen ve nadiren cevaplarını vermiştir.

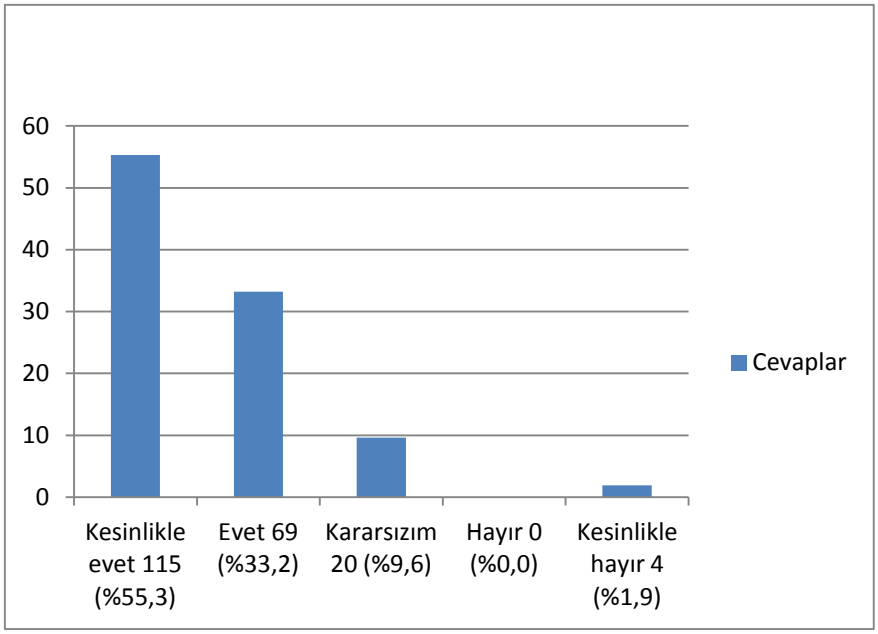
Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu, sorusuna her zaman çoğu zaman cevabı, mesleki seçimini sorgulayanlarda sorgulamayanlara göre, hasta haklarını olumsuz bulanlarda olumlu bulanlara göre ve TCK'nın aleyhte olduğunu düşünenlerde düşünmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu. Yaş, çalışma süresi, cinsiyet, çalışılan kurum, aleyhe dava açılma, unvan, Adli Tıp Kurumu'na güven ve sigortalılık durumu çerçevesinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır(Tablo-15B). Uzmanlık alanlarında ise, Beyin cerrahi %68, Jinekoloji ve Obstetrik %44 ve Kulak burun boğaz uzmanları %31,2'lik oranla en fazla her zaman çoğu zaman cevabını veren grup olmuştur(Tablo-22).

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu? Sorusuna hekimlerin 9'u (%4,3) her zaman cevabını verirken, 62'si (%29,8) hiçbir zaman cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemi uygulandığı zaman 43 (%20,6) her zaman ve çoğu zaman, 103 (%49,6) hekim bazen ve nadiren cevabını vermiştir.

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu, sorusuna her zaman çoğu zaman cevabı, devlet hastanelerinde özel hastaneler ve üniversite hastanelerine göre, uzman hekimlerde pratisyen ve öğretim görevlilerine göre, aleyhte dava açılanlarda açılmayanlara göre, mesleki seçimini sorgulayanlarda sorgulamayanlara göre, hasta haklarını olumsuz bulanlarda olumlu bulanlara göre ve TCK'nın aleyhte olduğunu düşünenlerde düşünmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu. Yaş, çalışma süresi, cinsiyet, Adli Tıp Kurumu'na güven ve sigortalılık durumu çerçevesinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır(Tablo-15C). Uzmanlık alanlarında ise, Jinekoloji ve Obstetrik %36, Beyin cerrahi %32 ve Kulak Burun Boğaz uzmanlarında %31,2'lik oranla en fazla her zaman çoğu zaman cevabını veren gurup olmuştur(Tablo-22).

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, agresif ve şikayetçi olma olasılığı yüksek olan hasta ve hasta yakınlarından kaçındığınız oluyor mu? Sorusuna hekimlerin 49'u (%23,6) çoğu zaman, 66'sı (%31,7) bazen cevabını verirken, 30'u (%14,4) hiçbir zaman cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemi uygulandığı zaman, 76 (%36,6) hekim her zaman ve çoğu zaman, 120 (%49,1) hekim bazen ve nadiren cevabını vermiştir.

Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, agresif ve şikayetçi olma olasılığı yüksek olan hasta ve hasta yakınlarından kaçındığınız oluyor mu sorusuna her zaman çoğu zaman cevabı erkeklerde kadınlara göre, uzman hekimlerde pratisyen ve öğretim görevlilerine göre, mesleki seçimini sorgulayanlarda sorgulamayanlara göre, hasta haklarını olumsuz bulanlarda olumlu bulanlara göre ve TCK'nın aleyhte olduğunu düşünenlerde düşünmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu. Yaş, çalışma süresi, çalışılan kurum, aleyhe dava açılma, Adli Tıp Kurumu'na güven ve sigortalılık çerçevesinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır(Tablo-15D). Uzmanlık alanlarında ise, Beyin cerrahi %80, Kulak burun boğaz %50 ve İç hastalıkları uzmanları %46,4'lük oranla en fazla her zaman çoğu zaman cevabını veren gurup olmuştur(Tablo-22).



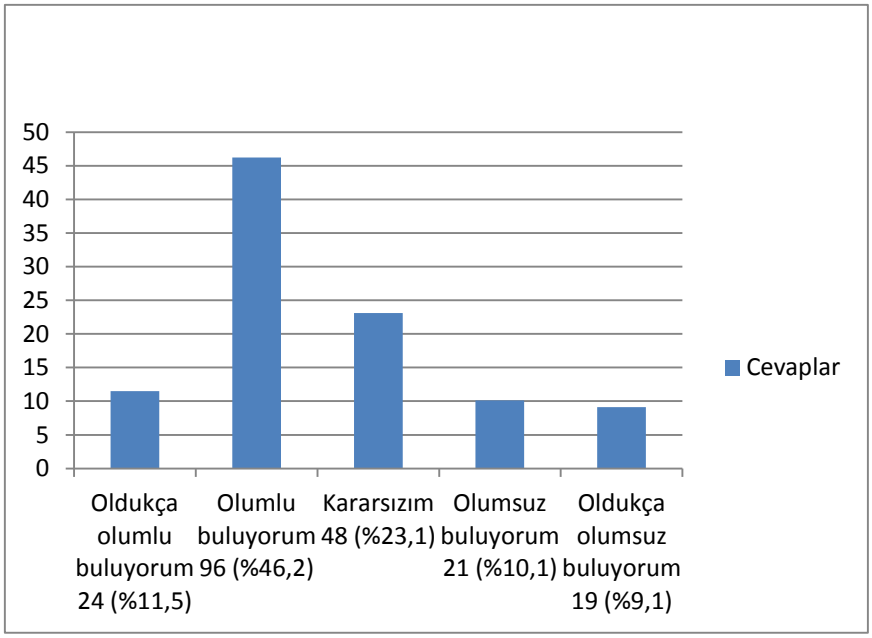
Grafik 5: Aydınlatılmış onam alınmasının gerekliliğini sorgulayan soruya verilen cevapların dağılımı.

Tıbbi uygulamalarda, aydınlatılmış onam alınmasının gerekliliğine inanıyor musunuz? Sorusuna katılımcı hekimlerin tümü cevap vermiştir. Hekimlerin 115'i (%55,3) kesinlikle evet cevabını verirken, 4'ü (%1,9) kesinlikle hayır cevabını vermiştir. Hekimlerden hayır cevabını veren olmamıştır. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman 184 (%88,5) hekim kesinlikle evet ve evet, 4 (%1,9) hekim ise kesinlikle hayır ve hayır cevabını vermiştir.

Tablo 16: Katılımcıların tam ve eksiksiz alınan onamın hukuki koruma fonksiyonu ile ilgili düşünceleri.

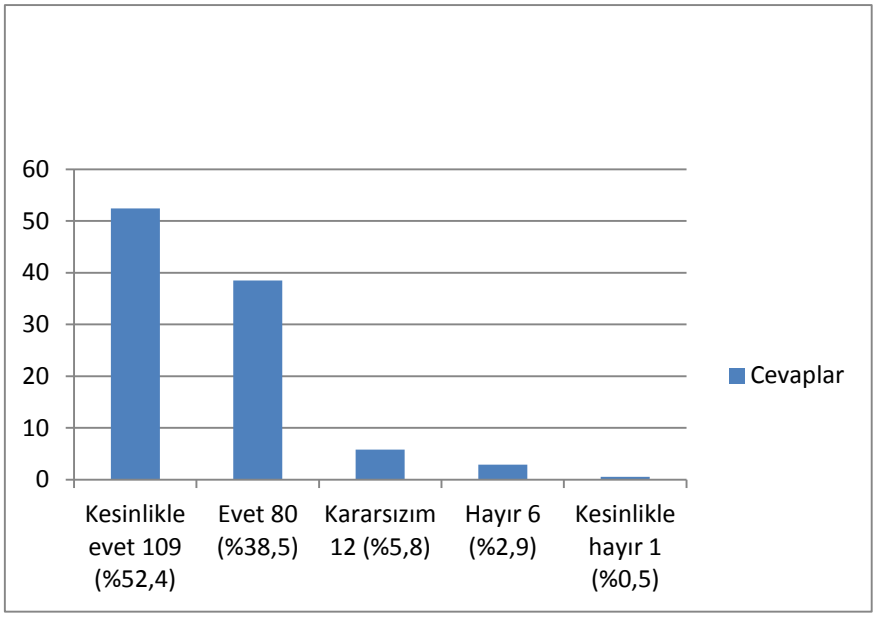
Cevaplar	**N**	**%**
Hukuki ve Cezai Sorumluluktan Korur	30	14,4
Hukuki Sorumluluktan Korur	36	17,3
Cezai Sorumluluktan Korur	12	5,8
Her İki Sorumluluktan da Korumaz	90	43,3
Bilgim Yok	40	19,2
Toplam	208	100,0

Tam ve eksiksiz alınmış bir onam sizi tıbbi uygulama hatası iddiasından korur mu? Sorusuna hekimlerin 30'u (%14,4) hukuki ve ceza sorumluluktan koruyacağını, 36'sı (%17,3) hukuki sorumluluktan koruyacağını, 12'si (%5,8) cezai sorumluluktan koruyacağını, 90'ı (%43,3) her iki sorumluluktan da koruyamayacağını ve 40'ı (%19,2) bilgisinin olmadığını belirtmiştir.



Grafik 6: Katılımcı hekimlerin hasta hakları ile ilgili düşünceleri

Hasta hakları hakkında ne düşünüyorsunuz? Sorusuna hekimlerin 96'sı (%46,2) olumlu buluyorum cevabını verirken olumsuz bulan hekim sayısı 21 (%10,1) olmuştur. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman 120 (%57,7) oldukça olumlu ve olumlu buluyorum, 40 (%19,2) hekim ise oldukça olumsuz ve olumsuz buluyorum cevabını vermiştir.



Grafik 7: Hasta hakları yanında hekim haklarının göz ardı edilip edilmediği yönünde katılımcı hekimlerin görüşleri.

Hasta Haklarının yanında Hekim Hakları göz ardı ediliyor mu? Sorusuna hekimlerin 109'u (%52,4) kesinlikle evet, 80'i (%38,5) evet cevabını verirken, 1'i (%0,5) kesinlikle hayır cevabını vermiştir. Ayrıştırma yönteminin uyguladığımız zaman 189 (%90,9) hekim kesinlikle evet ve evet, 7 (%3,4) hekim kesinlikle hayır ve hayır cevabını vermiştir.

Tablo 17: Katılımcı hekimlerin YSŞ. ve ATK'nın tıbbi uygulama hatası konulu davalarda bilirkişilik uygulamalarına yönelik düşünceleri

Cevaplar	Tıbbi uygulama hatası ile ilgili davalarda			
	Yüksek Sağlık Şurası'nın bilirkişilik uygulamalarına güveniyor musunuz?		Adli Tıp Kurumu'nun bilirkişilik uygulamasına güveniyor musunuz?	
	N	**%**	**N**	**%**
Kesinlikle Evet	7	3,4	5	2,4
Evet	47	22,6	49	23,6
Kararsızım	96	46,2	91	43,8
Hayır	48	23,1	53	25,5
Kesinlikle Hayır	10	4,8	10	4,8
Toplam	208	100,0	208	100,0

Yüksek Sağlık Şurası'nın tıbbi uygulama hatası ile ilgili davalarda bilirkişilik uygulamalarına güveniyor musunuz? Sorusuna hekimlerin 47'si (%22,6) evet cevabını verirken 48'i (%23,1) hayır cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman 54

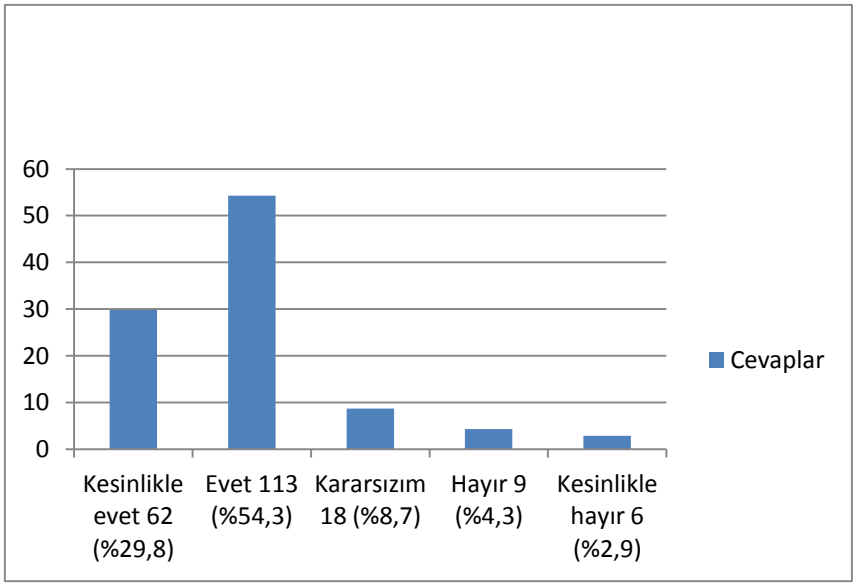
(%26) hekim kesinlikle evet ve evet, 58 (%27,9) hekim kesinlikle hayır ve hayır cevabını vermiştir.

Adli Tıp Kurumu'nun tıbbi uygulama hatası ile ilgili davalarda bilirkişilik uygulamalarına güveniyor musunuz? Sorusuna hekimlerin 49'u (%23,6) evet cevabını verirken 53'ü (%25,5) hayır cevabını vermiştir. Ayrıştırma yönteminin uyguladığımız zaman 53 (%26) kesinlikle evet ve evet, 63 (%29,3) hekim kesinlikle hayır ve hayır cevabını vermiştir.

Tablo 18: Hekimlerin gözetimleri altındaki yardımcı sağlık personeli ve asistan hekimin tıbbi uygulama hatası yapması durumunda kendi hukuki sorumluluklarının doğup doğmayacağı çerçevesinde görüşleri.

Cevaplar	**N**	**%**
Kesinlikle Evet	45	21,6
Evet	122	58,7
Kararsızım	27	13,0
Hayır	14	6,7
Kesinlikle Hayır	0	0
Toplam	208	100,0

Gözetiminiz altında tıbbı uygulaması gereken yardımcı sağlık personeli veya asistan hekimin tıbbi uygulama hatası yapması, sizin de hukuki sorumluluğunuza yol açabilir mi? Sorusuna hekimlerin 45'i (%21,6) kesinlikle evet, 122'si (%58,7) evet, 27'si (%13) kararsızım, 14'ü (%6,7) hayır cevabını vermiş olup kesinlikle hayır cevabı veren hekim olmamıştır. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman 167 (%80,3) hekim kesinlikle evet ve evet, 14 (%6,7) hekim ise hayır cevabını vermiştir.



Grafik 8: Uzmanlık dalları için tıbbı uygularken ortalama standartların gerekliliği çerçevesinde katılımcı hekimleri görüşleri.

Teşhis ve tedavide her uzmanlık dalı için ortalama standartların (muayene, tetkik vb) belirlenmesi gerekli midir? Sorusuna hekimlerin 113'ü (%54,3) evet ve 6'sı (%2,9) kesinlikle hayır cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemi uygulandığı zaman, 175 (%84,1) hekim kesinlikle evet ve evet, 15 (%7,2) hekim ise kesinlikle hayır ve hayır cevabını vermiştir.

Tablo 19: Hekimlerin sigortalılık durumu.

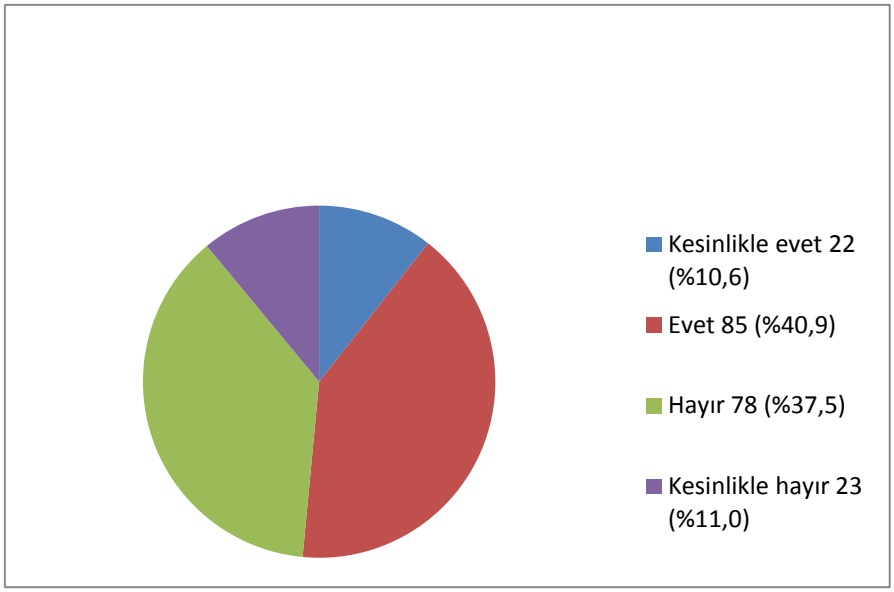
Cevaplar	**N**	**%**
Hiç Yaptırmadım	36	17,3
Son Bir Yıldır Yaptırıyorum	73	35,1
Son İki Yıldır Yaptırıyorum	38	18,3
Son Üç Yıldır Yaptırıyorum	60	28,8
Daha Önce Yaptırdım Ancak Şimdi Sigortam Yok	1	0,5
Toplam	208	100,0

Mesleki sorumluluk sigortası yaptırıyor musunuz? Sorusuna hekimlerin, 36'sı (%17,3) hiç yaptırmadım, 73'ü (%35,1) son bir yıldır yaptırıyorum, 38'i (%18,3) son iki yıldır yaptırıyorum, 60'ı (%28,8) son üç yıldır yaptırıyorum ve 1'i (%0,5) daha önce yaptırdım ancak şimdi sigortam yok cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman, 171 (%82,2) hekimin aktif sigortalı olduğu ve 37 (%17,8) hekimin ise sigortalı olmadığı ortaya çıkmaktadır.

Tablo 20: Mesleki mesuliyet sigortasının zorunluluğu konusunda katılımcı hekimlerin görüşleri.

Cevaplar	**N**	**%**
Kesinlikle Evet	67	32,2
Evet	81	38,9
Kararsızım	39	18,8
Hayır	17	8,2
Kesinlikle Hayır	4	1,9
Toplam	208	100,0

Mesleki sorumluluk sigortasının hekimler için zorunlu olması gerektiğine inanıyor musunuz? Sorusuna hekimlerin 67'si (%32,2) kesinlikle evet cevabını verirken 4 (%1,9) hekim kesinlikle hayır cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemi uygulandığı zaman 148 (%71,1) hekim kesinlikle evet ve evet, 21 (%10,1) hekim ise kesinlikle hayır ve hayır cevabı vermiştir.



Grafik 9: Mesleki sorumluluk sigortasında uzmanlık alanlarına göre primlerin değişmesinin katılımcı hekimleri rahatsız edip etmediğini sorgulayan soruya verilen cevapların dağılımı

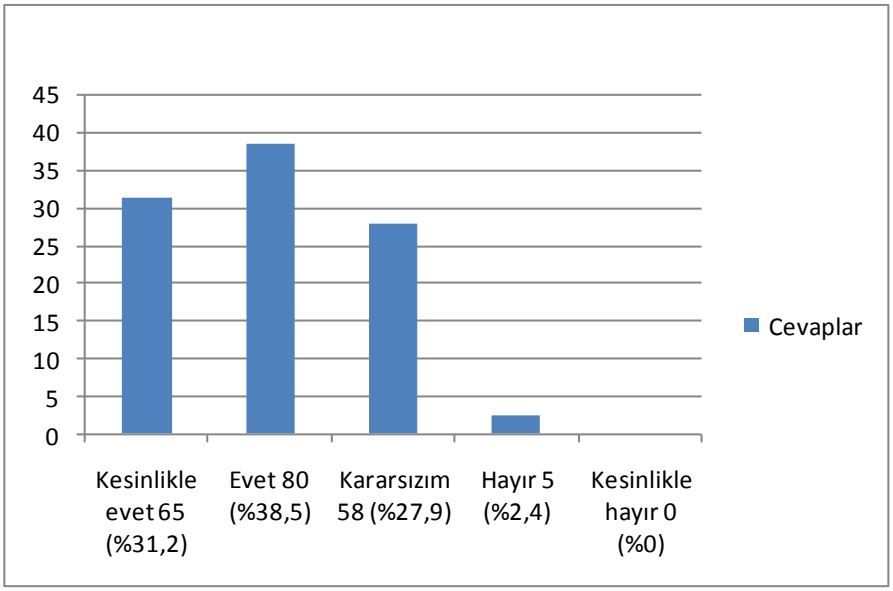
Mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu hale gelmesi ile uzmanlık alanına göre primlerin değişmesi sizi rahatsız etti mi? Sorusuna hekimlerin 85'i (%40,9) evet ve 78'i (%37,5) hayır cevabını vermiştir. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman, 107 (%51,5) hekim kesinlikle evet ve evet, 101 (%48,5) hekim ise kesinlikle hayır ve hayır cevabını vermiştir.

Tablo 21: Kamu personeli hekimlerin sigorta primlerinin bir kısmını kendileri ödemelerine yönelik rahatsızlıklarını ölçen soruya verdikleri yanıtların dağılımı.

Cevaplar	**N**	**%**
Kesinlikle Evet	60	36,6
Evet	65	39,6
Hayır	36	22
Kesinlikle Hayır	3	1,9
Toplam	164	100,0

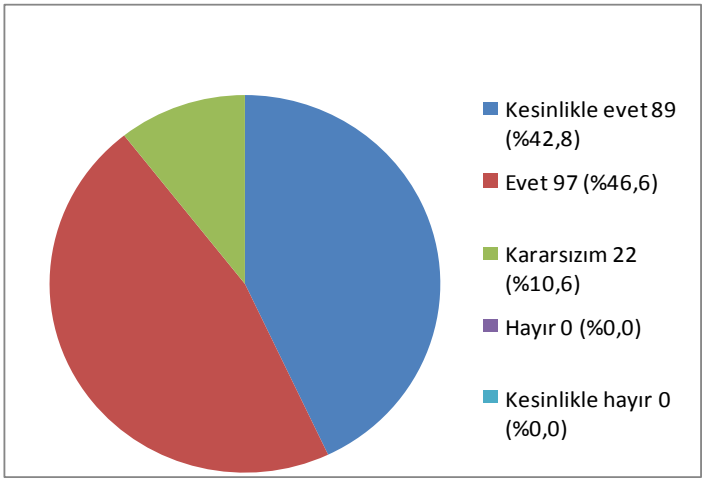
Mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu hale gelmesi ile primlerin bir kısmını ödemek zorunda kalmanız sizi rahatsız etti mi? Sorusu anket çalışmasına katılan 164 kamu kurumlarında çalışan hekime yöneltilmiştir. N 164 olarak kabul edildiğinde, hekimlerin, 60'ı (%36,6) kesinlikle evet, 65'i (%39,6) evet, 36'sı (%22) hayır ve 3'ü (%1,9) kesinlikle hayır

cevabını vermiştir. Ayrıştırma yönteminin uyguladığımız zaman 125 (%76,4) hekim kesinlikle evet ve evet, 39 (%23,8) hekim ise kesinlikle hayır ve hayır cevabı vermiştir.



Grafik 10: Türk Ceza Kanunu'ndaki düzenlemelerin hekimler aleyhine olup olmadığı yününde katılımcı hekimlerin görüşleri.

Türk Ceza Kanunu'ndaki düzenlemeler, mesleki uygulamalarda cezai sorumluluk açısından, sağlık personelinin aleyhine midir? Sorusuna 80 (%38,5) evet derken kesinlikle hayır diyen hekim olmamıştır. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız da, 145 (%69,7) hekim kesinlikle evet ve evet, 5 (%2,4) hekim ise hayır cevabını vermiştir.



Grafik 11: Özel bir malpraktis yasasının gerekliliği konusunda katılımcı hekimlerin görüşleri

Sağlık personelinin tıbbı yanlış uygulamasından dolayı doğacak cezai sorumluluğu, özel bir yasada düzenlenmeli midir? Sorusuna hekimlerin 89'u (%42,8) kesinlikle evet, 97'si (%46,6) evet ve 22'si (%10,6) kararsızım cevabını vermiştir. Ankete katılan hekimlerden hayır ve kesinlikle hayır cevabını veren olmamıştır. Ayrıştırma yöntemini uyguladığımız zaman, 186 (%89,4) hekim kesinlikle evet ve evet cevabını vermiştir.

Veri Analiz Tabloları

Veri analiz tablolarında, defansif tıbbi uygulamaları ölçen 18-28. arası sorularla, tablo içersinde gösterilen diğer sorular arasındaki istatistiki anlamlılık durumları x^2 ve p değerleri ile gösterilmiştir. P<0,050 olması anlamlı olarak addedilmiştir. Tablo 22'de ise uzmanlık alanlarının 18-28. Arası sorulara vermiş oldukları yanıtların sayı ve oranları gösterilmiştir.

Yaş				
	40 yaş altı		40 yaş üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	30	35,7	42	33,9
2	49	58,3	65	52,4
3	5	6,0	17	13,7
T	84	100,0	124	100,0
X^2=3,218; p: 0,200 ANLAMSIZ				

Çalışma Yılı				
	15 yıl altı		15 yıl üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	33	37,1	39	32,8
2	50	56,2	64	53,8
3	6	6,7	16	13,4
T	89	100,0	119	100,0
X^2=2,490; p: 0,288 ANLAMSIZ				

Cinsiyet				
	Erkek		Kadın	
Cevap	N	%	N	%
1	46	34,3	26	35,1
2	69	51,5	45	60,8
3	19	14,2	3	4,1
T	134	100,0	74	100,0
X^2=5,385; p: 0,068 ANLAMSIZ				

Kurum						
	D. Hastanesi		Ü. Hastanesi		Ö. Hastane	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	58	37,7	1	10,0	13	29,5
2	85	55,2	7	70,0	22	50,0
3	11	7,1	2	20,0	9	20,5
T	154	100,0	10	100,0	44	100,0
X^2=9,716; p: 0,045 ANLAMLI						

Unvan						
	Uzman		Ö.Görevlisi		Pratisyen	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	55	37,7	11	30,6	6	23,1
2	80	54,8	18	50,0	16	61,5
3	11	7,5	7	19,4	4	15,4
T	146	100,0	36	100,0	26	100,0
X^2=6,455; p: 0,168 ANLAMSIZ						

Aleyhine dava				
	Açılmayanlar		Açılanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	57	31,8	15	51,7
2	102	57,0	12	41,7
3	20	11,2	2	6,9
T	179	100,0	29	100,0
X^2=4,3990; p: 0,111 ANLAMSIZ				

Mesleki seçimini				
	Sorgulayan		Sorgulamayan	
Cevap	N	%	N	%
1	55	37,7	17	21,0
2	66	55,2	48	59,3
3	6	7,1	16	19,8
T	127	100,0	81	100,0
X^2=18,158; p: 0,000 ANLAMLI				

Hasta haklarını						
	Olumlu B.		Kararsız		Olumsuz B.	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	33	27,5	18	37,5	21	52,5
2	70	58,3	25	52,1	19	47,5
3	17	14,2	5	10,4	0	0,0
T	120	100,0	48	100,0	40	100,0
X^2=11,988; p: 0,017 ANLAMLI						

Adli Tıp Kurumu'na güveniyor musunuz?						
	Evet		Kararsızım		Hayır	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	20	37,0	28	30,8	24	38,1
2	32	59,3	50	54,9	32	50,8
3	2	3,7	13	14,3	7	11,1
T	54	100,0	91	100,0	63	100,0
X^2=4,694; p: 0,320 ANLAMSIZ						

Mesleki mesuliyet sigortası				
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	61	37,7	11	29,7
2	95	55,6	19	51,4
3	15	8,8	7	18,9
T	171	100,0	37	100,0
X^2=3,370; p: 0,185 ANLAMSIZ				

TCK'nın aleyhe olduğunu						
	Düşünenler		Kararsızlar		Düşünmeyenler	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	58	40,0	14	24,1	0	0,0
2	78	53,8	32	55,2	4	80,0
3	9	6,2	12	20,7	1	20,0
T	145	100,0	58	100,0	5	100,0
X^2=14,038; p: 0,007 ANLAMLI						

***Tablo 14A**: Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu?* Sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1. Her zaman ve çoğu zaman
2. Bazen ve nadiren
3. Hiçbir zaman
T. Toplam

Yaş				
	40 yaş altı		40 yaş üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	15	17,9	20	16,1
2	51	60,7	53	42,7
3	18	21,4	51	41,1
T	84	100,0	124	100,0
X^2=9,183; p: 0,010 ANLAMLI				

Çalışma Yılı				
	15 yıl altı		15 yıl üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	15	16,9	20	16,8
2	56	62,9	48	40,3
3	18	20,2	51	42,9
T	89	100,0	119	100,0
X^2=13,057; p: 0,001 ANLAMLI				

Cinsiyet				
	Erkek		Kadın	
Cevap	N	%	N	%
1	25	18,7	10	13,5
2	65	48,5	39	52,7
3	44	32,8	25	33,8
T	134	100,0	74	100,0
X^2=0,930; p: 0,628 ANLAMSIZ				

Kurum						
	D. Hastanesi		Ü. Hastanesi		Ö. Hastane	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	25	16,2	1	10,0	9	20,5
2	77	50,0	6	60,0	21	47,7
3	52	33,8	3	30,0	14	31,8
T	154	100,0	10	100,0	44	100,0
X^2=0,970; p: 0,914 ANLAMSIZ						

Unvan						
	Uzman		Ö.Görevlisi		Pratisyen	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	28	19,2	3	8,3	4	15,4
2	72	49,3	17	47,2	15	57,7
3	46	31,5	16	44,4	7	26,9
T	146	100,0	36	100,0	26	100,0
X^2=4,239; p: 0,375 ANLAMSIZ						

Aleyhine dava				
	Açılmayanlar		Açılanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	29	16,2	6	51,7
2	90	50,3	14	41,7
3	60	33,5	9	6,9
T	179	100,0	29	100,0
X^2=0,365; p: 0,833 ANLAMSIZ				

Mesleki seçimini				
	Sorgulayan		Sorgulamayan	
Cevap	N	%	N	%
1	29	22,8	6	7,4
2	63	49,6	41	50,6
3	35	27,6	34	42,0
T	127	100,0	81	100,0
X^2=10,104; p: 0,006 ANLAMLI				

Hasta haklarını						
	Olumlu B.		Kararsız		Olumsuz B.	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	14	11,7	8	16,7	13	32,5
2	57	47,5	26	54,2	21	52,5
3	49	40,8	14	29,2	6	15,0
T	120	100,0	48	100,0	40	100,0
X^2=14,443; p: 0,006 ANLAMLI						

Adli Tıp Kurumu'na güveniyor musunuz?						
	Evet		Kararsızım		Hayır	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	8	14,8	15	16,5	12	19,0
2	25	46,3	45	49,5	34	54,0
3	21	38,9	31	34,1	17	27,0
T	54	100,0	91	100,0	63	100,0
X^2=1,954; p: 0,744 ANLAMSIZ						

Mesleki mesuliyet sigortası				
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	28	16,4	7	18,9
2	86	50,3	18	48,6
3	57	33,3	12	32,4
T	171	100,0	37	100,0
X^2=0,141; p: 0,932 ANLAMSIZ				

TCK'nın aleyhe olduğunu						
	Düşünenler		Kararsızlar		Düşünmeyenler	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	30	20,7	5	8,6	0	0,0
2	76	52,4	25	43,1	3	60,0
3	39	26,9	28	48,3	2	40,0
T	145	100,0	58	100,0	5	100,0
X^2=11,049; p: 0,026 ANLAMLI						

Tablo 14B*: Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?* Sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1. Her zaman ve çoğu zaman
2. Bazen ve nadiren
3. Hiçbir zaman
T. Toplam

Yaş				
	40 yaş altı		40 yaş üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	31	36,9	43	34,7
2	48	57,1	70	56,5
3	5	6,0	11	8,9
T	84	100,0	124	100,0
X^2=0,629; p: 0,730 ANLAMSIZ				

Çalışma Yılı				
	15 yıl altı		15 yıl üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	35	39,3	39	32,8
2	50	56,2	68	57,1
3	4	4,5	12	10,1
T	89	100,0	119	100,0
X^2=2,691; p: 0,260 ANLAMSIZ				

Cinsiyet				
	Erkek		Kadın	
Cevap	N	%	N	%
1	50	37,3	24	32,4
2	71	53,0	47	63,5
3	13	9,7	3	4,1
T	134	100,0	74	100,0
X^2=3,227; p: 0,199 ANLAMSIZ				

Kurum						
	D. Hastanesi		Ü. Hastanesi		Ö. Hastane	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	57	37,0	1	10,0	16	36,4
2	86	55,8	8	80,0	24	54,5
3	11	7,1	1	10,0	4	9,1
T	154	100,0	10	100,0	44	100,0
X^2=3,190; p: 0,527 ANLAMSIZ						

Unvan						
	Uzman		Ö.Görevlisi		Pratisyen	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	57	39,0	11	30,6	6	23,1
2	79	54,1	21	58,3	18	69,2
3	10	6,8	4	11,1	2	7,7
T	146	100,0	36	100,0	26	100,0
X^2=3,481; p: 0,481 ANLAMSIZ						

Aleyhine dava				
	Açılmayanlar		Açılanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	56	31,3	18	62,1
2	108	60,3	10	34,5
3	15	8,4	11	3,4
T	179	100,0	29	100,0
X^2=10,377; p: 0,006 ANLAMLI				

Mesleki seçimini				
	Sorgulayan		Sorgulamayan	
Cevap	N	%	N	%
1	61	48,0	13	16,0
2	59	46,5	59	72,8
3	7	5,5	9	11,1
T	127	100,0	81	100,0
X^2=22,303; p: 0,000 ANLAMLI				

Hasta haklarını						
	Olumlu B.		Kararsız		Olumsuz B.	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	33	27,5	19	39,6	22	55,0
2	77	64,2	27	56,2	14	35,0
3	10	8,3	2	4,2	4	10,0
T	120	100,0	48	100,0	40	100,0
X^2=12,276; p: 0,015 ANLAMLI						

Adli Tıp Kurumu'na güveniyor musunuz?						
	Evet		Kararsızım		Hayır	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	21	38,9	26	28,6	27	42,9
2	29	53,7	60	65,9	29	46,0
3	4	7,4	5	5,5	7	11,1
T	54	100,0	91	100,0	63	100,0
X^2=6,612; p: 0,158 ANLAMSIZ						

Mesleki mesuliyet sigortası				
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	65	38,0	9	24,3
2	94	55,0	24	64,9
3	12	7,0	4	10,8
T	171	100,0	37	100,0
X^2=2,696; p: 0,260 ANLAMSIZ				

TCK'nın aleyhe olduğunu						
	Düşünenler		Kararsızlar		Düşünmeyenler	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	63	43,4	10	17,2	1	20,0
2	72	49,7	42	72,4	4	80,0
3	10	6,9	6	10,3	0	0,0
T	145	100,0	58	100,0	5	100,0
X^2=13,653; p: 0,008 ANLAMLI						

Tablo 14C*: Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu?* Sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1. Her zaman ve çoğu zaman
2. Bazen ve nadiren
3. Hiçbir zaman
T. Toplam

Yaş				
	40 yaş altı		40 yaş üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	15	18,1	11	9,1
2	40	48,2	63	52,1
3	28	33,7	47	38,8
T	83	100,0	121	100,0
X^2=3,612; p: 0,164 ANLAMSIZ				

Çalışma Yılı				
	15 yıl altı		15 yıl üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	14	15,9	12	10,3
2	45	51,1	58	50,0
3	29	33,0	46	39,7
T	88	100,0	116	100,0
X^2=1,839; p: 0,399 ANLAMSIZ				

Cinsiyet				
	Erkek		Kadın	
Cevap	N	%	N	%
1	18	13,7	8	11,0
2	63	48,1	40	54,8
3	50	38,2	25	34,2
T	131	100,0	73	100,0
X^2=0,898; p: 0,638 ANLAMSIZ				

Kurum						
	D. Hastanesi		Ü. Hastanesi		Ö. Hastane	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	18	37,0	1	10,0	7	15,9
2	79	55,8	2	80,0	22	50,0
3	54	7,1	6	10,0	15	34,1
T	151	100,0	9	100,0	44	100,0
X^2=4,287; p: 0,369 ANLAMSIZ						

Unvan						
	Uzman		Ö.Görevlisi		Pratisyen	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	21	14,4	4	11,1	1	4,5
2	73	50,0	18	50,0	12	54,5
3	52	35,6	14	38,9	9	40,9
T	146	100,0	36	100,0	22	100,0
X^2=1,823; p: 0,768 ANLAMSIZ						

Aleyhine dava				
	Açılmayanlar		Açılanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	15	8,6	11	37,9
2	96	54,9	7	24,1
3	64	36,6	11	37,9
T	175	100,0	29	100,0
X^2=21,487; p: 0,000 ANLAMLI				

Mesleki seçimini				
	Sorgulayan		Sorgulamayan	
Cevap	N	%	N	%
1	21	16,7	5	6,4
2	69	54,8	34	43,6
3	36	28,6	39	50,0
T	126	100,0	78	100,0
X^2=11,184; p: 0,004 ANLAMLI				

Hasta haklarını						
	Olumlu B.		Kararsız		Olumsuz B.	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	7	6,0	9	18,8	10	25
2	68	58,6	20	41,7	15	37,5
3	41	35,3	19	39,6	15	37,5
T	116	100,0	48	100,0	40	100,0
X^2=13,939; p: 0,007 ANLAMLI						

Adli Tıp Kurumu'na güveniyor musunuz?						
	Evet		Kararsızım		Hayır	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	6	11,5	10	11,1	10	16,1
2	27	51,9	47	52,2	29	46,8
3	19	36,5	33	36,7	23	37,1
T	52	100,0	90	100,0	62	100,0
X^2=1,052; p: 0,902 ANLAMSIZ						

Mesleki mesuliyet sigortası				
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	22	13,0	4	11,4
2	85	50,3	18	51,4
3	62	36,7	13	37,1
T	169	100,0	37	100,0
X^2=0,066; p: 0,967 ANLAMSIZ				

TCK'nın aleyhe olduğunu						
	Düşünenler		Kararsızlar		Düşünmeyenler	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	20	14,0	6	10,7	0	0,0
2	72	50,3	28	50,0	3	60,0
3	51	35,7	22	39,3	2	40,0
T	143	100,0	56	100,0	5	100,0
X^2=1,242; p: 0,871 ANLAMSIZ						

Tablo 14D*: Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu?* Sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1. Her zaman ve çoğu zaman
2. Bazen ve nadiren
3. Hiçbir zaman
T. Toplam

	40 yaş altı		40 yaş üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	39	46,4	48	38,7
2	40	47,6	65	52,4
3	5	6,0	11	8,9
T	84	100,0	124	100,0

X^2=1,496; p: 0,473 ANLAMSIZ

	Çalışma Yılı			
	15 yıl altı		15 yıl üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	43	48,3	44	37,0
2	41	46,1	64	53,8
3	5	5,6	11	9,2
T	89	100,0	119	100,0

X^2=3,036; p: 0,219 ANLAMSIZ

	Cinsiyet			
	Erkek		Kadın	
Cevap	N	%	N	%
1	57	42,5	30	40,5
2	65	48,5	40	54,1
3	12	9,0	4	5,4
T	134	100,0	74	100,0

X^2=1,117; p: 0,572 ANLAMSIZ

	Kurum					
	D. Hastanesi		Ü. Hastanesi		Ö. Hastane	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	68	44,2	3	30,0	16	36,4
2	79	51,3	4	40,0	22	50,0
3	7	4,5	3	30,0	6	13,6
T	154	100,0	10	100,0	44	100,0

X^2=11,561; p: 0,021 ANLAMLI

	Unvan					
	Uzman		Ö.Görevlisi		Pratisyen	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	70	47,9	14	38,9	3	11,5
2	67	45,9	19	52,8	19	73,1
3	9	6,2	3	8,3	4	15,4
T	146	100,0	36	100,0	26	100,0

X^2=12,823; p: 0,012 ANLAMLI

	Aleyhine dava			
	Açılmayanlar		Açılanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	69	38,5	18	62,1
2	95	53,1	10	34,5
3	15	8,4	1	3,4
T	179	100,0	29	100,0

X^2=5,799; p: 0,055 ANLAMSIZ

	Mesleki seçimini			
	Sorgulayan		Sorgulamayan	
Cevap	N	%	N	%
1	69	54,3	18	22,2
2	50	39,4	55	67,9
3	8	6,3	8	9,9
T	127	100,0	81	100,0

X^2=20,988; p: 0,000 ANLAMLI

	Hasta haklarını					
	Olumlu B.		Kararsız		Olumsuz B.	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	39	32,5	21	43,8	27	67,5
2	69	57,5	25	52,1	11	27,5
3	12	10,0	2	4,2	2	5,0
T	120	100,0	48	100,0	40	100,0

X^2=28,237; p: 0,000 ANLAMLI

	Adli Tıp Kurumu'na güveniyor musunuz?					
	Evet		Kararsızım		Hayır	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	26	48,1	27	29,7	34	54,0
2	26	48,1	56	61,5	23	36,5
3	2	3,7	8	8,8	6	9,5
T	54	100,0	91	100,0	63	100,0

X^2=12,185; p: 0,016 ANLAMLI

	Mesleki mesuliyet sigortası			
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	78	45,6	9	24,3
2	83	48,5	22	59,5
3	10	5,8	6	16,2
T	171	100,0	37	100,0

X^2=8,266; p: 0,016 ANLAMLI

	TCK'nın aleyhe olduğunu					
	Düşünenler		Kararsızlar		Düşünmeyenler	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	75	51,7	12	20,7	0	0,0
2	57	39,3	43	74,1	5	100,0
3	13	9,0	3	5,2	0	0,0
T	145	100,0	58	100,0	5	100,0

X^2=25,295; p: 0,000 ANLAMLI

Tablo 14E: *Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, görüntüleme tetkiklerini daha sık kullandığınız oluyor mu?* Sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1. Her zaman ve çoğu zaman
2. Bazen ve nadiren
3. Hiçbir zaman
T. Toplam

Yaş				
	40 yaş altı		40 yaş üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	76	90,5	106	85,5
2	8	9,5	14	11,3
3	0	0,0	4	3,2
T	84	100,0	124	100,0
X^2=3,000; p: 0,223 ANLAMSIZ				

Çalışma Yılı				
	15 yıl altı		15 yıl üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	81	91,0	97	81,5
2	8	9,0	16	13,4
3	0	0,0	6	5,0
T	89	100,0	119	100,0
X^2=3,582; p: 0,167 ANLAMSIZ				

Cinsiyet				
	Erkek		Kadın	
Cevap	N	%	N	%
1	118	88,1	64	86,5
2	14	10,4	8	10,8
3	2	1,5	2	2,7
T	134	100,0	74	100,0
X^2=0,382; p: 0,826 ANLAMSIZ				

Kurum						
	D. Hastanesi		Ü. Hastanesi		Ö. Hastane	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	135	87,7	7	70,0	40	90,9
2	17	11,0	2	20,0	3	6,8
3	2	1,3	1	10,0	1	2,3
T	154	100,0	10	100,0	44	100,0
X^2=5,600; p: 0,231 ANLAMSIZ						

Unvan						
	Uzman		Ö.Görevlisi		Pratisyen	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	133	91,1	30	83,3	19	73,1
2	10	6,8	5	13,9	7	26,9
3	3	2,1	1	2,8	0	0,0
T	146	100,0	36	100,0	26	100,0
X^2=10,415; p: 0,034 ANLAMLI						

Aleyhine dava				
	Açılmayanlar		Açılanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	158	88,3	24	82,8
2	18	10,1	4	13,8
3	3	1,7	1	3,4
T	179	100,0	29	100,0
X^2=0,824; p: 0,662 ANLAMSIZ				

Mesleki seçimini				
	Sorgulayan		Sorgulamayan	
Cevap	N	%	N	%
1	120	94,5	62	76,5
2	7	5,5	15	18,5
3	0	0,0	4	4,9
T	127	100,0	81	100,0
X^2=16,002; p: 0,000 ANLAMLI				

Hasta haklarını						
	Olumlu B.		Kararsız		Olumsuz B.	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	106	88,3	39	81,2	37	92,5
2	11	9,2	8	16,7	3	7,5
3	3	2,5	1	2,1	0	12,5
T	120	100,0	48	100,0	40	100,0
X^2=3,588; p: 0,465 ANLAMSIZ						

Adli Tıp Kurumu'na güveniyor musunuz?						
	Evet		Kararsızım		Hayır	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	52	96,3	70	76,9	60	95,2
2	2	3,7	18	19,8	2	3,2
3	0	0,0	3	3,3	1	1,6
T	54	100,0	91	100,0	63	100,0
X^2=17,003 p: 0,002 ANLAMLI						

Mesleki mesuliyet sigortası				
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	156	91,2	26	70,3
2	13	7,6	9	24,3
3	2	1,2	2	5,4
T	171	100,0	37	100,0
X^2=12,407; p: 0,002 ANLAMLI				

TCK'nın aleyhe olduğunu						
	Düşünenler		Kararsızlar		Düşünmeyenler	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	133	91,7	44	75,9	5	100,0
2	11	7,6	11	19,0	0	0,0
3	1	0,7	3	5,2	0	0,0
T	145	100,0	58	100,0	5	100,0
X^2=11,324; p: 0,023 ANLAMLI						

Tablo 14F*: Tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, tıbbi uygulama hakkında ayrıntılı bilgilendirme yaptığınız oluyor mu?* Sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1. Her zaman ve çoğu zaman
2. Bazen ve nadiren
3. Hiçbir zaman
T. Toplam

Yaş				
	40 yaş altı		40 yaş üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	73	86,9	99	79,8
2	10	11,9	19	15,3
3	1	1,2	6	4,8
T	84	100,0	124	100,0
X^2=2,702; p: 0,259 ANLAMSIZ				

Çalışma Yılı				
	15 yıl altı		15 yıl üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	75	84,3	97	81,5
2	13	14,6	16	13,4
3	1	1,1	6	5,0
T	89	100,0	119	100,0
X^2=2,419; p: 0,298 ANLAMSIZ				

Cinsiyet				
	Erkek		Kadın	
Cevap	N	%	N	%
1	113	84,3	59	79,7
2	17	12,7	12	16,2
3	4	3,0	3	4,1
T	134	100,0	74	100,0
X^2=0,710; p: 0,701 ANLAMSIZ				

Kurum						
	D. Hastanesi		Ü. Hastanesi		Ö. Hastane	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	127	82,5	8	80,0	37	84,1
2	22	14,3	1	10,0	6	13,6
3	5	3,2	1	10,0	1	2,3
T	154	100,0	10	100,0	44	100,0
X^2=1,618; p: 0,806 ANLAMSIZ						

Unvan						
	Uzman		Ö.Görevlisi		Pratisyen	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	124	84,9	31	86,1	17	65,4
2	18	12,3	4	11,1	7	26,9
3	4	2,7	1	2,8	2	7,7
T	146	100,0	36	100,0	26	100,0
X^2=6,356; p: 0,174 ANLAMSIZ						

Aleyhine dava				
	Açılmayanlar		Açılanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	148	82,7	24	82,8
2	25	14,0	4	13,8
3	6	3,4	1	3,4
T	179	100,0	29	100,0
X^2=0,001; p: 0,999 ANLAMSIZ				

Mesleki seçimini				
	Sorgulayan		Sorgulamayan	
Cevap	N	%	N	%
1	111	87,4	61	75,3
2	15	11,8	14	17,3
3	1	0,8	6	7,4
T	127	100,0	81	100,0
X^2=8,377; p: 0,015 ANLAMLI				

Hasta haklarını						
	Olumlu B.		Kararsız		Olumsuz B.	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	100	83,3	35	72,9	37	92,5
2	15	12,5	11	22,9	3	7,5
3	5	4,2	2	4,2	0	12,5
T	120	100,0	48	100,0	40	100,0
X^2=6,835; p: 0,145 ANLAMSIZ						

Adli Tıp Kurumu'na güveniyor musunuz?						
	Evet		Kararsızım		Hayır	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	45	83,3	71	78,0	56	88,9
2	8	14,8	16	17,6	5	7,9
3	1	1,9	4	4,4	2	3,2
T	54	100,0	91	100,0	63	100,0
X^2=3,721; p: 0,445 ANLAMSIZ						

Mesleki mesuliyet sigortası				
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	147	86,0	25	24,3
2	20	11,7	9	59,5
3	4	2,3	3	8,1
T	171	100,0	37	100,0
X^2=7,732; p: 0,021 ANLAMLI				

TCK'nın aleyhe olduğunu						
	Düşünenler		Kararsızlar		Düşünmeyenler	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	128	88,3	36	67,2	5	100,0
2	13	9,0	16	27,6	0	0,0
3	4	2,8	3	5,2	0	0,0
T	145	100,0	58	100,0	5	100,0
X^2=14,309; p: 0,009 ANLAMLI						

Tablo 14G*: Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?* Sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1. Her zaman ve çoğu zaman
2. Bazen ve nadiren
3. Hiçbir zaman
T. Toplam

Yaş				
	40 yaş altı		40 yaş üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	21	25,0	22	17,7
2	51	60,7	65	52,4
3	12	14,3	37	29,8
T	84	100,0	124	100,0
X^2=7,036; p: 0,030 ANLAMLI				

Çalışma Yılı				
	15 yıl altı		15 yıl üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	23	25,8	20	16,8
2	54	60,7	62	52,1
3	12	13,5	37	31,1
T	89	100,0	119	100,0
X^2=9,384; p: 0,009 ANLAMLI				

Cinsiyet				
	Erkek		Kadın	
Cevap	N	%	N	%
1	38	28,4	5	6,8
2	66	49,3	50	67,6
3	30	22,4	19	25,7
T	134	100,0	74	100,0
X^2=13,846; p: 0,001 ANLAMLI				

Kurum						
	D. Hastanesi		Ü. Hastanesi		Ö. Hastane	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	37	24,0	2	20,0	4	9,1
2	83	53,9	3	30,0	30	68,2
3	34	22,1	5	50,0	10	22,7
T	154	100,0	10	100,0	44	100,0
X^2=9,322; p: 0,054 ANLAMSIZ						

Unvan						
	Uzman		Ö.Görevlisi		Pratisyen	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	30	20,5	10	27,8	3	11,5
2	87	59,6	12	33,3	17	65,4
3	29	19,9	14	38,9	6	23,1
T	146	100,0	36	100,0	26	100,0
X^2=10,432; p: 0,034 ANLAMLI						

Aleyhine dava				
	Açılmayanlar		Açılanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	32	17,9	11	37,9
2	103	57,5	13	44,3
3	44	24,6	5	17,2
T	179	100,0	29	100,0
X^2=6,149; p: 0,046 ANLAMLI				

Mesleki seçimini				
	Sorgulayan		Sorgulamayan	
Cevap	N	%	N	%
1	36	28,3	7	8,6
2	74	58,3	42	51,9
3	17	13,4	32	39,5
T	127	100,0	81	100,0
X^2=23,977; p: 0,000 ANLAMLI				

Hasta haklarını						
	Olumlu B.		Kararsız		Olumsuz B.	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	13	10,8	11	22,9	19	47,5
2	70	58,3	28	58,3	18	45,0
3	37	30,8	9	18,8	3	7,5
T	120	100,0	48	100,0	40	100,0
X^2=28,237; p: 0,000 ANLAMLI						

Adli Tıp Kurumu'na güveniyor musunuz?						
	Evet		Kararsızım		Hayır	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	15	27,8	10	11,0	18	28,6
2	29	53,7	56	61,5	31	49,2
3	10	18,5	25	27,5	14	22,2
T	54	100,0	91	100,0	63	100,0
X^2=9,640; p: 0,047 ANLAMLI						

Mesleki mesuliyet sigortası				
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	36	21,1	7	18,9
2	93	54,4	23	62,2
3	42	24,6	7	18,9
T	171	100,0	37	100,0
X^2=0,808; p: 0,668 ANLAMSIZ				

TCK'nın aleyhe olduğunu						
	Düşünenler		Kararsızlar		Düşünmeyenler	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	41	28,3	2	3,4	0	0,0
2	81	55,9	32	55,2	3	60,0
3	23	15,9	24	41,4	2	40,0
T	145	100,0	58	100,0	5	100,0
X^2=25,471; p: 0,000 ANLAMLI						

Tablo 15A*: Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?* Sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1. Her zaman ve çoğu zaman
2. Bazen ve nadiren
3. Hiçbir zaman
T. Toplam

Yaş				
	40 yaş altı		40 yaş üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	24	28,6	33	26,6
2	52	61,9	67	54,0
3	8	9,5	24	19,4
T	84	100,0	124	100,0
X^2=3,758; p: 0,153 ANLAMSIZ				

Çalışma Yılı				
	15 yıl altı		15 yıl üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	28	31,5	29	24,4
2	52	58,4	67	56,3
3	9	10,1	23	19,3
T	89	100,0	119	100,0
X^2=3,785; p: 0,151 ANLAMSIZ				

Cinsiyet				
	Erkek		Kadın	
Cevap	N	%	N	%
1	39	29,1	18	24,3
2	73	54,5	46	62,2
3	22	16,4	10	13,5
T	134	100,0	74	100,0
X^2=1,151; p: 0,562 ANLAMSIZ				

Kurum						
	D. Hastanesi		Ü. Hastanesi		Ö. Hastane	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	45	29,2	2	20,0	10	22,7
2	88	57,1	6	60,0	25	56,8
3	21	13,6	2	20,0	9	20,5
T	154	100,0	10	100,0	44	100,0
X^2=1,931; p: 0,748 ANLAMSIZ						

Unvan						
	Uzman		Ö.Görevlisi		Pratisyen	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	42	28,8	10	27,8	5	19,2
2	85	58,2	19	52,8	15	57,7
3	19	13,0	7	19,4	6	23,1
T	146	100,0	36	100,0	26	100,0
X^2=2,804; p: 0,591 ANLAMSIZ						

Aleyhine dava				
	Açılmayanlar		Açılanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	44	24,6	13	44,8
2	105	58,7	14	48,3
3	30	16,8	2	6,9
T	179	100,0	29	100,0
X^2=5,782; p: 0,056 ANLAMSIZ				

Mesleki seçimini				
	Sorgulayan		Sorgulamayan	
Cevap	N	%	N	%
1	49	38,6	8	9,9
2	68	53,5	51	63,0
3	10	7,9	22	27,2
T	127	100,0	81	100,0
X^2=27,596; p: 0,000 ANLAMLI				

Hasta haklarını						
	Olumlu B.		Kararsız		Olumsuz B.	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	18	15,0	16	33,3	23	57,5
2	79	65,8	26	54,2	14	35,0
3	23	19,2	6	12,5	3	7,5
T	120	100,0	48	100,0	40	100,0
X^2=28,652; p: 0,000 ANLAMLI						

Adli Tıp Kurumu'na güveniyor musunuz?						
	Evet		Kararsızım		Hayır	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	18	33,3	19	20,9	20	31,7
2	29	53,7	57	62,6	33	52,4
3	7	13,0	15	16,5	10	15,9
T	54	100,0	91	100,0	63	100,0
X^2=3,668; p: 0,453 ANLAMSIZ						

Mesleki mesuliyet sigortası				
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	48	28,1	9	24,3
2	100	58,5	19	51,4
3	23	13,5	9	24,3
T	171	100,0	37	100,0
X^2=2,764; p: 0,251 ANLAMSIZ				

TCK'nın aleyhe olduğunu						
	Düşünenler		Kararsızlar		Düşünmeyenler	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	51	35,2	6	10,3	0	0,0
2	76	52,4	40	69,0	3	60,0
3	18	12,4	12	20,7	2	40,0
T	145	100,0	58	100,0	5	100,0
X^2=16,576; p: 0,002 ANLAMLI						

Tablo 15B*: Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?* Sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1. Her zaman ve çoğu zaman
2. Bazen ve nadiren
3. Hiçbir zaman
T. Toplam

Yaş				
	40 yaş altı		40 yaş üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	21	25,0	22	17,7
2	41	48,8	62	50,0
3	22	26,2	40	32,3
T	84	100,0	124	100,0
X^2=1,909; p: 0,385 ANLAMSIZ				

Çalışma Yılı				
	15 yıl altı		15 yıl üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	22	24,7	21	17,6
2	44	49,4	59	49,6
3	23	25,8	39	32,8
T	89	100,0	119	100,0
X^2=2,053; p: 0,358 ANLAMSIZ				

Cinsiyet				
	Erkek		Kadın	
Cevap	N	%	N	%
1	34	25,4	9	12,2
2	65	48,5	38	51,4
3	35	26,1	27	36,5
T	134	100,0	74	100,0
X^2=5,822; p: 0,054 ANLAMSIZ				

Kurum						
	D. Hastanesi		Ü. Hastanesi		Ö. Hastane	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	34	22,1	1	10,0	8	18,2
2	72	46,8	2	20,0	29	65,9
3	48	31,2	7	70,0	7	15,9
T	154	100,0	10	100,0	44	100,0
X^2=13,581; p: 0,009 ANLAMLI						

Unvan						
	Uzman		Ö.Görevlisi		Pratisyen	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	33	22,6	5	13,9	5	19,2
2	77	52,7	11	30,6	15	57,7
3	36	24,7	20	55,6	6	23,1
T	146	100,0	36	100,0	26	100,0
X^2=14,063; p: 0,007 ANLAMLI						

Aleyhine dava				
	Açılmayanlar		Açılanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	32	17,9	11	37,9
2	90	50,3	13	44,8
3	57	31,8	5	17,2
T	179	100,0	29	100,0
X^2=6,790; p: 0,034 ANLAMLI				

Mesleki seçimini				
	Sorgulayan		Sorgulamayan	
Cevap	N	%	N	%
1	39	30,7	4	4,9
2	63	49,6	40	49,4
3	25	19,7	37	45,7
T	127	100,0	81	100,0
X^2=27,099; p: 0,000 ANLAMLI				

Hasta haklarını						
	Olumlu B.		Kararsız		Olumsuz B.	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	15	12,5	10	20,8	18	45,0
2	63	52,5	23	47,9	17	42,5
3	42	35,0	15	31,2	5	12,5
T	120	100,0	48	100,0	40	100,0
X^2=21,106; p: 0,000 ANLAMLI						

Adli Tıp Kurumu'na güveniyor musunuz?						
	Evet		Kararsızım		Hayır	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	11	20,4	17	18,7	15	23,8
2	26	48,1	45	49,5	32	50,8
3	17	31,5	29	31,9	16	25,4
T	54	100,0	91	100,0	63	100,0
X^2=1,110; p: 0,893 ANLAMSIZ						

Mesleki mesuliyet sigortası				
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	37	21,6	6	16,2
2	80	46,8	23	62,2
3	54	31,6	8	21,6
T	171	100,0	37	100,0
X^2=2,897; p: 0,235 ANLAMSIZ				

TCK'nın aleyhe olduğunu						
	Düşünenler		Kararsızlar		Düşünmeyenler	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	39	26,9	4	6,9	0	0,0
2	70	48,3	31	53,4	2	40,0
3	36	24,8	23	39,7	3	60,0
T	145	100,0	58	100,0	5	100,0
X^2=14,015; p: 0,007 ANLAMLI						

Tablo 15C*: Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu?* Sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1. Her zaman ve çoğu zaman
2. Bazen ve nadiren
3. Hiçbir zaman
T. Toplam

Yaş				
	40 yaş altı		40 yaş üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	33	39,3	43	34,7
2	41	48,8	61	49,2
3	10	11,9	20	16,1
T	84	100,0	124	100,0
X^2=0,912; p: 0,634 ANLAMSIZ				

Çalışma Yılı				
	15 yıl altı		15 yıl üstü	
Cevap	N	%	N	%
1	34	38,2	42	35,3
2	43	48,3	59	49,6
3	12	13,5	18	15,1
T	89	100,0	119	100,0
X^2=0,230; p: 0,891 ANLAMSIZ				

Cinsiyet				
	Erkek		Kadın	
Cevap	N	%	N	%
1	59	44,0	17	23,0
2	57	42,5	45	60,8
3	18	13,4	12	16,2
T	134	100,0	74	100,0
X^2=9,287; p: 0,010 ANLAMLI				

Kurum						
	D. Hastanesi		Ü. Hastanesi		Ö. Hastane	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	57	37,0	2	20,0	17	38,6
2	76	49,4	4	40,0	22	50,0
3	21	13,6	4	40,0	5	11,4
T	154	100,0	10	100,0	44	100,0
X^2=5,876; p: 0,209 ANLAMSIZ						

Unvan						
	Uzman		Ö.Görevlisi		Pratisyen	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	63	43,2	10	27,8	3	11,5
2	63	43,2	18	50,0	21	80,8
3	20	13,7	8	22,2	2	7,7
T	146	100,0	36	100,0	26	100,0
X^2=15,716; p: 0,003 ANLAMLI						

Aleyhine dava				
	Açılmayanlar		Açılanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	60	33,5	16	55,2
2	91	50,8	11	37,9
3	28	15,6	2	6,9
T	179	100,0	29	100,0
X^2=5,374; p: 0,068 ANLAMSIZ				

Mesleki seçimini				
	Sorgulayan		Sorgulamayan	
Cevap	N	%	N	%
1	60	47,2	16	19,8
2	51	40,2	51	63,0
3	16	12,6	14	17,3
T	127	100,0	81	100,0
X^2=16,228; p: 0,000 ANLAMLI				

Hasta haklarını						
	Olumlu B.		Kararsız		Olumsuz B.	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	36	30,0	18	37,5	22	55,0
2	62	51,7	27	56,2	13	32,5
3	22	18,3	3	6,2	5	12,5
T	120	100,0	48	100,0	40	100,0
X^2=11,654; p: 0,020 ANLAMLI						

Adli Tıp Kurumu'na güveniyor musunuz?						
	Evet		Kararsızım		Hayır	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	25	46,3	24	26,4	27	23,8
2	23	42,6	48	52,7	31	50,8
3	6	11,1	19	20,9	5	25,4
T	54	100,0	91	100,0	63	100,0
X^2=10,260; p: 0,036 ANLAMLI						

Mesleki mesuliyet sigortası				
	Yaptıranlar		Yaptırmayanlar	
Cevap	N	%	N	%
1	67	39,2	9	24,3
2	80	46,8	22	59,5
3	24	14,0	6	16,2
T	171	100,0	37	100,0
X^2=2,935; p: 0,231 ANLAMSIZ				

TCK'nın aleyhe olduğunu						
	Düşünenler		Kararsızlar		Düşünmeyenler	
Cevap	N	%	N	%	N	%
1	62	42,8	12	20,7	0	0,0
2	61	42,1	38	65,5	2	40,0
3	22	15,2	8	13,8	3	60,0
T	145	100,0	58	100,0	5	100,0
X^2=11,103; p: 0,025 ANLAMLI						

Tablo 15D*: Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, agresif ve şikayetçi olma olasılığı yüksek olan hasta ve hasta yakınlarından kaçındığınız oluyor mu?* Sorusuna verilen yanıtların diğer sorulara göre dağılımı.

1. Her zaman ve çoğu zaman
2. Bazen ve nadiren
3. Hiçbir zaman
T. Toplam

Tablo 22: 18-28. Soruların uzmanlık alanlarına göre dağılımı 1. Her zaman ve çoğu zaman 2. Bazen ve nadiren 3. Hiçbir zaman T. Toplam S. Soru

	Beyin Cerrahi	***Jinekoloji ve Obstetrik***	***Ortopedi***	***Anestezi***	***Genel Cerrahi***	***İç Hastalıkları***	***Çocuk Hastalıkları***	***Üroloji***	***KBB***	T
S	1 2 3 T	1 2 3 T	1 2 3 T	1 2 3 T	1 2 3 T	1 2 3 T	1 2 3 T	1 2 3 T	1 2 3 T	
18	N 10 15 0 25 % 40 60 0 100	N 8 14 3 25 %32 56 12 100	N 4 13 3 20 %20 65 15 100	N 4 6 0 10 %40 60 0 100	N 6 11 1 18 %33,3 61,1 5,6 100	N 11 14 3 28 %39,3 50 10,7 100	N 5 14 1 20 %25 70 5 100	N 10 6 4 20 %50 30 20 100	N 7 6 3 16 %43,8 37,5 18,8 100	182
19	N 3 15 7 25 %12 60 28 100	N 5 11 9 25 %20 44 36 100	N 4 10 6 20 %20 50 30 100	N 2 2 6 10 %20 20 60 100	N 0 10 8 18 % 0 55,6 44,4 100	N 5 13 10 28 %17,9 46,4 35,7 100	N 1 14 5 20 %5 70 25 100	N 8 8 4 20 %40 40 20 100	N 3 6 7 16 %18,8 37,5 43,8 100	182
20	N 15 10 0 25 %60 40 0 100	N 11 11 3 25 %44 44 12 100	N 6 12 2 20 %30 60 10 100	N 3 7 0 10 %30 70 0 100	N 4 10 4 18 %22,2 55,6 22,2 100	N 10 18 0 28 %35,7 64,3 0 100	N 5 14 1 20 %25 70 5 100	N 7 11 2 20 %35 55 10 100	N 7 7 2 16 %43,8 43,8 12,5 100	182
21	N 5 10 10 25 %20 40 40 100	N 7 11 7 25 %28 44 28 100	N 4 9 7 20 %20 45 35 100	N 1 6 3 10 %10 60 30 100	N 2 9 7 18 %11,1 50 38,9 100	N 0 24 4 28 %0 85,7 14,3 100	N 1 10 9 20 %5 50 45 100	N 4 8 8 20 %20 40 40 100	N 1 4 11 16 %6,2 25 68,8 100	182
22	N 14 8 3 25 %56 32 12 100	N 4 14 7 25 %16 56 28 100	N 2 14 4 20 %10 70 20 100	N 2 5 3 10 % 20 50 30 100	N 2 11 5 18 %11,1 61,1 27,8 100	N 4 15 9 28 %14,3 53,6 32,1 100	N 2 14 4 20 %10 70 20 100	N 3 11 6 20 %15 55 30 100	N 7 7 2 16 %43,8 43,8 12,5 100	182
23	N 20 5 0 25 %80 20 0 100	N 12 9 4 25 %48 36 16 100	N 8 12 0 20 %40 60 0 100	N 4 6 0 10 %40 60 0 100	N 4 14 0 18 %22,2 77,8 0 100	N 13 15 0 28 %46,4 53,6 0 100	N 6 13 1 20 %30 65 5 100	N 11 4 5 20 %55 20 25 100	N 6 8 2 16 %37,5 50 12,5 100	182
24	N 17 8 0 25 %68 32 0 100	N 11 9 5 25 %44 36 20 100	N 4 16 0 20 %20 80 0 100	N 2 6 2 10 %20 60 20 100	N 0 15 3 18 %0 83,3 16,7 100	N 5 20 3 28 %17,9 71,4 10,7 100	N 5 11 4 20 %25 55 20 100	N 3 13 4 20 %15 65 20 100	N 5 6 5 16 %31,2 37,5 31,2 100	182
25	N 8 14 3 25 %32 56 12 100	N 9 12 4 25 %36 48 16 100	N 0 13 7 20 %0 65 35 100	N 0 4 6 10 %0 40 60 100	N 2 11 5 18 %11,1 61,1 27,8 100	N 6 13 9 28 %21,4 46,4 32,1 100	N 2 8 10 20 %10 40 50 100	N 6 5 9 20 %30 25 45 100	N 5 8 3 16 %31,2 50 18,8 100	182
26	N 20 5 0 25 %80 20 0 100	N 11 13 1 25 %44 52 4 100	N 3 11 6 20 %15 55 30 100	N 2 5 3 10 %20 50 30 100	N 7 8 3 18 %38,9 44,4 16,7 100	N 13 11 4 28 %46,4 39,3 14,3 100	N 3 12 5 20 %15 60 25 100	N 6 10 4 20 %30 50 20 100	N 8 6 2 16 %50 37,5 12,5 100	182
27	N 24 1 0 25 %96 4 0 100	N 18 7 0 25 %72 28 0 100	N 19 1 0 20 %95 5 0 100	N 8 1 1 10 %80 10 10 100	N 16 2 0 18 %88,9 11,1 0 100	N 22 6 0 28 %78,6 21,4 0 100	N 17 2 1 20 %85 10 5 100	N 16 2 2 20 %80 10 10 100	N 15 0 1 16 %93,8 0 6,2 100	182
28	N 25 0 0 25 %100 0 0 100	N 21 4 0 25 %84 16 0 100	N 18 2 0 20 %90 10 0 100	N 8 1 1 10 %80 10 10 100	N 18 0 0 18 %100 0 0 100	N 25 3 0 28 %89,3 10,7 0 100	N 18 1 1 20 %90 5 5 100	N 17 2 1 20 %85 10 5 100	N 13 2 1 16 %81,2 12,5 6,2 100	182

5 TARTIŞMA ve SONUÇ

1970'li yıllarla beraber özellikle ABD'de fark edilmeye ve yapılan çalışmalarla oranı tespit edilmeye başlanan defansif tıbbi uygumlalar, tıbbın uygulanmasının hak ve özgürlükler ile hukuki açıdan yorumlanma eğilimi nedeniyle ortaya çıkan, hasta hakları, hasta hekim ilişkisi, tıbbi uygulama hataları, hekimin hukuki ve cezai sorumluluğu gibi konularla doğrudan bağlantılı hatta bu konuların irdelenerek, hekimin konumunun daha tartışılır bir hale gelmesinin hekimler üzerindeki etkisi olarak görmek doğru bir tercih olacaktır. Yapılan çalışmada da buradan hareket edilerek, tıp hukukunun temel konuları olan, hasta hakları, hasta hekim ilişkisi, tıbbi uygulama hataları, hekimin hukuki ve cezai sorumluluğu hem genel bilgiler bölümünde detaylı bir şekilde izah edilmiş hem de anket çalışmasında bu konular hakkında hekimlerin davranışsal özellikleri ve düşünceleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Anket çalışmasının temelinde, katılımcı hekimlerde defansif tıbbi uygulamaların ne oranda ve hangi sıklıkta uyguladıkları ile yaş, cinsiyet, çalışılan kurum, unvan, dava açılma, mesleki sorgulama, hasta hakları hakkında düşünce, sigortalılık, TCK'nın hekimler aleyhine olup olmadığını düşünme ve yasal bilirkişilik kurumu olan Adli Tıp Kurumu'na duyulan güven gibi parametreler arasındaki ilişki tespit edilemeye çalışılmıştır. Özellikle Dr. Yusuf Aynacı tarafından yapılan ve defansif tıbbı konu alan çalışma ile yapmış olduğumuz çalışmanın karşılaştırılması imkanı ulusal anlamda defansif tıbbi uygulamalarının hekimler tarafından başvurulma sıklığının tespitinde güvenilirlik sağlamış ve iki çalışmanın da farklı kentlerde gerçekleştirilmesi bu güvenilirliğin ve genel kanaatin oluşmasında büyük rol oynamıştır.

Çalışmamıza 208 hekim katılmış olup hekimlerin %64,4'ü erkek, %35,6'sı kadındır(Grafik 1). Hem ulusal (%77,3 erkek, %22,7 kadın)(216) hem de uluslararası literatüre (%73 erkek, %27 kadın)(211) göre kadın katılımcı oranı yüksek çıkmış olmakla beraber; çalışmamızda çıkan toplam yaş ortalaması olan 43,54 yıl ulusal literatürdeki, 42,29 yıl(216) ve uluslararası literatürde ki, 40,4 yıl(211) ile hemen hemen uyumlu bulunmuştur. Uygulanan anket çalışmasında hedef kitle olarak ulusal ve uluslararası literatürde, aleyhine dava açılma oranları yüksek olan ve defansif tıbbi uygulamaları sık gerçekleştirdiklerine dair bulgular bulunan, beyin cerrahi, jinekoloji ve obstetrik, ortopedi, anestezi, genel cerrahi, acil tıp(acil servislerde görev yapan pratisyen hekimler), iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzmanı olan hekimlere branşsınız nedir sorusunda şıklar açılmıştır(53,73,206,212,224,251).

Bununla beraber tıbbi uygulama hatası iddiaları içeren davalarda başat rolde oldukları ya da defansif tıbbi uygulamaları sık gerçekleştirdiklerine dair belirgin bir bulgu olmayan kulak burun boğaz ve üroloji uzmanları da anket çalışmasına dahil edilerek gerçekten de hekimler arasında somut bir risk grubunun varlığını tespit etmek amaçlanmıştır. Bu çerçevede anketi cevaplayan farklı uzmanlık alanlarına sahip hekimlerin sayısı birbirine yakın tutulmaya çalışılmıştır. Çalışmaya en yoğun katılım %13,5 ile iç hastalıkları uzmanları ile %12,5 ile pratisyen hekimler olmuştur(Grafik 3, Tablo 2). Anket uygulayıcısının bireysel gözlemi bağlamında çalışmaya en çok ilgi ve merak beyin cerrahi uzmanları tarafından gösterilmiş, en çekingen ve neredeyse hiçbir şekilde diyaloga girmeyen, sorgulama yapmayan ve soru sormayan grup ise jinekoloji ve obstetrik uzmanları olmuştur.

Temelinde tıbbi uygulama hatası iddialarını içeren hukuki konuları işleyen tıp ve sağlık hukukunun ülkemiz özelinde 1970'li yıllarda yapılmış kimi çalışmaların varlığına rağmen(118) gelişmesi ve yoğun bir şekilde incelenmesi son on beş yıllık bir periyodu kapsamaktadır. Dolayısıyla tıp ve sağlık hukuku hem hekimler, hem de hukukçular için esasında yeni bir kavram sayılabilecektir. Bu süreç içersinde getirilen normatif düzenlemeler ve artan malpraktis davaları kaynaklı olarak(53,54,74) hekimler uygulamalarında salt mesleki bilgilerini değil hasta hakları, malpraktis, aydınlatılmış onam ve benzeri temel kavramları da bilerek ve gözeterek hareket etme yükümlülüğü altına girmişlerdir. Birçok üniversite, meslek odası, özel kuruluşlar ve Sağlık Bakanlığı konu ile ilgili konferans ve sempozyumlar düzenleme sıklıklarını arttırarak, artan ilgiyi ve ihtiyacı karşılamaya çalışmaktadır. Bu düzlemde hekimlerin mesleklerini uygularken aynı zamanda konu ile alakalı temel hukuki kavram ve prensiplere de net bir şekilde hakim olması, hem kendi hukuki güvenlikleri hem de hastanın temel hakları açısından, şarttır(54,216).

Çalışmamızda, hekimlerin temel tıp hukuku bilgileri ile ilgili fikir edinme maksatlı olarak iki adet soru yöneltilmiştir. Katılımcı hekimlerin %43,3'ü tam ve eksiksiz alınmış bir onamın kendilerini hukuki ve cezai sorumluluktan korumayacağını ifade ederken %57,7'sinin soru ile ilgili doğru bilgisinin olmadığı saptanmıştır(Tablo 16). Diğer bir soru ise, gözetim altında tıbbı uygulaması gereken yardımcı personel ve asistan hekimin hatalı tıbbi uygulamasından sorumlu uzman hekimin de mesul olup olamayacağı yönünde olmuştur, hekimlerin bu soruda, %80,3'lük bir oranla kesinlikle evet ve evet cevabını vermeleri yeterli olmasa da diğer soruya göre daha fazla bilgi sahibi oldukları tespitine imkan tanımıştır(Tablo 18). Aynacı tarafından yapılan çalışmada da aydınlatılmış onam ile ilgili sorulan soruya hekimlerin %69,4'ü doğru

cevabı vererek, aydınlatılmış onam ile ilgili bulgumuzdan kısmen yüksek bulunmuştur(216). Hekimlerin hukuki konularda bilgi kaynaklarının sorgulanması çerçevesinde yöneltilen soruya ise, katılımcıların %67,3'ü meslek örgütü tarafından, %79,8'i ise kurumları tarafından yeterli şekilde bilgilendirilmediklerini ifade etmiştir(Tablo 3). Kurumsal anlamda ise devlet hastanesi hekimlerinin %83,8'i çalıştıkları kurum tarafından yeterince bilgilendirilmediklerini ifade etmiştir(Tablo 4). Bu çerçevede ortaya çıkan sonuç, hekimlerin hukuki bilgilerinin çok da yeterli olmadığı ve meslek örgütü ile kurumları tarafından da, hekimlere yönelik eleştiriler getirmek mümkünse de, tatminkar bir şekilde bilgilendirmeye tabi tutulmadıklarıdır. Artan oranda, hukuki kavramlarla iç içe geçen tıbbın tatbikinde yeterli bilgiye sahip olmama ya da bilgilendirilmeme durumu aynı zamanda hekimlerin mesleki uygulamaları sırasında da belli bir tedirginlik yaşamalarına sebep olabilecektir. Bu manada kanaatimce, tıp fakültelerinde en azından temel hukuk ve tıp hukuku derslerinin verilmemesi, gelecekteki hekimlerinde aynı konulardan yakınmalarına ve tedirgin olmalarına sebep olabilecektir.

Defansif tıbbi uygulamaların altında yatan esas neden tıbbi müdahale sırasında hekimin hatalı ya da hatalı olduğu iddia edilen davranış nedeniyle yargı mercilerinin önüne çıkmasıdır. Bu çerçevede tıbbi uygulama hatalarının nedenleri ve nasıl önleneceğinin tespiti de aynı zamanda defansif tıbbi uygulamaların azalmasında ya da en azından hekimlerin daha rahat çalışabilmesinde önem arz etmektedir. Genel tanımı bağlamında hata kavramı, hatayı yapan kişinin objektif kıstaslar dairesinde sübjektif durumu ile nitelendirilmektedir. Bununla beraber somut bir başka etkenin varlığı hatanın derecesinin ya da varlığının sorgulanmasına da sebep olabilecektir. Çalışmada Türkiye'nin sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinin sunumu koşulları çerçevesinde var olan olumsuzlukların tıbbi uygulama hatalarına ne derecede etki ettiğinin hekimlerin gözüyle tespit etmek maksatlı olarak, çalışma saatlerinin yoğunluğu, muayene edilen hasta sayısının çokluğu ve tıbbi gereçlerin yetersizliği gibi etkenlerin tıbbi uygulama hatasına yol açıp açamayacağını sorgulayan üç adet soru sorulmuştur. Hekimlerin %90,4'ü çalışma saatlerinin yoğunluğunun, %94,7'si muayene edilen hasta sayısının çokluğunun ve %94,7'si tıbbi gereçlerin yetersizliğinin tıbbi uygulama hatasına yol açacağını ifade etmiştir(Tablo 5). Adı geçen etkenler en azından Batılı ülkeler ile karşılaştırıldığında, Türkiye'nin kamusal sağlık hizmetlerinin nevi şahsına münhasır olan özellikleridir. Bu sebeple uluslararası literatürde doğrudan tıbbi uygulama hatasına yol açtıkları konusunda net bir çalışma mevcut değildir. Bununla beraber ortada bir gerçek vardır ki, hekimlerin de birer insan olduğudur. Tıbbi uygulama hatalarının sacayaklarından bir tanesi hekimin dikkatsiz ve özensiz davranmasıdır. Dikkatsizlik ve özen eksikliği hekimin genel tavrından

kaynaklanabileceği gibi yoğun bir şekilde dış etkenlerin varlığı ile de ortaya çıkabilecektir. Özellikle bakılan hasta sayısının çokluğu ve çalışma saatlerinin yoğunluğu hekimde mesai saatinin başlamasından bitimine doğru dikkatsizlik ve özen eksikliği ile bıkkınlık yaratabilecek etmenlerdir(84). Ulusal yargı içtihatlarında her iki etkenin de tıbbi uygumla hatası iddialarında dikkate alındığına dair ulaşılabilen bir karar olmamakla beraber, bu etkenler, hekimin değerlendirilmesinde sübjektif unsurların da dikkate alınması gerektiği kanaatini uyandırmaktadır. Neticede gün içersinde muayene edilen 20 hasta ile 50 hasta arasında hekimin performansında farklılık olacağı da kesindir. Yapılan bir çalışmada, katılımcı hekimlerden bir tanesinin mesleki mesuliyet sigortasında gün içinde 30 hastadan sonra bakılan hastalarda çıkacak uygulama hatası iddialarının sigorta kapsamında olmadığından yakınması, esasında zımni olarak sigorta şirketlerinin de bu unsuru dikkate aldığının bir göstergesi ve tıbbi uygulama hatasında bakılan hasta sayısın çokluğunun dikkate değer bir etken olduğunun ifadesidir(54,216). Ayrıca, Türkan ve Tuğcu'nun yapmış olduğu çalışmada acil servislerde yapılan ve YSŞ'ye intikal eden tıbbi uygulama hatası iddialarında en büyük sebep %47,3 ile dikkatli muayene etmeme olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla dikkatin tıbbi uygulama hataları içersinde önemli bir etken olduğu aşikardır. Her iki etken esasında hekimden çok sistemsel bir aksaklığın varlığına da işaret etmektedir. Bu itibarla hekimlerin sorumluluğu araştırılırken her iki unsurunda dikkate alınması ve yapılan hatanın ne kadar hekime bağlı ne kadar sistemsel olduğu dikkatle tespit edilmelidir(82). Tıbbi gereçlerin yetersizliğinden kaynaklanan hatalarda ise hekime kusur izafe etmek daha zordur. Nitekim hem uygulamada hem de doktrinde, hataya dair sübjektif etkenleri araştırarak değerlendirme yapmak saklı kalmak kaydıyla, cihazları temin etmeyen ya da işlevsel eksikliklerini gidermeyen sağlık hizmeti sunucusunun kurumsal sorumluluğuna yönelmek daha ağır basmaktadır(87,82). Hekimler, nicelik açısından tam örtüşmese de tıpkı hava aracı pilotları gibi ellerinde insanların yaşama haklarını ve şanslarını barındıran profesyonellerdir. Bu çerçevede Perrow'un havacılık modelinde bahsettiği gibi, tıbbi uygulamalarda da, havacılık sektöründeki titizliğin, prosedürlerin ve mesleki motivasyonun yakalanması; hatanın erken raporlanmasının sağlanması ve sistemsel olarak mükemmele yakın güvenlik önlemelerinin alınması ve koşulların sağlanması tıbbi kazalarında azalmasında rol oynayabilecektir(274). Parantez içersinde belirtmek gerekirse, hekimlerin neredeyse ittifakla üç uygulamanın da tıbbi uygulama hatasına yol açacağı yönünde fikir belirtmesi, hasta yoğunluğu ve çalışma süresi uzunluğunun katılımcı hekimlerin büyük oranda çalıştıkları devlet hastanelerinde hali hazırda sorun olarak var olması, bu unsurların da tıbbi uygulama

hatası çerçevesinde ve defansif hekimlik bağlamında tedirginlik yaratabileceği fikrini uyandırmaktadır.

Ülkemiz özelinde tıbbi uygulama hatası iddiaları içeren davaların arttığı literatürde pek çok yazar ve araştırmacı tarafından dile getirilmektedir(54,70,74,216,275). Çalışmamızda hekimler, bu yöndeki soruya, %86,6'lık bir oranla kesinlikle evet ve evet cevabını vermiştir(Tablo 6). Aynacı'nın yapmış olduğu çalışmada ise benzer soruya hekimler %84,12'lik oranla evet cevabı vererek sonucumuzla uyumlu bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan bir araştırmada, tıbbi uygulama hatası iddiaları barındıran haberlerin basına yansımasının 2004 yılından 2007 yılına kadar neredeyse %100'ün üzerinde bir artış yaşadığı tespit edilmiştir(74), Pakiş ise yaptığı çalışmada Adli Tıp Kurumu'na akseden ölümle ya da ölü doğumla sonuçlanan ve tıbbi uygulama hatası içeren vakalarda 5 yıllık periyotta %160'lık bir artış olduğunu bildirmiştir(275). Bu eksende tıbbi uygulama hatası iddialarının 1970'li yıllarda, ABD'de gündeme gelmesi ile artış göstermesi hem medyadaki haberlerin artması hem de dava sayısının artması çerçevesinde ülkemizdeki veriler paralelinde cereyan etmiştir(223,224). Aynacı ise çalışmasında dava sayısının arttığının düşünülmesinin hekimlerde tedirginlik yarattığını da dile getirmiştir(216).

Tıbbi uygulama hatası iddiaları, genellikle hasta üzerinde cismani zarara sebebiyet vermesi nedeni ile evvela ceza davasına konu olmaktadır. Bu çerçevede devlet memuru olan hekimlerin hata iddiasıyla ceza mahkemelerinde yargılanabilmesi için 4483 Sayılı Memur ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun'a göre öncelikle açılacak idari bir tahkikat ile soruşturma izni verilmesi gerekmektedir. Özel sektörde çalışan hekimler içinse böyle bir koruma sistemi mevcut değildir. Bu bağlamda hem kamu personeli olan hekimler aleyhine açılan idari soruşturmaların hangi oranla muhakeme izniyle sonuçlandığını, hem de kamu personeli olan ve olmayan hekimler arasındaki dava sayısı ve idari korumanın etkilerini tespit amacıyla, aleyhte dava açılıp açılmadığını sorgulayan sorular özel sektör ve kamu ayrımı yapılarak sorulmuştur. 164 kamu personeli hekime yöneltilen tıbbi uygulama hatası iddiasıyla hakkınızda idari soruşturma açıldı mı sorusuna hekimlerin 38'i (%23,2) evet cevabını vermiştir(Tablo 7). Aleyhinde idari soruşturma başlatılan hekimlerin ise 16'sı (%42,1) hakkında muhakeme izni verilerek dava açılmıştır. Bu veriler ışığında kamu çalışanı hekimlerin dava edilme oranı %9,7 olarak tespit edilirken, özel sektörde çalışan 44 katılımcı hekim arasında dava edilen hekim sayısı ise 13 (%29,6) olmuştur(Tablo 8). Burada dikkatimizi çeken nokta, kamu personeli olan hekimler aleyhine bir iddia durumunda

öncelikle idari tahkikat başlatılmakta, tahkikat neticesinde bulgular yargılamayı gerektiren bir durum arz ederse muhakeme izni verilmektedir. Anlaşılacağı üzere kamu personeli olan hekimler ciddi bir koruma kalkanı altındayken özel sektör çalışanları aleyhine doğrudan şikayet yoluyla, dava açılabilmektedir. Esasında her iki kesimin de şikayet oranı birbirine yakındır ancak muhakeme iznine geçildiği zaman özel sektör çalışanlarının dava edilme oranı kamu personeli hekimlere nazaran 3 kat daha fazla olmaktadır. Tüm hekimler arasında ise aleyhine tıbbi uygulama hatası iddiasıyla dava açılan hekim sayısı 29'dur (%14,0)(Grafik 4). Ulusal literatürde hekimler arasında dava açılma oranını tespit eden en ciddi hatta ulaşabilmiş olduğumuz tek çalışma ise Aynacı tarafından gerçekleştirilmiştir, söz konusu çalışmada, katılımcı hekimler arasında dava açılma oranı %12,34 olarak tespit edilmiştir(216). Bu bağlamda çalışmamızdan çıkan %14,0'lık oran benzeri çalışma ile örtüşmüş ve aynı zamanda her iki çalışmanın verilerini karşılaştırma çerçevesinde daha güvenilir kılmıştır. Uluslararası literatürde ortaya çıkan %88,0(224), %92,0(206), %83,0(251) oranlarındaki dava edilen hekim sayısı çerçevesinde ise, ortaya çıkan sonuç oldukça düşük kalmıştır. Çalışmamıza katılan pratisyen hekimler aleyhine dava açılmazken, dava açılan hekimlerin 4'ü (%13,8) öğretim görevlisi, 25'i (%86,2) ise uzman hekimler olmuştur(Tablo 10). Uzmanlık alanları içersinde değerlendirme yaptığımız zaman ise en çok dava edilen grup 8 (%32) hekimle beyin cerrahi, 8 hekimle (%32) jinekoloji ve obstetrik, 4 hekimle (%22,0) genel cerrahi, 3 (%15,0) hekimle çocuk hastalıkları, 3 hekimle (%15,0) ortopedi ve 2 (%10,0) hekimle üroloji uzmanları olmuştur(Tablo 11). Tüm dava edilen hekimler arasında ise aynı sıralama yerini korumuştur. Çalışmaya katılan hastanelerin acil servislerinde çalışan hekimler aleyhine ise herhangi bir dava açılmamıştır. Bu çerçevede pratisyen hekimlerin dava edilmemesi literatürde belirtilen risk gruplarından olan acil tıp uzmanlarının yüksek dava edilmesi olgusu ile ters düşmüştür(53,73,206,216,224,275). Anket çalışmasının hedef kitlesinde yer alan bu risk grubu olarak addedilen hekimler aleyhine, tıbbi uygulama hatası iddiasıyla en azından grup içinde yüksek oranda dava açılması, literatürde bildirilen risk gruplarının yüksek dava edilmesi olgusuyla da ters düşmemiştir(224,275). Aleyhe dava açılma olgusu hatta korkusu daha öncede belirttiğimiz üzere defansif tıbbi uygulamaların gerçekleştirilmesinde temel nedendir, bu çerçevede çalışmamıza katılan ve aleyhine dava açılan hekimler, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde aleyhlerinde dava açılmayan hekimlere göre daha fazla, karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçınma, fazladan konsültasyon isteme, endikasyonsuz hasta yatırma ve riskli hastaları sevk etme tarzında olan defansif tıbbi uygulamaları tercih ettikleri tespit edilmiştir. Bu bulgumuz Aynacı'nın aynı türden olan çalışmasında çıkan sonuç ile de kısmen örtüşmüştür(216). Diğer defansif tıbbi uygumlalar bağlamında aleyhine dava

açılan hekimler, açılmayan hekimlere göre daha fazla söz konusu uygulamalara yöneldiklerini belirtseler de istatistiksel açıdan herhangi bir anlam ortaya çıkmamıştır.

Dava edilme korkusunun salt defansif tıbbi uygulamalara yönelme bağlamında değil aynı zamanda hekimin mesleki motivasyonu ve mesleki standardını sorgulamasına da neden olduğu yapılan çalışmalarda ve makalelerde dile getirilmiştir. Özellikle ABD'de hekimlerin uzmanlık alanlarını bırakarak pratisyen hekimlik yapmaları, eyalet değiştirmeleri, hasta bakmayı bırakarak eğitmenlik yapmaları ya da mesleklerini icrayı tamamen bırakmaları gibi davranış tarzları, tıbbi uygulama hatası iddiaları ve defansif tıbbi uygulamaların etkileri arasında sayılmıştır(224,255). Dolayısıyla, dava edilme korkusu defansif tıbbi uygulamalara sebebiyet verirken aynı zamanda hekimlerin esaslı bir defansif davranışla mesleklerini de bırakmaları ya da görev türlerini değiştirmelerine sebebiyet verebilecektir. Ulusal literatürde dava edilme ihtimali ve yasal mevzuat gibi hukuki enstrümanların hekimlerin mesleklerini sorgulamalarına ne denli etki ettiği yönünde herhangi bir çalışmaya rastlanılmamakla beraber teoride tartışılan bu unsurun etkisini tespit edebilmek amacıyla çalışmamızda bu yönde iki soru hekimlere yöneltilmiştir. Katılımcı hekimlerin 127'si (%61,1) hekimler aleyhine var olan tıbbi uygulama hatası iddiaları, açılan ceza ve tazminat davaları ile mevcut yasal düzenlemelerin mesleki seçimlerini sorgulamalarına neden olduğunu dile getirtmiştir. Aynı doğrultuda uzman hekimlere sorulan soruda ise, katılımcıların 106'sının (%58,2) uzmanlık alanlarını sorguladığı tespit edilmiştir(Tablo 12). Esasında her iki sonuç da ülkemiz şartlarında oldukça vahim özellikler taşımaktadır. Nitekim hizmet kalitesini etkileyen unsurlardan bir tanesi de kuşkusuz, hizmet sunanın mesleğine karşı motivasyonudur, bu motivasyon eksikliğinin de sonuçlarından bir tanesi defansif tıbbi uygulamalar olduğu çalışmamızda ortaya çıkmıştır. Mesleki seçimin sorgulayan hekimlerin istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde, mesleklerinden memnun hekimlere göre daha fazla hem pozitif hem de negatif defansif tıbbi uygulamaları gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir. Yukarıda belirttiğimiz üzere, çalışmamızda hekimler aleyhine açılan dava oranı %14,0 olarak tespit edilerek yabancı literatürde %80,0 ve %90,0'lar civarında seyreden oranlara göre oldukça düşük çıkmıştır; ancak buna rağmen hekimlerin %61,1'i mesleklerini sorguladıklarını bir nevi mesleklerinden memnun olmadıklarını ifade etmiştir. Bu doğrultuda dava oranlarının daha da artması neticesinde, hekimlik mesleğinin tercih edilmemesi ve hekimlerin fiilen mesleklerini bırakması gibi neticelerle karşılaşılması hatta ABD'de olduğu gibi hekim azlığı çekilmesi gibi sorunlarla karşılaşılması yüksek ihtimaldir(255). Uzman hekimlere yöneltilen soruda da çarpıcı sonuçlar ortaya çıkmıştır, çalışmaya katılan, Jinekoloji ve Obstetrik uzmanlarının

%88,0'i Beyin cerrahi uzmanlarını %76,0'sı uzmanlık alanlarını sorguladıklarını belirtmiştir(Tablo 13). Literatürde yüksek risk gruplarından sayılan bu uzman hekimlerin(212,216,224,251,275) kendilerini yasal açıdan daha fazla risk altında görmeleri ile beraber aynı zamanda daha yoğun şekilde demoralize oldukları çalışma sonucundan anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda, yerli ve yabancı literatürde klasikleşmiş defansif tıbbi uygulamalar olarak alınan 11 davranış türü soru haline getirilmiştir(206,216,224,251,256). Bu çerçevede 7'si pozitif 4'ü negatif olmak üzere 18-28. sorular arasında bulunan 11 soru ile defansif tıbbi uygulamaların katılımcılar arasındaki yaygınlığı ölçülmeye çalışılmıştır(Tablo 14-15). Cevaplanacak olan şıklar her zaman, çoğu zaman, bazen, nadiren ve hiçbir zaman tarzında düzenlenerek, hekimlerin başvurma sıklıklarının da ölçülmesi amaçlanmıştır. Çalışma neticesinde katılımcı hekimlerin sıklıkla ya da nadiren de olsa %83,3'ünün defansif tıbbi uygulamaları gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir. Bu oran benzer nitelikteki Aynacı'nın çalışmasında çıkan %78,87'lik oranla yüksek oranda uyuşmuştur(216). Aynı şekilde sıklıkla ya da nadiren de olsa, hekimlerin %79,2'sinin negatif; %85,6'sının pozitif defansif tıbbi uygulamalara yöneldiği sonucu ortaya çıkmıştır. Aynacı'nın çalışmasında bu oranlar negatif davranışlar için %75,66, pozitif davranışlar için ise %79,74 olmuş, bu oranlar bağlamında da çalışmamız sonuçları kısmen yüksek olsa da bulgular birbirleriyle örtüşmüştür(216). Her zaman ve çoğu zaman şıklarını değerlendirmeye aldığımız zaman, hekimlerin %26,3'ü negatif, %44,5'i ise pozitif defansif tıbbi uygulamaları sıklıkla uyguladığını dile getirmiştir. Katılımcı hekimlerin %83,3'ünün bu uygulamaları gerçekleştirmesi, yabancı literatürdeki, %98(211), %93(224) ve %92'lik(251) oranlardan düşük; %76,0(214) ve %77,9'luk oranlardan yüksek olsa da kısmen uyumlu bulunmuştur.

Pozitif defansif tıbbi uygulamalar arasında yer alan, fazladan tetkik isteme (%34,6), fazladan ilaç yazma (%16,9), fazladan konsültasyon isteme (%35,6), görüntüleme tekniklerini sık kullanma (%41,8) ve endikasyonsuz hasta yatırma (%12,7) türü davranışlar yabancı literatürdeki benzeri çalışmalara göre düşük seviyede(206,224,256), yerli literatürdeki çalışmanın sonuçlarına göre ise fazladan ilaç yazma davranışı çerçevesinde yüksek, diğer davranışlara yönelme açısından ise uyumlu bulunmuştur(216). Prosedürsel açıdan gerekli ve standart arttırıcı davranışlar olarak nitelenen(211,212) kayıtları detaylı tutma(%82,7) ve ayrıntılı bilgilendirme yapma(%87,5) tarzındaki davranışları sıklıkla uygulayan katılımcı hekim sayısı hem yerli hem de yabancı literatürdeki benzeri çalışmaların neticeleri ile hemen

hemen uyumlu bulunmuştur(206,211,256). Sadece pozitif uygulamalar arasında değil aynı zamanda tüm defansif tıbbi uygulamalar arasında en düşük oranla başvurulan davranışlar fazladan ilaç yazma ve endikasyonsuz hasta yatırma olmuştur. Bu davranışlara hekimlerin bu kadar düşük oranda yönelmesinin altında, her iki uygulama için de kamusal otorite tarafından sıkı takipler ve yasal düzenlemelerin getirilmesi yanında bu tip uygulamaların hukuki açından da korunabilir tarafının olmamasının önemli etkisi olduğu kanaatindeyiz.

Yapmış olduğumuz çapraz karşılaştırmalar neticesinde, mesleki seçimini sorgulayan, hasta haklarını olumsuz bulan ve 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun ilgili düzenlemelerinin hekimler aleyhine olduğunu düşünen katılımcı hekimlerin istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde pozitif defansif tıbbi uygulamalara yöneldikleri tespit edilmiştir(Tablo 14A-G). Parantez açmak gerekirse standart arttırıcı iki davranış olan kayıtları detaylı tutmak ve ayrıntılı bilgilendirme yapmak türünden olan davranışlar TCK'nın aleyhe olduğunu düşünmeyenlerde düşünenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha fazla uygulandığı tespit edilmiştir. Çapraz karşılaştırma için parametre olarak seçilen, yaş, cinsiyet, meslekte çalışma yılı, çalışılan kurum, unvan, Adli Tıp Kurumu'na güven ve mesleki sorumluluk sigortası yaptıranlarda münferit bazı anlamı sonuçlar çıksa da genele etkili ve kanaat uyandırıcı anlamlı ilişki tespit edilememiştir(Tablo 14A-G). Aleyhine dava açılan hekimlerin ise sadece, fazladan konsültasyon isteme ve endikasyonsuz hasta yatırma davranışlarını anlamlı olacak şekilde fazladan uyguladıkları tespit edilmiştir. Diğer davranışlarda ise uygulayan hekimler çerçevesinde dava açılıp açılmamasının anlamlı ilişkide olmaması bu davranışların aynı zamanda aleyhine dava açılsın açılmasın hekimler arasında 14 tablolarındaki veriler ışığında eşit şekilde uygulandığını ifade ederek defansif davranışların kalıp davranışlar boyutuna bürünmesine doğru ilerlediğini göstermektedir. Standart arttırıcı davranış biçimlerinden olan, kayıtların daha detaylı tutulması bağlamında ise bir parantez açmak yerinde olacaktır. Bu çerçevede, her ne kadar hekimlerin çoğunluğu bu uygulamalara daha fazla yöneldiklerini izah etse de, kanaatimce kayıtların detaylı tutulması yönünde hali hazırda eksiklikler mevcuttur. Özellikle cerrahi operasyonlarda yapılan, yanlış taraf cerrahisi gibi durumlar hekimlerce kayıtların tatminkar bir şekilde tutulmadığı kanaatini uyandırmaktadır. Dolayısıyla çalışmamızda hekimlerin %82,7'sinin kayıtları daha detaylı tuttuklarını tespit etsek de, bu netice ile zaten düzgün tutulmayan kayıtların ancak gerekli olan seviyeye geldiği fikri uyanmıştır.

Negatif defansif tıbbi uygumlalar için ise tanımlanan, karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçınma (%20,7) ve riskli hastaları sevk etme (%20,6) yerli ve yabancı literatüre göre kısmen düşük(206,211,216) komplikasyonları yüksek tedavi yöntemlerinden kaçınma (%27,4), yerli ve kimi yabancı literatüre göre yüksek (206,216), kimi yabancı literatüre göre oldukça düşük (224) ve agresif ve şikayet etme olasılığı yüksek hasta ve hasta yakınlarından kaçınma(%36,6) ise yerli literatüre göre kısmen yüksek bulunurken(216) yabancı literatüre göre düşük bulunmuştur(224). Dikkati çeken en önemli veri ise dava etme olasılığı yüksek hasta ve hasta yakınlarından kaçınma tarzında olan davranışın %36,6 gibi yüksek bir oranla uygulanması olmuştur(Tablo 15).

Hasta haklarını olumsuz bulan, mesleki seçimi sorgulayan ve 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun hekimler aleyhine olduğunu düşünen hekimlerin istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde negatif defansif tıbbi uygulamaları diğer hekimlere göre daha fazla uyguladıkları tespit edilmiştir. Aleyhine tıbbi uygulama hatası iddiasıyla dava açılan hekimlerin ise, açılmayan hekimlere göre riskli hastaları sevk etme ve karmaşık medikal problemi olan hastalardan kaçınma davranışlarını daha yoğun şekilde uyguladıkları ortaya çıkmıştır. Diğer parametreler bağlamında istikrarlı olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir(Tablo 15).

Çalışmamıza pratisyen ve belirlenen 9 uzmanlık dalına mensup hekimler katılmıştır. Katılımcı hekimlerden hem sıkılıkla hem de nadiren de olsa en çok defansif tıbbi uygulamalara yönelenler Beyin cerrahi uzmanı olan hekimler olmuştur, bu uzmanlık alanındaki hekimlerin ortalama %91,6'sı defansif tıbbi uygulamaları nadiren de olsa gerçekleştirdiklerini söyleyerek aynı zamanda tüm hekimlerin ortalaması olan %83,3'lük oranın da üzerine çıkmıştır(Tablo 22). Beyin cerrahi uzmanı hekimler anketimize katılan hekimler arasında aleyhlerine en çok dava açılan ve uzmanlık alanlarından memnun olmayan hekimlerin de ilk sıralarında yer almaktadır(Tablo 11). Defansif tıbbi uygulamaları en çok gerçekleştiren hekimler sıralamasında ikinci sırada %86,5 ile iç hastalıkları ve üçüncü sırada ise %84,4 ile jinekoloji ve obstetrik uzmanları gelmektedir(Tablo 22). Yine jinekoloji ve obstetrik uzmanı olan hekimler, tüm hekimler arasında aleyhine en çok dava açılanlar ve uzmanlık alanlarından memnun olmayanlar sıralamasında en başta yer almaktadır(Tablo 11-12). Dolaysıyla bu grupların yüksek oranda defansif tıbbi uygulamaları gerçekleştirmeleri, kendilerini en fazla risk altında gören uzmanlık alanları olduklarını; uzmanlık alanlarından memnuniyet oranlarının düşük olması ve aleyhlerinde yüksek dava açılma oranlarının

bulunması da risk grubu olmalarını tetikleyen unsurlar olduğunun ortaya çıkarmaktadır. Bu husus literatürdeki yüksek risk altında bulunan grup nitelemesini de karşılamaktadır(224,275). Bununla beraber, ekseriyetle tıbben olumsuz davranışlar olduğu dile getirilen negatif tıbbi uygulamalar bağlamında(211,212) Beyin cerrahlarının ortalama %59,0 gibi çok yüksek oranda Jinekoloji ve obstetrik uzmanlarının da %35,0 ile ikinci sırada, bu uygulamaları gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir(Tablo 22).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, üyeleri olan hekimlerin büyük bir çoğunluğuna dava açıldığını, davaların uzun sürmesi ve hekimler aleyhine ortaya çıkan ceza ve tazminatların hekimlerin özel hayatlarında da ağır stres yarattığını bu sebeple hekimlerin avukatları tarafından, bu tür konuları kimse ile konuşmaması yönünde telkinde bulunulduğunu bunun ise daha fazla stres ve içe kapanmaya yol açtığını yaptığı çalışmada ifade etmiştir(276). Daha öncede belirttiğimiz üzere bu çalışma ile uyumlu olarak jinekoloji ve obstetrik uzmanları, anket çalışmasında hiçbir soruya hiçbir şekilde yorum yapmamış ve anket yürütücüsünün avukat olduğunu öğrendiği anda anketi yarıda bırakmaya çalışmışlardır. Kendilerini risk altında gören, defansif tıbbi uygulamaları en çok gerçekleştiren ve aleyhlerinde dava açılma oranı en yüksek olan Beyin cerrahi uzmanları ise, tam zıt bir şekilde, tüm sorularla ilgili yorumlamalar yapmış, dava açılanların neredeyse %70'i davaları ile ilgili sorular sormuş, klinik şeflerinden ikisi tüm uzmanları dinlenme odasına çağırarak herkesin anketi doldurmasını rica etmiş ve yine büyük bir çoğunluğu böyle bir çalışmanın yürütüldüğü için teşekkür etmişlerdir. Bu durum ise konuşmayan hekim profili ile taban tabana zıt bir görünüm almasının yanında, beyin cerrahlarının streslerini dışa vurum yoluyla boşaltmaya çalıştıkları kanaatini uyandırmıştır.

Dünya Tabipler Birliği, 1949 yılında Londra'da ve 1981 yılında Lizbon'da kabul ve deklare ettiği bildirgelerde, hasta haklarının ilk önce hekimler tarafından gözetilmesi gereken etik ilkeler olduğunu belirterek; söz konusu kavramı mesleki kalite standardı çerçevesinde değerlendirse de(24,27), bu kavramların literatüre girmesine ve normatifleşmesine büyük katkı sağlamıştır. Dolayısıyla hekimlik mesleğinin yürütülmesini hem tıbbi etik ilkeler hem de temel insan haklarının kutsiyeti bağlamında hasta haklarının üst seviyede uygulanmasından ayrı düşünmek mümkün değildir. Kaldı ki, hasta hakları an itibariyle normatif olarak da hekimlerin kayıtsız şartsız gözetmesi gereken aynı zamanda hekim güvenliğini de sağlayan unsurlardır. Çalışmada yasal düzlemde mazisi ülkemiz için 15 yıllık bir geçmişe sahip olan hasta haklarına, katılımcı hekimlerin bakış açsını tespit etmek amacıyla 3 soru yöneltilmiştir.

İlk soru hasta hakları ve hasta özerkliğinin en önemli yürütücüsü ve temel hasta hakları içersinde değerlendirilen aydınlatılmış onam ile ilgili olmuştur(50). Aydınlatılmış onam alınmasının gerekliliğine inanıyor musunuz? Sorusuna katılımcı hekimlerin 184'ü (%88,5) kesinlikle evet ve evet cevabını verirken, hekimlerin sadece 4'ü (%1,9) hayır cevabını vermiştir(Grafik 5). Kesinlikle evet ve evet cevabını veren hekimlerin oranı tam olarak tatminkar olmasa da, hekimlerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin yürürlüğe girmesinden bu yana kısmen de olsa hastanın kendi geleceğini tayin hakkının görünümü olan aydınlatılmış onamı benimsedikleri en azından hukuki koruma anlamında, onamı işlevsel gördükleri fikrini uyandırmıştır. Hekimlere yöneltilen hasta hakları hakkında düşüncelerini sorgulayan soruya ise, hekimlerin %19,1'i olumsuz, %57,7'si ise olumlu bulduklarını dile getirerek, esasında hak ve özgürlükler bağlamında oldukça vahim bir tablonun varlığı ortaya çıkmıştır(Grafik 6). Hekimlerin sözlü olarak yorumda bulundukları bu soruya, olumsuz cevabı verenler, hasta hakları nedeni ile işlevselliklerini kaybettiklerini, hastalarca bu haklar nedeni ile aleyhlerinde yapılan şikayetlerle meşgul olmak zorunda kaldıklarını dile getirmişlerdir. Genel bilgiler bölümünde bahsettiğimiz üzere, hasta hakları algısını temel insan hakları algısından ayrı tutmak mümkün değildir. Kaldı ki, DTB hasta haklarının işlevsel kılmayı hekimlerin etik görevleri arasında saymıştır(24). Bu meyanda hekimler, görevlerini yerine getirirken sadece hasta haklarına saygılı değil aynı zamanda hekimlik uygulamalarını hasta haklarına dayandırmalı ve güçlerini bu haklardan almalıdır. Hastalar tarafından bu hakların kötüye kullanılması, hekimlerin şikayet bombardımanına tutulması gibi olasılıklar düşünülebilirse de, en temel insan hakkı olan yaşama hakkından güç alan hasta haklarının, hiçbir şekilde mazerete konu olmadan uygulanması ve en yumuşak ifadeyle bu haklara yüksek düzeyde saygı duyulması gerekmektedir. Bununla beraber hekimler arasında hasta hakları algısının geliştirilmesi için hem idareye hem de meslek örgütüne de büyük görev düşmektedir. Bugüne kadar bu yöndeki çabaların istenen sonucu vermediği fikri çıkan neticeyle de güçlenmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin %90,9'u ise hasta hakları yanında hekim haklarının göz ardı edildiğini dile getirmiştir(Grafik 7). Yeterli derecede mesleki hukuki bilgiye vakıf olamayan, hasta haklarını yüksek oranda olmasa da sorgulayan hekimlerin kendi haklarının göz ardı edildiğini düşünmesi ise, manidar olarak değerlendirilmiştir. Nitekim hekimler, toplumun bilimsel bilgiye en çok hakim, aydın ve kültür düzeyi yüksek olan grupları arasında yer almaktadır. Zorunlu olarak üyesi oldukları meslek örgütleri, sendikaları mevcut olmakla beraber, özel sağlık sektörü çerçevesinde hatırı sayılır bir lobiye de sahiptirler. Bu düzlemde, haklılık payları olsa dahi, çalışma ve özlük haklarını iyileştirmek için yeterli enstrüman ve niceliğe sahip oldukları kanaatini taşımaktayız.

Hasta haklarını olumsuz bulan hekimlerin bulmayan hekimlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde, neredeyse tüm defansif tıbbi uygulamaları daha fazla gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir(Tablo 14A-G,Tablo 15A-D). Söz konusu veri ışığında defansif tıbbın kaynağı olan hekimin kendisini risk altında hissetmesi, tıbbi uygulama hatası iddialarının temelinde yer alan hasta haklarına kuşku ile yaklaşılmasına yani, hasta haklarını içinde bulundukları riskin kaynağı olarak addettiklerine hem de hasta haklarının temel felsefesini sindirmeyen hekimlerin ki bu hukuki bilgi eksikliğinden de kaynaklanmaktadır, kendilerini daha fazla risk altında hissettiklerine işaret etmektedir.

Tıbbi uygulama hataları iddialarını barındıran ceza ve hukuk davalarında, yasal bilirkişilik görevi Adli Tıp Kurumu ile Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararına kadar Yüksek Sağlık Şurası'na yüklenmiştir(277). Yargılama makamı bu bilirkişilik kurumlarının görüş ve mütalaası ile karar verme zorunluluğu altında olmasa da, Adli Tıp Kurumu'nun ihtisas ve genel kurul kararları bugün itibariyle yargı kararlarında önemli bir yere sahiptir. Çalışmada doğrudan yargı mercilerine duyulan güveni sorgulamayı çalışmanın içeriği sebebiyle doğru bulmadığımız için, hekimlere bu iki kuruma tıbbi uygulama hatası iddialarında belirttikleri görüş çerçevesinde duydukları güven sorgulanmıştır. Katılımcı hekimlerin her iki kuruma da duydukları güven ve güvensizliğin eşit oranlarda olduğu tespit edilmekle beraber, güvenenlerin oranı(ATK, %26,0, YSŞ, %%26,0) güvenmeyenlerden(ATK, %29,3, YSŞ, %27,9), daha az çıkmıştır(Tablo 17). Hekimlerin büyük bir çoğunluğu ise her iki soruya kararsızım cevabını vermiştir. Bu durum hekimlerin yargılama makamının yardımcısı konumunda olan resmi bilirkişilik makamına kuşku ile yaklaştıklarını göstermektedir. Nitekim tıbbi uygulamanın hata olup olmadığı yönünde nitelemeyi bilirkişilik makamının yapması bu tür davalarda bilirkişilik makamının esasen asli unsur olarak rol oynamasına sebep olmaktadır. Adli Tıp Kurumu'nun işleyişi ve kurumsal yapısına eleştiri getirmek başkaca bir çalışmanın konusu olabilecekse de, hekimlerin meslektaşlarının görev yaptıkları kuruma olan güvensizliği kurumun evvela medyanın magazinsel baskılarından kurtarılması gerektiğini de göstermektedir. Kaldı ki, Adli Tıp Kurumu'nun önüne gelen vakalarda çok da yüksek oranlarda malpraktis nitelemesi yapmadığı literatürde yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir(72). Kuruma duyulan güvensizliğin, defansif tıbbi uygumlalar düzleminde risk algılamasına etki edebileceği düşüncesinden yola çıkılarak kuruma güven duyanlarla duymayanlar arasında defansif uygulama yoğunluğu istatistiksel açıdan irdelenmiştir. Yapılan hesaplama neticesinde Adli Tıp Kurumu'na güven duymayanların anlamlı olacak şekilde, görüntüleme tekniklerini daha fazla uyguladıkları, ayrıntılı bilgilendirme yaptıkları, kayıtları

daha detaylı tuttukları ve karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçındıkları tespit edilmekle beraber tüm defansif davranışlar bağlamında istikrarlı bir netice alınamamıştır (Tablo 14A-G,Tablo 15A-D).

Yargı mercii önüne gelen tıbbi uygulama hatası iddialarında, gerçekleştirilen tıbbi uygulamanın tıbben geçerli ve doğru bir davranış olup olmadığının yorumlanması izah ettiğimiz üzere bilirkişilik makamları tarafından gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla bilirkişilik makamlarına bu çerçevede büyük görev düşmektedir. Literatürde tıbbi uygulama ile ilgili nitelik açısından yapılacak irdelemede belli başlı standart prosedürlerin varlığının hem hekimlerin hem de yargı mercilerinin işini daha da kolaylaştıracağı fikri ileri sürülmüştür(257). Katılımcı hekimlerin teşhis ve tedavide her uzmanlık dalı için ortalama standartların gerekliliği yönünde fikirleri sorgulanmıştır. Hekimlerin 146'si (%83,3) böyle bir ihtiyacın varlığı yönünde fikir belirtmiştir(Grafik 8). Yapılan başka bir çalışmada, ortalama standartlarının uzmanlık dernekleri tarafından belirlenerek sürekli güncellenmesi ve deklare edilmesi gerektiği de ifade edilmiştir(216). Kanaatimce, bu tür standartların varlığı hekimin hukuki açıdan kedisini daha güvende hissetmesine ve yargılama makamları ile bilirkişilik kurumlarının net ve bilimsel verilere tam uygun karar ve görüşler oluşturmasına yardımcı olacaktır. Ancak, bu standartların hukuki ihtilaflarda dikkate alınabilmesi için normatif nitelemelerinin yapılması da ayrı bir önem taşımaktadır. Tek tek tüm standartların normatifleştirilmesi hukuk mantığına ters olmakla beraber, bu standartların uygun tıbbi müdahale için hasta ve hastalığın durumuna göre tedavi ve teşhis yöntemlerinin farklılık arz edebileceği için, tavsiye niteliğinde olması ve yargı organları tarafından dikkate alınabilecek kurumlarca belirlenmesi daha uygun olacaktır.

Defansif tıbbi uygulamaların ortaya çıkması ve yaygınlaşmasında özellikle ABD menşeli çalışmalarda en önemli aktörün iyi yönetilemeyen ve hekimleri korumaktan ziyade mağdur etmeye başlayan mesleki mesuliyet sigortası olduğu ifade edilmiştir(206,211,214,220,224). Ülkemizde ise önceleri ihtiyari özelik taşıyan mesleki mesuliyet sigortası, kamuoyunda Tam Gün Yasası olarak da bilinen 5947 Sayılı Kanun çerçevesinde tüm hekimler için 30.07.2010 tarihinden itibaren zorunlu hale getirilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirildiği, 09.11.2010 ve 09.02.2011 tarihleri arasında, mesleki mesuliyet sigortasının zorunlu olması yaklaşık 5 aylık bir maziye sahipti, bu bağlamda katılımcı hekimlerin %82,2'sinin sigortalı olduğu tespit edilen çalışmada sigortalılık oranının an itibariyle %90'ların üstüne çıkmış olduğu tahmin edilmektedir(Tablo 19). Aynacı'nın yapmış olduğu 2007 yılındaki çalışmada ise hekimlerin

%21,52'sinin sigortalı olduğu tespit edilmiştir, bu çalışmada, mesleki mesuliyet sigortası yaptıran hekimlerin yaptırmayanlara göre, defansif tıbbi uygulamaları daha fazla gerçekleştirdikleri tespiti yapılarak, sigortalılık ile risk algısı ve defansif tıbbi uygumlalar arasında bağlantı kurulmuştur. Bizim gerçekleştirdiğimiz çalışmada ise sigortalı hekimlerin sigortalı olmayan hekimlere göre, tıbbi uygulama hakkında daha fazla ayrıntılı bilgilendirme yaptığı kayıtları daha detaylı tuttuğu, görüntüleme tekniklerine daha sık başvurduğu tespit edilse de tüm defansif tıbbi uygumlalar çerçevesinde istikrarlı bir netice elde edilememiştir. Bu durum sigortanın zorunlu olması ile hekimlerin büyük bir çoğunluğunun sigorta yaptırmasından ötürü sigortalılığın risk algısına etkisinin net olarak saptanmasının güç hale gelmesinden kaynaklandığı kanaatini uyandırmıştır.

Ülkemizde hekimlerin önemli bir kısmı, özel sağlık sektörünün hacmi hızla ilerlese de, kamu hastanelerinde çalışmakta ve hali hazırda sağlık hizmetlerinin en önemli yürütücüsü konumunda da kamu hastaneleri bulunmaktadır. Yargıtay'ın daha önce bahsettiğimiz tıbbi uygulama hatası iddialarını içeren davaların doğrudan hekimlere karşı yöneltilebileceğini hüküm altına alan kararlarından önce, kamu personeli olan hekimlerin, tıbbi uygulama hatalarından doğan tazminatlar idareden tahsil edilmekteydi. Devam eden süreçte bu tür davaların genel mahkemelerde hekimlere karşı da açılabileceği yönünde kararlar, ardından Yeni Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun her türlü bedensel zararın tazmini taleplerinin genel mahkemelerde görüleceği yönünde hükmü ihtiva etmesi ile tıbbi uygulama hatası iddiaları içeren davalar hekimler için tazminata hükmedilmesi yönünde daha tehlikeli hale gelmeye başlamış, ayrıca hekimin de bir avukat tutarak muhakeme safhasının tedirginliğini yaşamasına sebep olmaya başlamıştır. Tabii ki, bir avukat için hükmedilecek tazminatı tahsil açısından idare aleyhine dava açılması daha ekonomik bir yol olmakla beraber, idare mahkemelerinin sadece yazılı yargılama usulüne tabi olması ve nadiren duruşma yapılması usulü bu yolun da sıkıcı ve kontrol dışı olarak algılanmasına neden olmaktaydı. Yeni yasal düzenlemeler ve yargı kararları ile davaların genel mahkemelerde görüleceği yönünde bir şüphe kalmaması ile beraber, idare üzerinde bulunan (bu risk aynı zamanda hekimin de üzerinde bulunmaktadır) riski paylaşmak ve tazminat taleplerini de üzerinden atmak maksatlı olarak mesleki mesuliyet sigortasını zorunlu hale getirerek tazminat taleplerinde muhatabını tam olarak belirlemiştir. Esasında ilk bakışta sigortanın zorunlu hale gelmesi, hem hekim ve idarenin hem de özel sağlık kuruluşlarının tazminatın ödenmesi bağlamında lehinedir. Aynı zamanda idare, hekime rücu gibi bir yöntemi uygulama zorunluluğundan da kurtulmuştur. Ancak bu seferde, sigorta sisteminin neredeyse yarım yüzyıldır uygulandığı ABD örneği akıllara gelmektedir. Sigorta

sistemi ile tazminat davalarında artış yaşandığını ve sorunun daha da büyüdüğünü genel bilgiler bölümünde izah etmiştik. Aynı sorun ülkemiz için de yüksek oranda geçerlidir, nitekim davacının ve vekilinin karşısında hükmedilecek tazminatı kolay bir şekilde tahsil edebileceği bir sigorta şirketi mevcuttur. Bu çerçevede hekimlere yöneltilen, mesleki mesuliyet sigortasının zorunlu olması gerektiğine inanıyor musunuz? Tarzındaki soruya hekimlerin %71,1'lik bir kısım evet yanıtını verirken hayır cevabının veren hekimlerin oranı, %10,1 olmuştur(Tablo 20). Bu sayede her ne kadar mesleki mesuliyet sigortası uygulamasına itirazlar olsa da hekimlerin geneli bu uygulamanın zorunlu olmasının kendilerini rahatsız etmediğini dile getirmiştir.

Sigorta sistemi devreye girdiği zaman, oyunun kuralları da doğal olarak ağırlıklı bir şekilde sigortalama sisteminin genel esasları çerçevesinde belirlenmektedir. Mesleki mesuliyet sigortasında da, uzmanlık alanlarının iştigalleri ve riskli müdahalelere girişmeleri çerçevesinde bazı risk grupları oluşturulmuş ve bu risk gruplarının her birine Devlet Bakanlığı (Hazine) ve Başbakan Yardımcılığı ile Sağlık Bakanlığı tarafından Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatı'na göre farklı prim tutarları belirlenmiştir. Katılımcı hekimlerin, %51,1'i uzmanlık alanlarına göre primlerin değişmesinden rahatsız olduğunu bildirirken, %48,5'i ise herhangi bir rahatsızlık hissetmediğini ifade etmiştir(Grafik 9). Sigorta sisteminde risk algısı ve bir önceki dönmede oluşan hasarlara göre primlerin değişkenliği en tabii durumlardan bir tanesidir(278). Bu meyanda hekim mesleki mesuliyet sigortası prim tutarlarında da farklılık olması doğal olmakla beraber, ABD örneklerinde olduğu gibi yüksek tutarların piyasaya hakim olması ve uzmanlık dalları arasında binlerce Türk Lirası fark bulunması asıl önemli tehlikelerdendir(238). Bu bağlamda, sigorta sisteminin hekimlik mesleğinin gerekleri ve ülkesel koşullar dikkate alınarak düzenlenmesi ayrıca mağduriyeti gidermeyi amaçlayan sigorta sistemlerinin hekimi mağdur etmesi gibi bir netice doğurmaması elzemdir. Normatif düzenlemeye göre, kamu hastanelerinde çalışan hekimler, sigorta primlerinin yarsını kendileri ödemek zorundadır. Hem sigortanın zorunlu hale gelmesi hem de primlerinin yarısını hekimlere ödetilmesi ilk bakışta hekimler açısından haksızlık olarak algılanabilse de, sigortalama işlemi ile hekimlerin de risklerini sigorta şirketleri ile paylaşması kanaatimce mevcut durumu anlaşılabilir kılmaktadır. Anket çalışmasına katılan kamu personeli hekimlere yöneltilen bu yöndeki soruya katılımcıların %76,2'si primlerin bir kısmını ödedikleri için rahatsız olduklarını dile getirmiştir(Tablo 21).

5237 Sayılı Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ile barındırdığı taksir, olası kast ve ihmali davranışla yaralama ve öldürme gibi düzenlemelerin tıbbi uygulama hatası iddialarını içeren davalarda da uygulanması beraberinde bazı tartışmaları da getirmiştir. Hekim penceresinden, trafik kazasında alkollü sürücüye uygulanan maddelerin aynı zamanda mesleğini yerine getirirken yapmış olduğu bir hata nedeni ile yargılanan hekime de uygulanmasının haksızlık teşkil ettiği kanaatini uyandırdığı ve bunun da defansif tıbbı tetikleyebileceği ifade edilmektedir(216,217). Aynacı'nın yapmış olduğu çalışmada katılımcı hekimlerin %78,87'si 5237 Sayılı Yasa'nın yürürlüğe girmesi ile tıbbı uygularken tedirginlik hissettiklerini ifade etmiştir(216). Çalışmamızda hekimlere yöneltilen, TCK'nın mesleki uygulamalarda aleyhe olup olmadığı yönündeki soruya ise hekimlerin %69,7'si evet cevabını vererek benzeri çalışmaya göre nispeten düşük ancak tedirginliğin varlığı bağlamında yüksek bir sonuç ortaya çıkmıştır(Grafik 10). Yine çalışmamıza katılan hekimlerin, %89,4'ü özel bir malpraktis yasasının gerekli olduğunu dile getirmiştir(Grafik 11). Çapraz karşılaştırma neticesinde ise TCK'nın aleyhe olduğunu ifade eden hekimler istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde standart arttırıcı davranış olan iki pozitif defansif tıbbi uygulama dışında tüm defansif tıbbi uygulamaları istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha fazla uyguladıkları tespit edilmiştir(Tablo 14A-G,Tablo 15A-D). Bu çerçevede, yasal düzenlemenin hekimler aleyhine olduğunu düşünmenin, defansif uygulamalara yönelme bağlamında belirleyici bir unsur olduğu sonucu ortaya çıkarak, benzeri çalışmanın sonuçlarıyla da örtüşmüştür(216). Hekimlerin mesleklerini uygularken yapmış oldukları hataları nedeni ile hastalara zarar vermeleri tabii ki her zaman, taksirle adam yaralama hükümlerinin uygulandığı trafik kazaları ile aynı kefede ve değerlendirme altında olmamalıdır. Hekimlik mesleği konusu itibariyle diğer tüm mesleklerden farklı koşullar altında değerlendirilmeli ve mesleği ifa nedeniyle ortaya çıkan zararlar, hekimlik mesleğinin koşulları da göz önüne alınarak hukuki nitelendirilmesi yapılmalıdır. Bununla beraber, sorunun çözümü salt ayrı ve özel bir yasal düzenleme ile değil aynı zamanda tıbbi uygulama hatalarının nitelemesi ve en aza indirgenmesi ile mümkün olabilecektir. Nitekim özellikle ABD'de tıbbi uygulama hatalarının hukuki açıdan çözümü maksatlı olarak pek çok yasal düzenleme yapılmış hatta haksız fiil sorumluluğu hekimler için ayrıca düzenlenmiştir(64,65). Ancak neticede tıbbi uygulama hatası iddialarında tam tersine artış meydana gelerek malpraktis krizi olarak ifade edilen periyodik krizler meydana gelmiş ve sorunun davalar ya da hukuki nitelemeler değil başlı başına tıbbi uygulama hataları olduğu ifade edilmiştir(62,63,64). Ayrıca tıbbi uygulama hatalarının hukuki nitelendirilmesinde farklılığa gidilmesi Türk hukuk sistemi için çok da mümkün olmamakla beraber, ancak cezalarda indirim gibi hafifletici tedbirler almak mümkün

olabilecektir. Bu çerçevede ve mevcut koşullar altında, malpraktis yasası ancak mevzuat anlamında yeknesaklık sağlayabilecektir. Kanaatimce sorunun çözümünde esas önemli olan, tıbbi uygulama hatalarını aza indirgeyecek sistemlerin geliştirilmesi, hata raporlaması yöntemlerinin devreye sokulması ve teşhis ve tedavide ortalama standartların ortaya çıkarılmasına yönelinilmesi olabilecektir. Bu çerçevede ise, çözüm multidisipliner bir yöntemle, hukukçular, hekimler ve sosyolog ve psikologlar gibi uzmanların birlikte çalışmaları ile mümkün olabilecektir.

Netice olarak yaptığımız çalışma göstermektedir ki, benzeri çalışmada çıkan sonuçlarında paralelliği bağlamında, defansif tıbbi uygulamalar ülkemiz sağlık sisteminde var olan bir olgudur. Tıbbi uygulama hataları iddialarının ve aleyhe olduğu düşünülen mevzuatların hekimler üzerinde yarattığı baskı neticesinde ortaya çıkan defansif tıbbi uygumlalar gerek ekonomik, gerekse de hukuki pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Hukuki açıdan bir değerlendirme yapıldığı zaman, hekim hukuki ve cezai sorumluluktan kaçarken defansif tıbbi uygulamalara başvurarak bu uygulamaların çoğunluğunun hasta haklarına aykırı, sorumluluk doğurucu ve etik dışı davranışlar olması nedeniyle kaçınmış olduğu sorumluluk gerçeği ile tekrar yüz yüze gelebilecektir. Ekonomik açıdan ise ABD kökenli çalışmalar göstermektedir ki, bu uygulamalar aynı zamanda yüksek bir mali külfetin de sorumlusu olabilmektedir. Çalışmamızda ortaya çıkan veriler, yeterli bir araştırma olmamasına rağmen ülkemiz sağlık sisteminde de defansif amaçlı gerçekleştirilen tıbbi uygulamaların hatırı sayılır bir ekonomik faturasının olduğu kanaatini uyandırmaktadır. Esasında bu iki gösterge dahi, defansif tıbbın, malpraktis kadar sesli olmasa da sağlık sisteminin hukuki ve ekonomik boyutlar taşıyan esaslı problemlerinden olma yolunda ilerlediğini göstermektedir. Sorunun, hekimlerin çalışma koşullarının düzeltilmesi, yeknesak ve hekimlik mesleğinin koşullarını gözeten yasal düzenlemelerin yapılması, bilirkişilik kurumlarının standartlarının yükseltilmesi, gibi hekimlerde tedirginliği azaltacak çözümsel boyutları olsa da, esas çözüm tıbbi uygulama hatalarının en aza indirgenmesi ile mümkün olabilecektir. Tıbbi uygulama hatalarının tıbbi boyutu ile beraber hukuki boyutunun da hekimler tarafından göz ardı edildiği ve hukuki bilgi eksikliği genel çerçeve içersinde gözlemlenebilmektedir. Tıp fakültelerinde tek başına bir ders olarak temel hukuk bilgisi ve sağlık hukukunun yer almaması, ya da en azından hekimler için gerekli olan hukuki programların yoğun bir şekilde başlatılmaması, hekimin hukuk nosyonundan yoksun bir şekilde görevini yerine getirmesine, bu ise; hukuk ile bu denli iç içe geçen sağlık hizmetlerinin sunumunda hekimlerin tam olarak bilemediği kavramlara karşı tedirginlik yaşamasına ve bu tedirginliği mesleki uygulamalarına yansıtmalarına neden

olabilecektir. Gerek malpraktisin gerekse de defansif hekimliğin önlenmesi yolunda atılan adımların hukuki boyutunun eksik kalması sorunlar için geçici çareler olmaktan öteye gidemeyecektir

ÖZET

ABD başta olmak üzere gelişmiş ülkelerin büyük bir kısmında sağlık hizmetlerinin sunumunda ciddi bir problem olarak algılanan defansif tıbbi uygumlalar, hekimlerin tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için gerekli olmadığı halde teşhis ve tedaviye yönelik uygulamaları daha sık gerçekleştirmesi ya da tam tersi bir şekilde, riskli gördüğü hasta ve tedavi yöntemlerinden kaçınması olarak tanımlanmaktadır.

Çalışmamızda yasal mevzuat ve malpraktis davalarının artması kaynaklı olarak ülkemizde de görülmeye başlandığı ifade edilen defansif tıbbi uygulamaların, yapılan anket çalışması yardımıyla katılımcı hekimler arasındaki yaygınlığı ve oluşmasına etki eden unsurların tespiti ile bu uygulamaların hukuki açıdan nitelendirilmesi yapılarak çözüm önerileri sunmak amaçlanmıştır.

Anket çalışmasına katılan hekimlerin büyük bir çoğunluğunun (%83,3), malpraktis iddialarını sıklıkla ya da nadiren de olsa defansif tıbbi uygulamalar yoluyla savmaya çalıştığı belirlenirken, bu tür davranışların yabancı literatürde belirtilen oranlara yakın bir şekilde, hekimler arasında yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yasal sorumluluk tedirginliğinden kaynaklanan defansif tıbbi davranışların, hasta haklarına bakış açısı, hekimlik mesleğinin sorgulanması, TCK'nın hekimler aleyhine olduğunun düşünülmesi gibi unsurlarla bağlantılı olduğu da tespit edilmiştir.

Katılımcı hekimlerin çoğunluğu TCK'nın malpraktis çerçevesinde aleyhlerine hükümler içerdiğini, hukuki açıdan yeterince bilgilendirilmediklerini, yasal mevzuat ve davalar nedeniyle mesleklerini sorguladıklarını ifade ederken hekimlerin mesleki uygulamalarında rehber olacak olan hukuki bilgilere tatminkar bir şekilde sahip olmadıkları da tespit edilmiştir.

Yasal sorumluluktan kaçma refleksinin yönlendirici olduğu defansif tıbbi davranış modellerinin çoğunluğu, esasında hasta haklarına aykırı, tıbbi etik dışı ve neticesine göre yasal sorumluluk doğurucu uygulamalardır. Bu çerçevede hekimler, malpraktis sorumluluğundan kaçarken benzeri bir sorumlulukla yüz yüze gelebilecektir. Bu durum ise defansif tıbbın ciddi bir problem olduğunun en büyük göstergesidir. Hekimlerdeki hukuk nosyonunun geliştirilmemesi, hukukun hekim algısında uzak, yabancı ve korkulacak bir kavram olarak kalması durumunda, sorunun çözülmesi yolunda atılacak her adım eksik kalacaktır.

Anahtar Kelimeler: Defansif tıbbi uygulamalar, malpraktis, hasta hakları, sorumluluk.

SUMMARY

Defensive medicine occurs when doctors order tests, procedures, or visits, or avoid certain high-risk patients or procedures, primarily because of concern about malpractice liability.

A majority of physicians, 83,3 %, also believe that better protections against unwarranted malpractice suits are needed in order to decrease the ordering of unnecessary medical tests.

İn this study, a survey is performed to the physicians, and the incidence, the factors affecting the practice and the legal view of defensive medicine has been searched. Also solutions has been proposed at the end of this thesis.

Most of the physicians attended to the survey are believeing that defensive medicine practice are helpful for avoiding malpractice (83,3%). This result is similar to the results of the surveys performed in other countries. Also patient's rights, the statements against to criminal law and questioning practice of medicine are the main factors related to the subject.

Most of the defensive medicine modelling are against the law, the patient's rights and non ethical. This ıs showing that defensive medicine acts are as destructive as medical malpractice cases. This study also is showing that physicians must have a basıc knowledge about law and the basıc principles of criminal law procedures.

The study, which questioned 208 physicians is showing that the unefficient knowledge about law and the legal procedures is one of the main risks for physicians and this is acccelerating the rate of defensive medicine.

Key Words: Defensive medicine, medical malpractice, patient's rights, responsibility.

Ek (Anket Soruları)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ
SOSYAL BİLİMLER A.B.D.
YÜKSEK LİSANS TEZİ ANKET ÇALIŞMASI
KEREM YILMAZ

DEFANSİF TIBBİ UYGULAMALARIN HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

KONU İLE İLGİLİ ÖN BİLGİ

Defansif tıbbi uygulamalar, hekimin cezai veya hukuki mesuliyetle karşılaşmamak için, çekingen davranarak tanı veya tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması veya malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınmasıdır. Özellikle A.B.D. ve bazı Avrupa ülkelerinde; sağlık sistemiyle ilgili hoşnutsuzluklar, hekimler aleyhine tıbbi uygulama hatası iddialarını barındıran davaların sayısını arttırmış, hükmedilen yüksek tazminat oranları ve zorunlu mesleki sigorta sistemi tedirgin bir ortam yaratarak hekimleri tıp mesleğini uygularken defansif bir duruşa yönlendirmiştir.

Gelişen sağlık hizmetleri sektöründe defansif davranışların hukuki, sosyolojik ve ekonomik birçok sonucunun olduğu tartışılmaya başlanan bir olgudur. Cevaplayacağınız anket çalışması ile hedeflenen amaç; defansif tıbbi uygulamalar ile ilgili hekimlerin davranışsal durum tespitini gerçekleştirmek, ortaya çıkan sonuçların özellikle hukuki değerlendirmesini yaparak hekimleri bekleyen problemleri tespit etmek ve çözüm önerileri sunmaktır.

Cevaplayacağınız anket çalışması İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'na sunulacak olan; Defansif Tıbbi Uygulamaların Hukuki Açıdan Değerlendirilmesi isimli Yüksek Lisans Tezinde saha çalışması olarak kullanılacaktır. Bilimsel etik kurallarına uygun olarak anket değerlendirmesinde isim ve soy isim kullanılmayacaktır, anket süresi ortalama beş dakikadır.

1-**Kaç yaşındasınız?**

_____

2-**Kaç yıllık hekimsiniz?**

(____ yıl pratisyen hekim) (____yıl uzman hekim)

3-**Cinsiyetiniz?**

A. Erkek
B. Kadın

4-**Hangi sağlık kurumunda çalışıyorsunuz?**

A. Özel Hastane
B. Devlet Hastanesi (Eğitim ve Araştırma Hastaneleri dâhil)
C. Üniversite Hastanesi

5-**Görev Unvanınız nedir?**

A. Uzman Hekim
B. Öğretim Üyesi
C. Pratisyen Hekim

6-**Branşınız nedir?**

A. Beyin Cerrahi
B. Jinekoloji ve Obstetrik
C. Ortopedi
D. Anestezi
E. Genel Cerrahi
F. Acil Tıp
G. İç Hastalıkları
H. Çocuk Hastalıkları
İ. Diğer_____

7-**Mesleğinizi uygularken karşılaşabileceğiniz hukuki problemlerle ilgili, *meslek örgütü* tarafından yeterince bilgilendirildiğinize inanıyor musunuz?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

8-**Mesleğinizi uygularken karşılaşabileceğiniz hukuki problemlerle ilgili, *çalıştığınız kurum* tarafından yeterince bilgilendirildiğinize inanıyor musunuz?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

9-**Haftalık çalışma saatlerinin yoğunluğu tıbbi uygulama hatasına yol açar mı?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

10-**Muayene edilen hasta sayısının çokluğu tıbbi uygulama hatasına yol açar mı?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

11-**Tanı ve tedavide yardımcı tıbbi araçların yetersizliği tıbbi uygulama hatasına yol açar mı?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

12-**Hekimler aleyhine tıbbi uygulama hatası iddialarında artış olmuş mudur?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

13**-(**Kamu personeli olan hekimler için**) Tıbbi uygulama hatanız olduğu iddiası ile hakkınızda idari soruşturma açıldı mı?**

A. Hayır
B. Bir defa
C. İki defa
D. Üç defa
E. Üçten fazla

14-**(**13. soruda B. C. D. E. Şıklarından birini işaretlediyseniz cevaplayınız**) Açılan soruşturma sonucunda muhakeme izini verildi mi?**

A. Hayır
B. Bir defa
C. İki defa
D. Üç defa
E. Üçten fazla

15-**(**Kamu personeli olmayan hekimler için**) Tıbbi uygulama hatanız olduğu iddiası ile hakkınızda dava açıldığı oldu mu?**

A. Hayır
B. Bir defa
C. İki defa
D. Üç defa
E. Üçten fazla

16-**Hekimler aleyhine var olan tıbbi uygulama hatası iddiaları, açılan ceza ve tazminat davaları ile mevcut yasal düzenlemeler, meslek seçiminizi sorgulamanıza neden oldu mu?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Hayır
D. Kesinlikle hayır

17-**(**Uzman hekimler için**) Hekimlik uzmanlığınızın ilgi alanı (riskli ve komplikasyon ihtimali yüksek, hastalık ve tedavi türlerinin yoğunluğu) uzmanlık seçiminizi sorgulamanıza neden oldu mu?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Hayır
D. Kesinlikle hayır

18-**Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu?**

A. Her zaman
B. Çoğu zaman
C. Bazen
D. Nadiren
E. Hiçbir zaman

19-**Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?**

A. Her zaman
B. Çoğu zaman
C. Bazen
D. Nadiren
E. Hiçbir zaman

20-**Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu?**

A. Her zaman
B. Çoğu zaman
C. Bazen
D. Nadiren
E. Hiçbir zaman

21**-Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu?**

A. Her zaman
B. Çoğu zaman
C. Bazen
D. Nadiren
E. Hiçbir zaman

22-**Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, karmaşık medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?**

A. Her zaman
B. Çoğu zaman
C. Bazen
D. Nadiren
E. Hiçbir zaman

23-**Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, görüntüleme tetkiklerini daha sık kullandığınız oluyor mu?**

A. Her zaman
B. Çoğu zaman
C. Bazen
D. Nadiren
E. Hiçbir zaman

24-**Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?**

A. Her zaman
B. Çoğu zaman
C. Bazen
D. Nadiren
E. Hiçbir zaman

25-**Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu?**

A. Her zaman
B. Çoğu zaman
C. Bazen
D. Nadiren
E. Hiçbir zaman

26-**Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, agresif ve şikayetçi olma olasılığı yüksek olan hasta ve hasta yakınlarından kaçındığınız oluyor mu?**

A. Her zaman
B. Çoğu zaman
C. Bazen
D. Nadiren
E. Hiçbir zaman

27-**Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?**

A. Her zaman
B. Çoğu zaman
C. Bazen
D. Nadiren
E. Hiçbir zaman

28-**Hakkınızda tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için, tıbbi uygulama hakkında ayrıntılı bilgilendirme yaptığınız oluyor mu?**

A. Her zaman
B. Çoğu zaman
C. Bazen
D. Nadiren
E. Hiçbir zaman

29-**Tıbbi uygulamalarda, aydınlatılmış onam alınmasının gerekliliğine inanıyor musunuz?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

30-**Tam ve eksiksiz alınmış bir onam sizi tıbbi uygulama hatası iddiasından korur mu?**

A. Hukuki ve Cezai sorumluktan korur
B. Hukuki sorumluluktan korur
C. Cezai sorumluluktan korur
D. Her iki sorumluluktan da korumaz
E. Bilgim yok

31-**Hasta hakları hakkında ne düşünüyorsunuz?**

A. Oldukça olumlu buluyorum
B. Olumlu buluyorum
C. Kararsızım
D. Olumsuz buluyorum
E. Oldukça olumsuz buluyorum

32-**Hasta Haklarının yanında Hekim Hakları göz ardı ediliyor mu?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

33**-Yüksek Sağlık Şurası'nın tıbbi uygulama hatası ile ilgili davalarda bilirkişilik uygulamalarına güveniyor musunuz?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

34-**Adli Tıp Kurumu'nun tıbbi uygulama hatası ile ilgili davalarda bilirkişilik uygulamalarına güveniyor musunuz?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

35-**Gözetiminiz altında tıbbı uygulaması gereken yardımcı sağlık personeli veya asistan hekimin tıbbi uygulama hatası yapması, sizin de hukuki sorumluluğunuza yol açabilir mi?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

36-**Teşhis ve tedavide her uzmanlık dalı için ortalama standartların (muayene, tetkik vb) belirlenmesi gerekli midir?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

37-**Mesleki sorumluluk sigortası yaptırıyor musunuz?**

A. Hiç yaptırmadım
B. Son bir yıldır yaptırıyorum
C. Son iki yıldır yaptırıyorum
D. Son üç yıldır yaptırıyorum
E. Daha önce yaptırdım ancak şimdi sigortam yok

38-**Mesleki sorumluluk sigortasının hekimler için zorunlu olması gerektiğine inanıyor musunuz?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

39-**Mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu hale gelmesi ile uzmanlık alanına göre primlerin değişmesi sizi rahatsız etti mi?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Hayır
D. Kesinlikle hayır

40-**(**Kamu personeli hekimler için**) Mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu hale gelmesi durumunda primlerin bir kısmını ödemek zorunda kalmanız sizi rahatsız eder mi?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Hayır
D. Kesinlikle hayır

41-**Türk Ceza Kanunu'ndaki düzenlemeler, mesleki uygulamalarda cezai sorumluluk açısından, sağlık personelinin aleyhine midir?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

42-**Sağlık personelinin tıbbı yanlış uygulamasından dolayı doğacak cezai sorumluluğu, özel bir yasada düzenlenmeli midir?**

A. Kesinlikle evet
B. Evet
C. Kararsızım
D. Hayır
E. Kesinlikle hayır

Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Tekinay SS. Medeni Hukuka Giriş Dersleri S 127-129, Filiz Kitapevi, İstanbul, 1987.
2. Emini ME. Hak Kavramı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 12: 203-217, 2004.
3. Esener T. Hukuk Başlangıcı Genel Hukuk Bilgisi S 132-134, Alkım Yayınevi, İstanbul, 2002.
4. Oğuzman K, Barlas N. Medeni Hukuk Giriş, Kaynaklar, Temel Kavramalar S 91-94, Beta Yayınevi, İstanbul, 2003.
5. Anar E. İnsan Hakları Tarihçesi S 30-40, Çiviyazıları Yayınevi, İstanbul, 2000.
6. Akad M, Dinçkol BV. Genel Kamu Hukuku S 110-120, Der yayınları, İstanbul, 2009.
7. Crawford J. The Future of Un Human Rights Monitoring P 1-15, Cambridge University Press, Cambridge, 2000.
8. Kapani M. İnsan Haklarının Uluslararası Boyutları S19-70, Bilgi Yayınevi, İstanbul, 1996.
9. Nickel J. Human Rights. Stanford Encyclopedia of Philosophy. http://plato.stanford.edu/entries/rights-human/ (16/04/2011 erişim tarihi)
10. Dinçkol A. Küreselleşme ve İnsan Hakları, Doç. Dr. Mehmet Somer'e Armağan S 907, Beta Yayınları, İstanbul, 2006.
11. Gözübüyük ŞA, Gölcüklü F. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve Uygulaması S 50-65, Turhan Kitabevi, Ankara, 2009.
12. Gören Z. Yaşama Hakkı ve Ölüm Cezası. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2: 71, 2006.
13. Gemalmaz MS. İnsan Hakları Hukukunun Genel Teorisine Giriş S 65-80, Beta Yayınevi, İstanbul, 1997.
14. Savcı B. Yaşam Hakkı Felsefesel Açıdan Pratiğe Doğru. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi 35(1): 19-27, 1980.
15. Korff D. Yaşam Hakkı S 8-12, Avrupa Konseyi İnsan Hakları El Kitapları No:8, Brüksel, 2006.
16. Sert G. Hasta Hakları Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde S 56, Babil Yayınları, İstanbul, 2004.
17. François J, Kombe A. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Kapsamında Pozitif Yükümlülükler S 10-14, Avrupa Konseyi İnsan Hakları El Kitapları No:9, Brüksel, 2008.
18. http://www.who.int/about/definition/en/print.html (22/10/2010 erişim tarihi)
19. Annas JG. The Rights of Patients S 3, Humana Press Inc., New Jersey, 1992.
20. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları S 25-32, Seçkin Yayınları, Ankara, 2005.
21. Hakeri H. Tıp Hukuku S 400-420, Seçkin Yayınları, Ankara, 2007.
22. Özcan B, Özel Ç. Kişilik Hakları Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Ortaya Çıkan Tıbbi İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 10(1): 54, 2007.

23. Kök AN. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Göre Aydınlatma ve Rıza. KhukA 116-121, Kasım 2005.
24. Önal G, Civaner M. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi: Türkiye'de Hasta Haklarının Yaşama Geçirilmesi İçin Bir Adım. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 13(3): 81-84, 2005.
25. http://www.patienttalk.info/AHA-Patient_Bill_of_Rights.htm (22/10/2010 erişim tarihi)
26. Günaydın S. Hasta Hakları ve Aydınlatılmış Onam. Anestezi Dergisi 11: 243, 2003.
27. Coşar A. Hasta Hakları. Sağlık Hukuku Digestası (Ankara Barosu Yayınları) 1(1): 11, 2009.
28. European Consultation on the Rights of Pataients Adopts Decleration on the Promotion of the Patient's Rights in Europe. İnternational Digest of Health Legislation, 45(3): 410-419, 1994.
29. Sert G. a.g.e., S 74.
30. Doğan VÖ. Bir İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı ve Uluslararası Dayanakları. Sağlık Hukuku Digestası (Ankara Barosu Yayınları) 1(1): 341-379, 2009.
31. Sert G. a.g.e. S 71.
32. Gülmez M. Anayasa Değişikliği Sonrasında İnsan Hakları Sözleşmesinin İç Hukuktaki Yeri ve Değeri. Türkiye Barolara Birliği Dergisi 54: 159-160, 2004.
33. Katoğlu T. Türk Hukukunun Bir Parçası Olarak Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 55: 161-164, 2006.
34. Deryal Y. Biyotıp Sözleşmesinin 10. Maddesi Kapsamında Hastanın Özel Yaşamına Saygı Hakkı. KhukA 127-129, Kasım 2005.
35. Gojayeva A. Avrupa Biyotıp Sözleşmesi ve Türk Hukukuna Etkileri. Sağlık Hukuku Digestası (Ankara Barosu Yayınları) 1(1): 28-70, 2009.
36. Rogers A, Durand de Bousingen D. Bioethics in Europe S210-215, Council of Europe, 1995.
37. Teziç E. Anayasa Hukuku S 83, Beta Yayınevi, İstanbul, 2003.
38. Deryal Y. Hasta Hakları. Roche Sağlık Hukuku Günleri Tebliğler S 56, Deniz Ofset, İstanbul, 2007.
39. Yıldırım T. Hasta Hakları. Sağlık Hukuku ve Yeni Türk Ceza Kanunu'ndaki Düzenlemeler Sempozyumu I, Marmara Üniversitesi S 116-122, İstanbul, 2007.
40. Buken Ö. N, Buken E. Patient's Right in Turkey. JISHIM, 3: 40, 2004.
41. Teziç E. a.g.e., S 64-87.
42. Kuluçoğlu E. Türk Hukuk Sisteminde Normlar Hiyerarşisi ve Sayıştay Denetimine Etkileri. Sayıştay Dergisi 71:3-6, 2008.
43. Kaboğlu İÖ. Özgürlükler Hukuku S 39-60, İmge Yayınları, İstanbul, 2002.
44. Yayla Y. İdare Hukuku S 182, Beta Yayınları, İstanbul, 2009.
45. Arvasa AF. Avrupa Anayasallaşma Sürecinde Primer Hukukta Normlar Hiyerarşisi. Uluslararası İlişkiler 1(2): 1-24, 2004.
46. Çeçen A. Hukukta Norm ve Adalet. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 32(1): 75-77, 1975.
47. Uygur G. Adalet ve Hukuk Devleti. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 53(3): 33-35, 2004.
48. Gemalmaz MS. Hasta Hakları Yönetmeliğine İlişkin Ön Sorunlar ve Saptamalar. Açık Sayfa 22(23): 16-22, 1999.

49. Aydın N. Hasta Haklarının Hukuki Boyutu ve Korunma Yolları. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 22: 24-25, Aralık 2008.
50. Kurt M, Hartman JD, Bryan A, Lyang A. Informed Consent. Hospital Physician 53-59, March 1999.
51. Schenker Y, Meisel A. Informed Consent in Clinical Care. JAMA 305(11): 1130-11301, 2011.
52. Civaner M. Malpraktis Yerine Hizmet Kaynaklı Zarar Türk Ped. Arş. 46: 7, 2011.
53. Kök AN, Güler M, Çalangu S. Hekimlikte Malpraktis. ANKEM Derg 17(4): 345-351, 2003.
54. Çetin G. Tıbbi Malpraktis, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum No:48, 31-42, Şubat 2006.
55. Statement on Medical Malpractice, Adopted by the 44. World Medical Assembly, Marbella Spain September 1992, http://www.wma.net/e/policy/g6.htm (erişim tarihi 30.09.2010)
56. Hancı H. Malpraktis. Hekimin Tıbbi Girişimler Sonucu Ceza ve Tazminat Sorumluluğu S 15-20, Seçkin Yayınları, Ankara, 2002.
57. Çolak A. Nöroşirurjide Malpraktis. Türk Nöroşirurji Dergisi 12: 94-98, 2002.
58. Pelin ŞS, Oğuz YN. Tıbbi Etik Açısından Hekim Sorumluluğu. T Klin Tıbbi Etik 2: 161-163, 1996.
59. Oğuz NY. Klinik Uygulamada Hekim Hasta İlişkisi. Tıbbi Etik 3(2-3): 59-65, 1995.
60. Lazaro J. Doctor's Status: Changes in the Past Millienium. Lancet 354: 17, 2000.
61. Danzon PM. Liability for Medical Malpractice, Journel of Economic Perspectives 5(3): 51-69, 1991.
62. Danzon PM. Medical Malpractice: Theory, Evidence and Public Policy P 7, Harward Universty Press, 1985.
63. De Ville KA. Medical Malpractice in Nineteenth Century: Origins and Legacy P 10-20, New York Universty Press, 1990.
64. Baker T. The Medical Malpractice Myth P 10-14, Universty of Chicago Press, 2005.
65. Mohr JC. American Medical Malpractice Litigation in Historical Perspective. JAMA 283: 1731-1737, 2000.
66. Leape LL. Institude of Medicine. Medical Error Figures are not Exagerrated. JAMA 284: 95, 2000.
67. Moore PJ, Adler NE, Robertson PA. Medical Malpractice: The Effect Of Doctor-Patient Relations On Medical Patient Perceptions And Malpractice Intentions. West J Med 173(4): 244-250, 2000.
68. Chandra A, Shantanu N, Seabury SA. The Growth Of Physician Medical Malpractice Payments: Evidence From The National Practitioner Data Bank. Health Tracking 5: 240-249, 2005.
69. To Err is Human: Building A Safer Health System (Institute of Medicine Report) 1 November 1999. http://www.iom.edu/Reports/1999/To-Err-is-Human-Building-A-Safer-Health-System.aspx (erişim tarihi: 30.09.2010)
70. Akyıldız S. Hekimin Cezai Sorumluluğu Bakımından Uygulamadaki Sorunlar. V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu S 993-995, 28 Şubat-1 Mart 2008, Ankara.
71. Polat O. a.g.e. S 298
72. Türkan H, Tuğcu H. 2000-2004 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasında Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları. Gülhane Tıp Dergisi 46(3): 226-231, 2004.
73. Polat O. a.g.e. S 299-307.

74. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalarla İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi 84819: 1-10, 2009.
75. Çolak A. Komplikasyon mu? Malpraktis mi? Malpraktis Davalarının Asli Unsurları. Hekim Forumu Dergisi 33: 32, 2003.
76. Ünver Y. Ceza Hukukunda İzin Verilen Risk S 25-30, Beta Yayınevi, İstanbul, 1998.
77. Kök AN. Yüksek Sağlık Şurası Kararlarında Hekim Kusurunun Tespitine İlişkin Sorunlar. V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu S 961-973, 28 Şubat-1 Mart 2008, Ankara.
78. Elmas İ. Tıbbi Malprakltis Tanısı, bilirkişilik, Sorunlar ve Öneriler, Türk Biyoetik Derneği E-Bülteni 20: 7, 2010. http://www.biyoetik.org.tr/files/TBD_e-Bulten_No.20.pdf (erişim tarihi 20.01.2011)
79. Yavuz F. Malpraktis Komplikasyon Ayrımı. A'dan Z'ye Sağlık Hukuku Sempozyum Notları S 97, İstanbul Barosu Yayınları, 2007, İstanbul.
80. Deryal Y. Türk Hukukunda Bilirkişilik S 54, Seçkin Yayınevi, Ankara, 2010.
81. Tonbul Z, Forta Ö. Tarihi Hastaneler. Novartis Yayınları No:20, İstanbul, 2009.
82. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 17(3): 233-236, 2010.
83. Mızrak B, Celbiş O. Patoloji ve Malpraktis. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 14(3): 213-217, 2007.
84. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis. Klinik Gelişim 22(2): 6-10, 2009.
85. Akalın HE. Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz. ANKEM Derg 18(ek 2): 12-13, 2004.
86. Akalın HE. Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. İKU Acıbadem Gurubu 17: 32-35, 2007.
87. Kıcalıoğlu M. Doktorların ve Hastanelerin Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumlulukları S 139, Adalet Yayınevi, Ankara, 2011.
88. Çakmakçı M. Tıbbi Hatalar: Tanımlar ve Konunun Önemi. ANKEM Derg 15(3): 247-249, 2001.
89. Akalın HE. Tıbbi Hatalar Nedir? Nasıl Önlenebilir. ANKEM Derg 15(3): 244-246, 2001.
90. Akalın HE. Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi 5(3): 141-146, 2005.
91. Polat O. Klinik Adli Tıp S 213-214, Seçkin Yayınları, Ankara, 2006.
92. Öztürkler C. Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları S 241-242, Seçkin Yayınevi, Ankara, 2003.
93. Zencirci A. Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 1: 67-74, 2010.
94. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi 8(2): 100-111, 2010.
95. Geller KH, Guzman LJ. JCAHO 2005 National Patient Safety Goals, FOJP Service Corporation, 2005, No:1 www.fojp.com/Focus_**2005**_1.pdf (erişim tarihi 25/11/2010)
96. Chan KY, Mark B. Anteccedents of Severe and Nonsevere Medication Errors. Journel of Nursing Scholar Ship 41(1): 70-78, 2009.
97. Dönmezer S, Erman S. Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku S 47-57, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1983.

98. New Scientific Evidence Supports WHO Findings: A Surgical Safety Checklist Could Save Hundreds of Thousands of Life http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist_saves_lives/en/index.html, (Erişim tarihi: 30.09.2010)
99. Leape LL, Swankin DS, Yessian MR. A Conversation on Medical Injury. Public Health Rep. 114: 302–317, 1999.
100. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları, S 46
101. Özlü T. Biyohukuk Sözleşmesi Bağlamında Hekim Hasta İlişkisi. KhukA, Kasım 2005: 167- 168, www.akader.info/KHUKA/2005_kasim/14.pdf (erişim tarihi 12/12/2010)
102. Balint J, Shelton W. The Patient-Physician Relationship: Regaining the Initiative, Forging a New Model of the Patient-Physician Relationship. JAMA 275(11): 887-891, 1996.
103. Fridenberg RM. Perspectives: Patient Doctor Relationship. Radiology 226: 306-308, 2003.
104. Szasz ST, Knoff WF, Hollender MH. The Doctor-Patıent Relatıonshıp And Its Hıstorıcal Context. Am J Psychiatry 115:522-528, 1958.
105. Siegler M. The Future Of The Doctor-Patient Relationship In A World Of Managedcare. Med Secoli 10:41–56, 1998.
106. Tan NHSS. Deconstructing Paternalism What Serves the Patient Best, Singapore Med J 43(3): 148-151, 2002.
107. Chin JJ. Doctor-Patient Relationship: A Covenent of Trust. Singapore Med J 42(12): 579-581, 2001.
108. Çakmut ÖY. Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi S 27-41, Legal Yayıncılık, İstanbul, 2003.
109. Yağbasan M, Çakar F. Doktor-Hasta İlişkisinde Dile Ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 15: 609-627, 2006.
110. Loh KY, Sivalingam N. Enhancing Doctor-Patient Relationship: The Humanistic Approachi. Med J Malaysia 63(1): 85-88, 2008.
111. Davis R, Roberts RW. Handbook for Rural Health Care Ethics: A Practical Guide for Professionals P 86-90, University Press of New England, New Hampshire, 2009.
112. Bendapudi MN, and others. Patients' Perspectives on Ideal Physician Behaviors. Mayo Clin Proc. 81(3): 338-344, 2006.
113. Centel N. Türk Ceza Hukukuna Giriş S 3, Beta Yayınları, Beta Yayınları, İstanbul, 2002.
114. Oğuzman K, Barlas N. a.g.e. S 5.
115. Dönmezer S. Kişilere ve Mala Karşı Cürümler S 7, Beta Yayınları, İstanbul, 1995.
116. Sevük YH. Sağlık Hakkı Kapsamında Yapılan Müdahalelerin Türk Ceza Hukukunda Hukuka Uygunluğunu Sağlayan Hükümler. Sağlık Hukuku ve Yeni Türk Ceza Kanunu'ndaki Düzenlemeler Sempozyumu, 17.11.2006, Marmara Üniversitesi İstanbul.
117. Erman B. Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu S 28, Seçkin Yayınları, Ankara, 2003.
118. Bayraktar K. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu S 66 vd., İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1972.
119. Keyman S. Tipiklik ve Ceza Hukuku. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 37: 59, 1980.

120. Mahmutoğlu FS. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'ndaki Yeni Düzenlemeler Işığında Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Cezai Sorumluluğu. Teknoloji Tıbbı Hekim ve Hasta İlişkisi, Uluslararası Katılımlı 2. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildiri Kitabı S 203-220, 2006, İstanbul.
121. İçel K, Sokullu Akıncı F, Özgenç İ, Sözüer A, Mahmutoğlu FS, Ünver Y. Suç Teorisi S 116-117, Beta Yayınları, İstanbul, 2004.
122. Dönmezer S, Erman S. a.g.e. S 16.
123. Soyaslan D. Ceza Hukuku Genel Hükümler S 354, Yetkin Yayınları, Ankara, 2005.
124. Yargıtay 4. HD, 07.03.1977, 6297/2541, YKD 1978, 906,907.
125. Erman B. a.g.e. S 49.
126. Bayraktar K. a.g.e. S 96.
127. Artuk ME, Gökçen A, Yenidünya C. Ceza Hukuku Genel Hükümler S 525, Seçkin Yayınları, Ankara, 2002.
128. Erol H. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu (Gerekçeli ve İçtihatlı) S 421, Yayın Matbaacılık, Ankara.
129. Hakeri H. Tıp Hukuku S 323, Seçkin Yayınları (3. Baskı), Ankara, 2010.
130. İçel K, Sokullu Akıncı F, Özgenç İ, Sözüer A, Mahmutoğlu FS, Ünver Y. a.g.e. S 167-168
131. Dönmezer S, Erman S. a.g.e. S 51.
132. Erman B. a.g.e. S 51.
133. Centel N. a.g.e. S 272.
134. Bayraktar K. Tıp Etik Kurallarının Hukuka Etkisi. V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu S 20-34, 28 Şubat-1 Mart 2008, Ankara.
135. Dönmezer S, Erman S. a.g.e. S 56-57.
136. İçel K, Sokullu Akıncı F, Özgenç İ, Sözüer A, Mahmutoğlu FS, Ünver Y. a.g.e. S 175-176
137. Dönmezer S, Erman S. a.g.e. S 67-79.
138. İçel K, Sokullu Akıncı F, Özgenç İ, Sözüer A, Mahmutoğlu FS, Ünver Y. a.g.e. S 181-189
139. Centel N. a.g.e. S 255-259.
140. Soyaslan D. a.g.e. S 394-395.
141. Hakeri H. a.g.e. S 324.
142. Bayraktar K. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu S 130.
143. Dönmezer S, Erman S. a.g.e. S 76.
144. Özgenç İ. Ceza Hukuku Genel Hükümler S 285, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2006.
145. Yenisey F. Tedavi Açısından İlgilinin Rızası. V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu S 868-880, 28 Şubat-1 Mart 2008, Ankara.
146. Hakeri H. a.g.e. S 99.
147. Hakeri H. a.g.e. S 326.
148. Erman B. a.g.e. S 139.
149. Mosenheuer A. Hekimlerin Cezalandırılabilirliğinin Sınırı Olarak Varsayımsal Rıza. V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu S 69-80, 28 Şubat-1 Mart 2008, Ankara.
150. Şen E. Türk Ceza Hukuku Suçun Genel Esasları ve Unsurları S 31, Der Yayınları, İstanbul, 2002.
151. Dönmezer S, Erman S. a.g.e. S 213.
152. Artuk ME, Gökçen A, Yenidünya C. 5237 Sayılı Yeni TCK.' ya Göre Hazırlanmış Ceza Hukuku Genel Hükümler 1, S 549, Turhan Kitabevi, Ankara, 2006.
153. Dönmezer S, Erman S. a.g.e. S 226.

154. Centel N. a.g.e. S 341.
155. İçel K, Sokullu Akıncı F, Özgenç İ, Sözüer A, Mahmutoğlu FS, Ünver Y. a.g.e. S 229.
156. Dönmezer S, Erman S. a.g.e. S 233-241.
157. İçel K, Sokullu Akıncı F, Özgenç İ, Sözüer A, Mahmutoğlu FS, Ünver Y. a.g.e. S 230-238.
158. Dönmezer S, Erman S. a.g.e. S 249-252.
159. İçel K, Sokullu Akıncı F, Özgenç İ, Sözüer A, Mahmutoğlu FS, Ünver Y. a.g.e. S 235.
160. Erol H. a.g.e. S 359.
161. Erol H. a.g.e. S 364.
162. Parlar A, Hatipoğlu M. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun Getirdiği Yenilikler Bağlamında Kast ve Taksir S 442, Kazancı Yayınları, İstanbul, 2005.
163. Artuk ME, Gökçen A, Yenidünya C. a.g.e. S 605.
164. Kaymaz S, Gökcan HT. 5237 Sayılı TCK. da Taksirle Adam Öldürme ve Yaralama Suçları S 75, Seçkin Yayınları, Ankara, 2006.
165. İçel K, Sokullu Akıncı F, Özgenç İ, Sözüer A, Mahmutoğlu FS, Ünver Y. a.g.e. S 258.
166. Dönmezer S, Erman S. a.g.e. S 286.
167. Erol H. a.g.e. S 378.
168. Katoğlu T. Hekimin Ceza Sorumluluğu ve Yeni Türk Ceza Kanunu. Sağlık Hukuku ve Yeni Türk Ceza Kanunu'ndaki Düzenlemeler Sempozyumu, 17.11.2006, Marmara Üniversitesi İstanbul.
169. Ünver Y. Hekimin Cezai Sorumluluğu. TCK'da Sağlık Personelinin Cezai Sorumluluğuna Yol Açabilecek Hükümler. II. Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu S 96, 13-14 Kasım 2009, İstanbul.
170. Yargıtay Kararı; Leges İçtihat Programı.
171. Gökcan HT. Tıp Uygulayıcılarının Ceza Sorumluluğu ve Yargıtay Kararları. II. Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu S 121, 13-14 Kasım 2009, İstanbul.
172. Nomer NH. Borçlar Hukuku Genel Hükümler S14, Beta Yayınları, İstanbul, 2011.
173. Eren F. Borçlar Hukuk Genel hükümler S 1, Beta Yayınları, İstanbul, 2010.
174. Oğuzman KM, Öz MT. Borçlar Hukuku Genel Hükümler S 3, Filiz Kitabevi, İstanbul, 2000.
175. Nomer NH. a.g.e. S 81.
176. Oğuzman KM, Öz MT. a.g.e. S 476.
177. Ayan M. Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluk S 49, Kazancı Yayınları, Ankara, 1991.
178. Gözübüyük AŞ, Tan T. İdare Hukuku S 664, Turhan Kitabevi, Ankara, 2001.
179. Ayan M. a.g.e. S 173.
180. Şenocak Z. Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu S 18, AÜHF Yayınları, Ankara, 1998.
181. Ayan M. a.g.e. S 49-52.
182. Öztürkler C. a.g.e. S 55.
183. Yargıtay 4. HD. 04.03.1994, 8538/2157, Kazancı İçtihat Programı.
184. Petek H. Güzelleştirme Amaçlı Estetik Ameliyatlarda Hukuki Sorumluluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 8(1): 177-239, 2006.
185. Yavuz C, Acar F, Özen B. Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler) S 405, Beta Yayınları, İstanbul, 2010.

186. Tandoğan H. Borçlar Hukuku C. II Özel borç İlişkileri S 355, Vedat Kitabevi, İstanbul, 2010.
187. Aral F. Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri S 393, Yetkin Yayınları, Ankara, 2010.
188. Hancı H. a.g.e. S 150.
189. Yavuz C, Acar F, Özen B. a.g.e. S 425-446.
190. Alkanat MB. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. STED 11(5): 177, 2002.
191. Hakeri H. a.g.e. S 211-250.
192. Büyükay Y. Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü. AÜEHFD 7(1-2): 383-396, 2004.
193. Sevük YH. Tıp Ceza Hukuku'nda Kişisel Verilerin Açıklanması. V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu S 782, 28 Şubat- 1 Mart 2008, Ankara.
194. Hakeri H. a.g.e. S 260-265.
195. Gönenç Fİ. Kadın Doğum Vakalarının Tazminat Hukuku Yönünden Taşıdığı Özellikler. II. Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu S 144, 13-14 Kasım 2009, İstanbul.
196. Öztürkler C. a.g.e. S 103.
197. Oğuzman KM, Öz MT. a.g.e. S 497-498.
198. Demir M. Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu. AÜHFD 57(3): 225-252, 2008.
199. Oğuzman KM, Öz MT. a.g.e. S 502
200. Hatemi H, Gökyayla E. Borçlar Hukuku Genel Hükümler S 116-135, Vedat Kitabevi, İstanbul, 2011
201. Zeytin Z. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumlulukta İspat Yükü Kuralının Ters Çevrildiği ve Kolaylaştırıldığı Haller. I. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu S 135 vd., 27 Mayıs 2005, İstanbul.
202. Hershey N. The Defensive Practice Of Medicine: Myth Or Reality. Milbank Mem Fund Q 50: 69-97, 1972
203. Edwards KS. Defensive Medicine: Health Care With A Pricetag. Ohio State Med J 81:38-42, 1985.
204. Quam L. Fenn P, Dingwall R. Medical Malpractice in Perspective. II- The implications for Britain. Br Med J 294: 600, 1987.
205. Veldhuis M. Defensive Behavior of Dutch Family Physicians. Widening The Concept. Fam Med. 9: 26-27, 1994.
206. Catino M. Why Do Doctors Practise Defensive MedicineThe Side Effects Of Medical Litigation. Safety Science Monitor 1(11) Article 4.
207. Zuckerman S. Medical Malpractice: Claims, Legal Costs And The Practice Of Defensive Medicine. Health Affairs 3(3): 128-133, 1984.
208. Yahata S. A Study of Defensive Medicine in Japan. Applied Ethics P 175-186, Hokkaido Universty Press, Sapporo, 2011.
209. Bovbjerg RR. "Legislation on Medical Malpractice: Further Developments and a Preliminary Reptort Card". Universty of Dawis Law Reviev 22: 499, 1989.
210. Health Program Office of Technology Assesment. İmpact of Legal Reforms on Medical Malpractice Costs P 13, Washington, September 1993. www.fas.org/ota/reports/9329.pdf (erişim tarihi 06.06.2011)
211. Summerton N. Positive And Negative Factors In Defensive Medicine: A Questionnaire Study Of General Practitioners. BMJ 310: 27-29, 1995.
212. Bergen RP. Defensive Medicine İs Good Medicine. JAMA 228(9): 1188-1189, 1974.

213. Clark S, Oakley J. Informed Consent and Clinician Accountability P 258, Cambiridge Universty Press, Cambridge, 2007.
214. Hirsh HL. Defensive Medicine- Friend or Foe? Leg Med. 145-180, 1989.
215. Yorulmaz C. İstanbul Tabip Odasına Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi, İ.Ü.Adli Tıp Enstitüsü Tıp Bilimleri ABD., Doktora Tezi, İstanbul, 2005.
216. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp ABD., Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya, 2007.
217. Odabaşı AB, Tümer AR. Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma aşamasında Toplumu Bekleyen Tehlike. Sted. 15(4): 55-59, 2006.
218. Hurren ET. Patients' rights: from Alder Hey to the Nuremberg Code. History and Policy, May 2002 http://www.historyandpolicy.org/papers/policy-paper-03.html (Erişim tarihi 20/07/2011)
219. Carmi A. Human Rgihts in Medicine and Law, Patients' Right (Editors: Carmi A, Wax H.) P 1-11, Yozmot Pub Ltd, Tel Aviv, 2002.
220. Stoll P.Defensive Medicine. Beitr Gerichtl Med. 40:35-40, 1982.
221. Manner AP. Practcising Defensive Medicine- Not Good for Patient or Physicians, http://www.aaos.org/news/bulletin/janfeb07/clinical2.asp (Erişim tarihi 20/07/2011)
222. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical Malpractice. New England Journal of Medicine, 350(3): 283-292, 2004.
223. Conroy AD. Lessons Learned from the 'Laboratories of Democracy': A Critique of Federal Medical Liability Reform," Cornell Law Revıew 91(5): 1167, 2006.
224. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, Desroches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians İn A Volatile Malpractice Environment. JAMA 293(21):2609-2617, 2005.
225. Medical Malpractice İnsurance: Multiple Factors Have Contributed to Increased Premium Rates, U.S. Acconuting General Office Report, 03(702): 5 June 2003. www.gao.gov/new.items/d04128t.pdf (erişim tarihi 09.06.2011)
226. Smit DO. Project, The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine. Duke Law Journal 5:.939-993, 1971.
227. Andersson GF, Squires DA. Measuring The U.S. Health Care System: A Cross National Comprassion. The Commonwealth Found 1412(90): 1-32, Jnue 2010.
228. Christopher LJ. Phill D, Frank J. Measuring the Performance of the U.S. Health Care System. N Engl J Med. 362: 98-99, 2010.
229. Krugman P, Wells R. The Health Care Crisis and What Do Abaout İt, http://www.nybooks.com/articles/archives/2006/mar/23/the-health-care-crisis-and-what-to-do-about-it/?page=1 (erişim tarihi 20.06.2011)
230. Grumbach K. Primary Care in the United States: The Best Of Times, The worst of Times. N Engl J Med. 341: 208-210, 1999.
231. Freedman A. The Physcian-Paitent Relationship an the Ethics of Care Can. Med Assoc J. 148: 1037-1043, 1993.
232. Andreassen HK. Trondsen M, Kummervold PE, Gammon D, Hjortdahl P. Patients Who Use E-Mediated Communication With Their Doctor: New Constructions of Trust in the Patient-Doctor Relationship. Qualıtatıve Health Research 16(2): 238-248, 2006.
233. Abigail Z. Dissastisfaction with Medical Malpractice. N Engl J Med 350(1): 69-75, 2004.

234. Weiler PC. Medical Malpractice on Trial P 1-6, Harvard Collage Press, 1991.
235. Farmer M. The Long Arm of The Law, http://www.regia.org/law.htm. (Erişim tarihi 18.06.2011)
236. Taragin MI, Willet RL, Wilczek AP, Trout R, Carson JL. The Influence of Standart of Care and Severity of Injury on the Resolution of Medical Malpractice Claims. Annals of Internal Medicine 117: 780-784, 1992.
237. Budetti PP, Edward E, Helen T, Barlett T. Medical Malpractice Law in The United States (Report), The Kaiser Familiy Foundation P 18, May 2005, http://www.kff.org/insurance/upload/Medical-Malpractice-Law-in-the-United-States-Report.pdf (erişim tarihi 16.04.2011)
238. Confronting The New Health Care Crisis: Imprıving Heath Care Qualitiy an Lowering Costs By Fixing Our Medical Liability System, Prepared By U.S. Department Of Heaoffice Of The Assistant Secretary For Planning And Evaluation, 24 July 2002. http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/litrefm.htm (erişim tarihi 04.05.2011)
239. Barker DS. The Effect of Tort Reform on Medical Malpractice Insurance Markets: An Emprical Anaslysis. Journal of Health Politics, Policy an Law 17: 143-161, 1992.
240. Kessler D, McClellan M. Do Doctors Defensive Medicine. Quarterly Journal of Economics May: 354-390, 1996.
241. Danzon PM. An Economic Analysis of The Medical Malpracitce System. Behavioral Science and The Law P 39-54, John Wiley and Sons Ltd. Press, The U.S. 1983
242. Ottenwess DM, Lamberti MA, Ottenwess SP, Dresevic AD. Medical Malpractice Tort Reform. Radiology Management March/April: 30-35, 2011.
243. Localio AR, Lawthers AG, Bengtson JM., Relationship Between Malpractice Claims and Caesarean Delivery. JAMA 269(3):366-373, 1993.
244. Hickson, G, Clayton E, Entman S, Miller C, Githens P, Whetton-Goldstein K, and Sloan F. Obstetricians' Prior Malpractice Experience And Patients' Satisfaction With Care. JAMA 272: 1583-1588, 1994.
245. Baldwin LM, Hart GL, Lloyd M, Fordyce M, Rosenblatt R. Defensive Medicine and Obstetrics. JAMA 274: 1606-1610, 1995.
246. U.S. Congress. Office of Technology Assessment. July 1994. Defensive Medicine and Medical Malpractice. Washington, DC: U.S. Governments Printing Office. http://biotech.law.lsu.edu/policy/9405.pdf (erişim tarihi 20.07.2011)
247. De Ville K. Act First and Look Up the Law Afterward?: Medical Malpractice and the Ethics of Defensive Medicine. Theoretical Medicine and Bioethics 19: 569-589, 1998.
248. Morrison MCT. Negative Medicine. Journal of Royal Society Of Medicine 87: 127-128, 1994.
249. Reynolds RA, Rizzo JA, Gonzales ML. The Cost of Medical Professional Liability. JAMA 257: 2776-2781, 1987.
250. Poisal PA, Truffer C, Smith S, Sisko A, Cowan C, Keehan S, Dickensheets B. Health Spending Projections Through 2016: Modest Changes Obscure Part D's İmpact. Health Aff (Millwood). 26: 242-253, 2007.
251. Jackson Healthcare (2010), "Defensive Medicine: Impacts Beyond Costs". www.jacksonhealthcare.com. (Erişim tarihi 24.08.2011)
252. Sethi MK, Aseltine RH Jr, Ehrenfeld JM, and athers. Massachusetts Medical Society. Investigation of Defensive Medicine in Massachusetts, November 2008.

http://www.amaassn.org/ama1/pub/upload/mm/16/updated-rfs-i09-handbook.pdf (erişim tarihi 25.06.2011)
253. Berrington de González A, Mahesh M, Kim KP, Bhargavan M, Lewis R, Mettler F, Land C. Projected Cancer Risks From Computed Tomographic Scans Performed in The United States İn 2007. Arch Intern Med. 169:2071-2077, 2009.
254. Smith-Bindman R, Lipson J, Marcus R, Kim KP, Gould R, Berrington de González A, Miglioretti DL. Radiation Dose Associated With Common Computed Tomography Examinations and The Associated Lifetime Attributable Risk Of Cancer. Arch Intern Med. 169:2078-2086, 2009.
255. Confronting The New Health Care Crisis: Improving Health Care Quality anda Lowering Costs By Fixing Our Medical Liability System (Report), Prepared By U.S Department of Health and Human Services Office of the Asssistant Secratry for Planning and Evaluation, 24/07/2002. http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/litrefm.htm (Erişim tarihi 12/08/2011)
256. Summerton N. Trends in Negative Defensive Medicine Within General Practice. British Journal of General Practice 50: 565-566, 2000.
257. Polat O. Adli Tıp, Der Yayınları, 2.Baskı, İstanbul 2001.
258. Tümer A.R. 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakalarının Komplikasyon ve Malpraktis Yönünden Araştırılması, Ankara Ü. T. F. Adli Tıp ABD. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2002.
259. Cunningham W, Doney S. Defensive Changes in Medical Malpractice and the Complaints Process: A Qualitative Study of New Zealand Doctors. Journal of the New Zealand Medical Association, 119(1244), U2283, 27 October 2006.
260. National Patinet 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 10/02/2012)
261. Sunay YM. Tıbbi Kayıtların Saklanmasında ve Düzenlenmesinde Görülen Eksiklikler ve Hukuki Sonuçları. Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi, 2(50): 20-27, 2006.
262. Özata M, Aslan Ş, Mete M. Rasyonel İlaç Kullanımın Hasta Güvenliğine Etkileri: Hekimlerin Rasyonel İlaç Kullanmalarına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. II. International Patient Safety Congress, S 529-542, 25-29 Mart 2009.
263. The Third Revision of "The use of Essential drugs" Technical Report Series No:722 Nairobi 1985
http://www.who.int/global_health_histories/seminars/presentation37.pdf (erişim tarihi: 21.10.2011)
264. Reich MR. Essential Drugs: Economics and Politics in İnternational Health. Health Policy 8: 39-57, 1987.
265. http://www.focushaber.com/-hastane-hastane-dolastirildi-oldu-haberine-sorusturma-h-77126.html,
http://www.guvenlicalisma.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1632:adanada-parmaklari-kopan-isci-hastane-hastane-dolastirildi&catid=61:petro-kimya--lastik&Itemid=185,
http://gundem.milliyet.com.tr/kaldirimda-otomobil-carpti-3-hastane-dolastirildi-oldu/gundem/gundemdetay/05.10.2011/1447083/default.htm (erişim tarihi 22.10.2011)
266. Canbolat F. Kamu Hastanesinde Yapılan Tıbbi Müdahalede Hekimin Özel Hukuktan Doğan Sorumluluğunun Dayanağı. TBB Dergisi 80: 156-181, 2009.

267. Güler M. İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Sorumluluğu. XV. Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurultayı S 52-60, 4-6 Aralık 2009, İzmir.
268. Centel N. a.g.e. S 162-163.
269. Artuk ME, Gökçen A, Yenidünya C. 5237 Sayılı Kanuna Göre Hazırlanmış Ceza Hukuku Özel Hükümler S 676-694, Turhan Kitabevi, Ankara, 2005.
270. Gökcan HT. Haksız Fiil Sorumluluğu ve Tazminat Hukuku S 547, Seçkin Yayınevi, Ankara, 2010.
271. Gökcan HT. a.g.e. S 588.
272. Gökcan HT. a.g.e. S 785.
273. Yargıtay HGK. 26.09.2001, 2001/4-595 E. 2001/643 K., Yargıtay HGK. 31.10.2007, 2007/4-800 E. 2007/797 K., Kazancı İçtihat Programı.
274. Perrow C. Normal Accident: Living With High Risk Technologies P 123-125, Basic Books, New York, 1984.
275. Pakiş I. Ölüm Ya Da Ölü Doğumla Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımda Adli Otopsinin Rolü, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2006.
276. ACOG Committee Opinion, Coping With The Stress Of Malpractice Litigation International Journal Of Gynecology & Obstetrics, 74: 65–66, 2001.
277. 22.10.2010 Tarih ve 27737 Sayılı Resmi Gazete, Anayasa Mahkemesi, 2009/69 Es. 2010/79 K. 03.06.2010 Tarih.
278. Can M. Mesleki Sorumluluk Sigortasının Genel Şartlarına Bir Bakış S 12-24, Seçkin Yayınevi, Ankara, 2006.