

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

## DEFANSİF TIP UYGULAMALARINA YÖNELİK BİR DERLEME\*

### A REVIEW ON DEFENSIVE MEDICAL APPLICATIONS

Dr. Aysun YEŞİLTAS<sup>1</sup>

Prof. Dr. Ramazan ERDEM<sup>2</sup>

#### ÖZ

Defansif uygulamalar, hekimlerin kendilerini korumak için gösterdikleri kaçınma davranışlarıdır. Bu uygulamaların dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hekimler tarafından yaygın olarak uygulandığı görülmektedir. Bu çalışmada defansif tıp uygulamalarının nedenleri ve yaygınlığına ilişkin değerlendirme yapmak amaçlanmıştır. Defansif uygulamalar kaçınma davranışı olarak değerlendirilen negatif defansif tıp ve daha çok girişime yönelen pozitif defansif tıp olma üzere iki başlık altında toplanmaktadır. Her iki uygulamada da hekimleri defansif tıba yönlendiren nedenler bulunmaktadır. Bunlar hasta-hekim iletişimi, medyanın etkisi, şiddet, hekimlerin iş yükünün artması, malpraktis davaları, sağlık sistemi, mesleki deneyimin az olması, şikâyet edilme korkusu olarak sıralanmaktadır. Sonuç olarak defansif uygulamalar, hekimler ve hastalar açısından olumsuz durumlara sebep olmaktadır. Zira sağlık hizmetlerinin etkili sunumunun sağlanması için hekimleri bu uygulamalara yönelten sebeplerin irdelenmesi, sorunların çözülmesi gerekmektedir. Dolayısıyla defansif tıbbi önlemek için başta yöneticiler olmak üzere sağlık çalışanları ile birlikte çözümler aranmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Defansif Tıp, Hekim, Sağlık.

**JEL Sınıflandırma Kodları:** I1, I10, I18.

#### ABSTRACT

Defensive practices are the avoidance behaviours that physicians show to protect themselves. It is seen that these applications are widely practiced by the physicians in Turkey similar to the case in the world. In the study, it is aimed to evaluate the reasons and the prevalence of defensive medicine practices. Defensive practices are classified under two headings: negative defensive medicine, which is evaluated as avoidance behaviour, and positive defensive medicine, which is more introverted. In both applications, there are reasons why physicians are leading defensive medicine. These are listed as patient-doctor communication, media effect, violence, the increase in the work load of physicians, malpractice cases, health system, low professional experience and fear of complaint. As a result, defensive practices cause adverse situations in terms of physicians and patients. In order to render effective health services, the causes that lead physicians to these applications should be addressed and the problems should be solved. Therefore, in order to prevent defensive medicine, solutions should be sought together with health professionals, particularly with the managers.

\* Bu çalışma Aysun YEŞİLTAS’ın Prof. Dr. Ramazan ERDEM’in danışmanlığında yaptığı “*Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Çalışma*” isimli doktora tezinden üretilmiştir.

<sup>1</sup> pelin78@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2023-1485>

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ramazanerdem@sdu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0001-6951-3814>

**Keywords:** Defensive Medicine, Physician, Health.

**JEL Classification Codes:** I1, I10, I18.

## 1. GİRİŞ

Defansif uygulamalarda temel amaç hekimin kendini korumaya çalışmasıdır. Hekimler, şiddet gibi sorunlarla karşılaşmamak için riskli hastalardan uzak durmaya çalışmaktadır. Literatürde bu tip kaçınma davranışları negatif defansif tıp uygulamaları olarak değerlendirilirken, malpraktis davaları gibi yasal sorunlarla karşılaşmamak için gereken uygulamaların dışında uygulamalarda da bulunarak kendilerini güvenceye almaya çalışmaktadırlar.

Kimi hekim bu uygulamaların defansif tıp olduğunu bilerek kimi ise farkına varmadan uygulamaktadır. Özellikle son yıllarda hekimlerin ve hukukçuların yakından takip ettiği defansif tıp uygulamaların denetlenebilirliği, hangi branşlarda yoğunlaştığı, önlenilme durumu gibi bazı soruları gündeme getirmektedir.

İlk olarak olarak 1970’li yıllarda Amerika’da ortaya çıkan “savunmacı tıp”, literatürde “çekinik tıp, defansif tıp, temkinli tıp, savunmacı tıp,” olarak da ifade edilmektedir. Bu davranışın en temel özelliği, hasta tarafından aleyhine açılacak dava riskine karşı, hekimin yaptığı tıbbi müdahalelerde kendini korumak amaçlı gereksiz yere tanı ve tedaviye yönelik tıbbi işlemler yapmasıdır (Dedeoğlu, 2012: 42). Defansif tıp, hekimin güçlü suçlamalara maruz kalmasını azaltırken aynı zamanda hastanın gereksiz prosedürlerin riskine maruz kalmasına neden olmaktadır (Panting, 2005). Çoğu hekim bu uygulamaları, ilk olarak dava açılmasını önlemek amacıyla kanıtı dayalı tıp kuralları çerçevesinde yapılan tıbbi uygulamalardan sapma olarak tanımlamaktadır (Kumar, 2010: 2126). Scarman (1985:11) defansif tıbbi "hasta için en iyi olmadığına inanılsa bile yasal olduğu düşünülen tedavinin üstlenildiği ve tavsiye edildiği doktor uygulamaları" şeklinde tanımlamaktadır.

Bu çalışmada hekimlerin uyguladığı defansif tıp uygulamalarının nedenleri ve yaygınlığına ilişkin değerlendirme yapmak amaçlanmıştır.

## 2. DEFANSİF TIP KAVRAMI

Defansif uygulamalar çeşitli şekillerde tanımlanabilir. İlk olarak, defansif uygulama sorumluluğa karşı güvence oluşturmak için kişi haksız fiil sorumluluğuna neden olan aşamaya karşılık gelebilir. İkinci olarak, toplumsal talepler, olumsuz tanıtım ya da kötü ün gibi sadece yasal iddialardan diğer olayların sonucunda defansif uygulamaların durumlarını tanımlamak için defansif tıp daha geniş bir şekilde kullanılabilir. İki tanım arasındaki farkı değerlendirdiğimizde, birinci tanımda defansif tıp yasal iddialar sonucuyken, ikinci tanımda yasal iddialarla ilişki gerekli değildir (Dijck, 2013: 2).

Defansif tıp, hekimlerin bazı nedenler dolayısıyla kendini hastadan, davalardan, yönetimden korumaya çalışmasıdır. İki başlık altında incelenen defansif tıp davranışlarından güvence davranışı olarak adlandırılan pozitif defansif uygulamaları, hastaların malpraktis taleplerini önlemek ya da hizmet standartlarının karşılandığını kabul eden yasal sistemi ikna etmek için tıbbi değer taşımayan hizmetleri içermektedir. Kaçınma davranışı olarak adlandırılan negatif defansif tıp ise hekimlerin yasal riskler nedeniyle riskli hastalardan uzak durma çabalarını yansıtmaktadır. Bunlar hastaları etkileyen klinik kararları ve uygulama prosedürlerini kapsamaktadır (Studdert, 2005: 2615).

Tanımlar incelendiğinde defansif tıp uygulamalarının iki grupta toplandığı görülmektedir (US Congress, 1994; Passmore ve Leung, 2002; Studdert et al., 2005). Ancak yapılan gruplamada pozitif defansif tıbbin iyi uygulama, negatif defansif tıbbin ise kötü uygulama olduğu anlaşılmalıdır. Negatif defansif tıp kaçınma davranışı olarak değerlendirilirken, pozitif defansif tıp daha çok girişim daha çok müdahale anlamına gelmektedir (Aydaş, 2014: 67). Genel olarak olumlu-olumsuz, pozitif-negatif şeklindeki gruplandırmalara göre; defansif tıp, hekimlerin tanı testlerini ve prosedürleri düzenlerken, ziyaret yaparken, yüksek riskli hastalardan kaçınıırken, özellikle malpraktis sorumluluğuna maruz kalmaları azaltmak için ortaya çıkmaktadır. Hekimler malpraktis sorumluluğunu azaltmak için öncelikle ekstra testler veya işlemleri uyguladığında, pozitif defansif tıp, belirli hastalardan ya da prosedürlerden kaçındıklarında ise negatif tıp uygulamış olurlar (US Congress,1994: 3). Defansif tıp gereksiz testlerin istenmesi, prosedürler ya da uzman ziyaretleri şeklinde pozitif defansif tıp olarak, yüksek riskli hastalardan ya da prosedürlerden kaçınarak negatif tıp uygulamaları yer almaktadır. Hekimler tıbbi malpraktis davalarına maruz kalmamak için defansif tıba yönelmektedirler (Catino, 2011: 1).

Olumlu olarak yansıtılan pozitif defansif tıp uygulamalarından hastalara yapılan açıklamaların artması ve daha detaylı kayıt alma gibi bazı uygulamalar açıkça yararlı görülmektedir. Ancak negatif defansif tıp uygulamalarının varlığı belki de mevcut yargısal düzenleyici sistemlerin temel sorunlarının en iyi emaresi olarak vurgulanmaktadır (Summerton, 1995: 29). Passmore ve Leung'e (2002: 671) göre ise defansif tıbbın olumlu yönlerine örnek olarak artan hasta memnuniyeti ve hastalara daha detaylı bilgi vererek hizmet kalitesindeki iyileştirmeler verilebilir. Olumsuz yönler ise artan izleme oranlarını, hastaların gözlem düzeylerindeki artışı ve gereksiz tedavilerin reçete edilmesini içerebilir. Ayrıca artan tanı testlerinin kullanımı bir hekim için defansif uygulama olarak düşünülürken bir başka hekime göre iyi hekimlik uygulaması olabilmektedir (Summerton, 1995: 29). 1970'li yıllardan bu yana özellikle o dönemlerde birinci basamak hekimlikte ortaya çıkan defansif tıp uygulamalarının sadece bireysel bakımın kalitesi açısından değil sınırlı sağlık kaynaklarının kullanımıyla ilgili olarak da kamu sağlığı açısından sonuçları bulunmaktadır (Summerton, 1995: 27). Örneğin İtalya'da defansif tıp uygulamalarına bağlı prosedürler ve gereksiz tedaviler için hekim ve hastaneye hiç teşvik yoktur. Ayrıca son hükümet standartları vergi mükelleflerinin paralarını kullanımını kapsayan düzenli testler ve prosedürlere sıkı harcama kısıtlamaları getirmiştir (Catino, 2011: 7).

Defansif tıp uygulamalarının ölçülmesi oldukça güçtür, çünkü temelinde hekimlerin davranışlarının tespit edilmesine dayanır (Başer vd., 2014: 102). Defansif tıp uygulamaları, hekimlerin klinik terimler ya da ihmal kavramı ile ilgili bilgi eksikliği nedeniyle değil, risklerle ilgili endişeleri ile ilişkilidir. Bu endişeler nedeniyle bir hekim ve sağlık kuruluşu olanakları yeterliyken, risklerden kaçınmak için hastayı başka yere sevk etmekle, zaman kaybindan ve nakil sırasındaki yetersiz olanaklardan dolayı hastaya uygulanan defansif tıp davranışları etik değildir ve hukuka aykırıdır. Ancak etik olan hekimin elindeki olanaklar ölçüsünde hastasının tedavisini yapmaktır. Eğer ki hekim ya da sağlık kuruluşu olanakları o hasta için yeterli değilse sevk etme işlemi tıbbın gereğidir, doğru bir davranıştır, etikdir (Selçuk, 2015; Summerton, 1995). Çalışmalarda defansif tıbbın pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp olarak gruplandığı görülmektedir (Dijck, 2013; Studdert et al., 2005).

## 2.1. Pozitif Defansif Tıp

Pozitif defansif tıp, gerekli olan uygulamaları eksiksiz yapma ve gerekirse de hekimin kendini savunmada güçlendirmek için uygulamalar yapma uğraşdır. Bunlar çok çeşitli yollarla yerine getirilmektedir (Selçuk, 2015: 9). Pozitif defansif tıp olarak adlandırılan güvence davranışları, hukuki sisteminin şartlarına uygun olarak, hastaya aykırı ya da tıbbi yararı olmadan, yalnızca malpraktis davaları ile sonuçlanabilecek olumsuzluklar için ek uygulamalarda, işlemlerde bulunmaktadır (Studdert et al., 2005: 2609). Pozitif defansif tıp sorumluluk sonucu örneğin daha fazla tetkik isteyerek daha iyi hizmet sunmayı içerebilmektedir (Dijck, 2013: 26). Pozitif defansif tıp uygulamalarını örneklendirecek olursak (Selçuk, 2015: 9):

- Hastaneye yatması gerekmeyen hastanın yatırılması,
- Gerekmeyen tahlillerin yapılması,
- Gerekmeyen görüntüleme incelemelerinin yapılması,
- Gerekmeyen ilaçların yazılması,
- Gerekmeyen konsültasyonların istenmesi,
- Sık ziyaret (hastayı klinikte ziyaret etme) yapma,
- Gerekmeyen ameliyatların yapılması,
- Ayrıntılı kayıt tutma,
- Hasta ve yakınlarının memnuniyetine aşırı özen gösterme,
- Hasta ve yakınlarını bilgilendirmeye aşırı özen gösterme,
- Aydınlatılmış onam belgelerine aşırı özen gösterme,
- Hastayla ilgili olumsuzlukları fazla ayrıntılı olarak tutanağa dökme.

Pozitif defansif tıp uygulamalarında kendini korumak amacıyla hekim, tıbben gerekli olmayan işlemleri yapmakta, gerekli işlemleri abartarak yapmakta veya geçmişte yeterli oranda göstermediği özen borcu üzerinde daha fazla durmaktadır. Bu uygulamaları yapmaktaki amacı ise olası soruşturmalara önceden hazırlıklı olmaya çalışmaktadır.

Hekim böylelikle olası suçlamalara karşı "ben onları gereğince yaptım işte kanıtı" demeye hazır olduğunu düşünmektedir (Selçuk, 2015: 11). Duruma göre pozitif defansif tıp uygulamaları hizmetin kalitesini arttırabilmekte ya da azaltabilmektedir. Ek tanı testleri şeklinde adlandırılan çoğu güvence davranışının bir takım yararları olsa bile hastalara olan etkileri hastalığın ve hastanın durumuna, istenilen zamana ve şartlara göre değişebilmektedir (Aydaş, 2014: 71).

Pozitif defansif tıp uygulamaları denetim veya tüketici memnuniyeti faaliyetlerinin geliştirilmesi, hastaya detaylı bilgilendirmenin artışı ya da daha ayrıntılı kayıtların tutulması, artan taramalar gibi kaliteyi artırıcı durum olarak da ifade edilmektedir (Summerton, 1995: 27). Ancak pozitif defansif tıp sadece tıbbi uygulamalardan kaynaklanan birçok farklı boyuttaki komplikasyon veya beklenmeyen risklerinin ortaya çıkmasıyla değil aynı zamanda tanı ve tedavi yöntemlerinin aşırı kullanılarak sağlık bakım masraflarının arttırılmasıyla da sonuçlanabilmektedir (Aydaş, 2014: 71). Ayrıca gereksiz tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması diğer sağlık çalışanlarının iş yükünü ve hastanelerde bekleme sürelerini de arttırmaktadır. Pozitif defansif tıp uygulayan kişinin amacı olumsuzlukları azaltmaktır. Bunun için hekim, hastaların medikal haklarını kullanmasına engel olmaya çalışmaktadır.

Hastaya, uygulanan hizmetin standart olduğunu belgelerle kanıtlamaya çalışmakta, bunu gelecekte herhangi bir dava söz konusu olduğunda başlamadan sonlandırmak için yapmaktadır (Studdert et al., 2005: 2609). Örneğin, herhangi bir malpraktis davasında görevlendirilen bilirkişi, dava konusunu inceleyip karar verdiğinde hekimin istemiş olduğu fazladan tedavi, tektik, ilaç ve konsültasyonları değerlendirdiğinde, fazladan yapılan müdahaleler dışında tıbbi standartlara göre yapılması gerekenleri değerlendirdiğinden, eksik yapılan tıbbi hizmeti göz önünde bulundurduğundan, hekimler fazladan tıbbi müdahale yani pozitif defansif tıbbi uygulamalara daha çok yönelmekte ve defansif davranmaktadırlar (Aydaş, 2014: 72). Ancak bu durum göstermektedir ki hekimler defansif davranarak gerekenden fazla hastaya zaman ayırmakta ve dava edilme korkusuyla tabir yerindeyse ince eleyip sık dokuyarak gereksiz yere vakit harcamaktadır.

## 2.2. Negatif Defansif Tıp

Negatif defansif tıp, hekimlerin belirli hastalara bakmayı durdurdukları, sorumluluk endişeleri yüzünden riskli ameliyatlardan kaçındıkları durumları kapsamaktadır (Dijck, 2013: 26). Negatif defansif tıp; yapılması gereken uygulamalardan kaçınma yoluyla gerçekleşir. Negatif defansif tıp uygulamaları (Selçuk, 2015: 13):

- Riskli hastalardan kaçınma,
- Riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma,
- Riskli inceleme yöntemlerinden kaçınma,
- Riskli cerrahi girişimlerden kaçınma,
- Riskli hastaları başka yere sevk etme,
- Riskli hastaların gözünü olası yan etkilerle korkutup kaçırma,
- Riskli hastaları başka sağlık kurumlarını överek kaçırma,
- Girişimlerden önce olası bir olumsuzlukta hasta ve yakınlarının tepkilerinden korunmak için girişimlerin riskini abartma.

Kaçınma davranışı olarak adlandırılan negatif defansif tıp, yasal risk kaynaklarından kaçınma çabalarını yansıtmaktadır (Studdert et al., 2005: 2609). Negatif defansif tıp pozitif defansif tıba göre malpraktis davalarınaaaha fazla ivme kazandırmaktadır. Bunun temel sebebi hekimlerin yapmadıkları uygulamalardan dolayı daha çok malpraktis davasına konu olması olabilir (Aydaş, 2014: 79). Negatif defansif tıbbin tedavi kalitesini arttırabileceği tek durum olarak gösterilen bu uygulamalar her hasta, hastalık, hastane ve hekimin içinde bulunduğu kendine özel durumlar ile birlikte değerlendirildiğinde tıbbi dayanak bulabilirse hukuken geçerlilik kazanır. Gerçek tıbbi geçerliliği olmadan riskli hasta, hastalık veya tedavi yönteminden kaçınma sonucunda hastanın zarar görmesi durumunda açılacak malpraktis davasının hekimin zarar görmeyeceği bir kararla sonuçlanması oldukça zordur (Aynacı, 2008: 15).

Negatif defansif tıbbi uygulamalar; sağlık kuruluşunun ilk ve son basamak oluşuna, eldeki teknik olanaklara ve hekimin tıbbi algısına göre değişkenlik gösterir. Negatif defansif tıp çoğunlukla karmaşık ve riskli hastalıkları olan hastaları başka yerlere yönlendirme, sevk etme biçiminde ya da komplikasyon riski çok tedavi yöntemleri yerine tedavi etkisi daha az, ama komplikasyon riski de az tedavi yöntemleri uygulamak biçiminde olur. Bu duruma,

beğenmesi güç, yakınması çok olan hastalardan uzak durmak da eklenebilir (Selçuk, 2015: 46). Son dönemde hekimler özellikle negatif defansif tıbbi yönelerek hastaya dokunmaktan korkmaktadır. Daha önceki dönemlerde yapılan ameliyatlara artık eğitim araştırma hastanelerinde veya üniversite hastanelerinde yapılmakta ve periferde görev yapan hekimler ya ufak ameliyatlara yapmakta ya da dahili branşlar gibi çalışmaktadırlar (Yeşiltaş, 2018:45).

Defansif uygulamalar, yaşamın her alanında kişiler arası özel ilişkilerden her türlü iş yaşamına dek görülür. Her iş kolunda, kuruluş ve hizmet üretenler ile hizmet alanlar (müşteriler) arasında görülebildiği gibi çalışanlar arasında ve kuruluşlar ile çalışanlar arası da defansif uygulamalar görülmektedir. Sağlık alanında kuruluş ve çalışanlar arası defansif uygulamalar ile çalışanlar arası defansif uygulamaların ayrı bir özelliği vardır. Diğer işkollarındaki kurum içi defansif davranışlar kurum içi sorun olarak kalmaktadır. Sağlıkta kurum içi gibi görünen davranışlar sonuçta bir biçimde hastalara dönmektedir. Hatta doğrudan hastalara yapılmaktadır (Selçuk, 2015: 16). Hastalara uygulanan bu uygulamalar daha çok aşağıdaki özelliklere sahip klinik durumlarda görülmektedir (US Congress, 1994: 26):

- Bir hastalık ya da durumun hayati tehlikesi veya sakatlığı olduğunda tespit edilmesi ya da önlenmesi gerektiğinde,
- Hastalık ya da durumun zamanında tedaviyle değiştiğinde,
- Tedavi değişikliğinin hastanın son sağlık durumunda gerçek bir fark yaratması beklenildiğinde,
- Tanı testi veya alternatifi hazır ya da düşük riski olduğunda.

Defansif tıp uygulamaları, daha çok risk içeren branşlardaki hekimler tarafından uygulanmaktadır. Kadın-doğum, genel cerrahi, beyin cerrahi gibi branşlar örnek olarak verilebilir. Kadın doğum uzmanlarını ele aldığımızda, obstetrik uygulamalarda malpraktis korkusunun vajinal doğum sırasında epizyotomi kullanımı, uzun süren yatışlar ve sezaryen kullanımı ile ilişkisi bulunduğu görülmüştür (Frakes, 2012: 2). Yine malpraktisin obstetrikte elektronik fetal monitör kullanımını etkilediği ortaya çıkmıştır. Malpraktis korkusu fetal distress tanısının konmasında fetal monitör kullanımını bu tanının konması da sezaryen yönteminin kullanılmasını etkilemektedir (Tussing and Wojtowycz, 1997: 172). Malpraktis davaları açısından yüksek riskli sayılan bu dallar dışında, aile hekimliği, psikiyatri ve diş hekimliği gibi orta ve düşük riskli uzmanlık alanlarında da defansif tıp uygulaması söz konusudur (Selçuk, 2015: 16).

Birçok hekim ve politikacı defansif tıbbin artan sağlık maliyetlerinden sorumlu olmadığını ancak hastaların gereksiz işlemlerden zarar görme riskinin önemli olduğunu iddia etmektedir (Tancredi and Barondess, 1978: 879). Oysaki Elli ve diğerleri (2013: 469) gibi bazı araştırmacılar defansif tıbbin önemli ekonomik etkileri olduğunu düşünmektedirler. Ancak Rothberg ve diğerlerinin (2014: 1867) yaptığı çalışmada defansif tıp uygulamalarının maliyetin %2,9'unu oluşturduğunu, hastane ordularının büyük bir çoğunluğunda defansif bileşenler olmasına rağmen sadece bazı orduların tamamen defansif tıp içerdiği ve hekimlerin yaklaşımlarının defansif tıbbin fiyatıyla ilişkili olmadığı görülmüştür. Hekimler işlerini kaybetmemek adına dava edilmeyi önleyebilmek ve kendi yüksek malpraktis sigorta prim maliyetlerini tutmak için her şeyi yapmalıdır. Ne yazık ki, bunun en iyi yolu ise gereksiz ilaç reçete etmek, gereksiz ve ekstra test, işlem yapmaktır. Her durumda bu, tıbbi gerekliliğin yerine dava korkusunun sonucu hastalar ve sigorta yapanlar için daha fazla maliyet yüklenmesi anlamına gelmektedir (Hatch, 2010: 1083).

Defansif tıp çalışmalarında sezaryen sayıları, öğrencilere belirli görevleri gerçekleştirmek için izin verilip verilmediği, hekimlerin yüksek riskli hastalara bakıp bakmadığı, hekimlerin emeklilik düşüncesi gibi hekimlerin uygulamalarını ölçmek için daha özellikli ölçümler kullanılmaktadır (Dijck, 2013: 35). Görüldüğü üzere defansif tıp uygulamaları, ülkelerin ekonomilerine zarar vermekle birlikte, özellikle riskli branşlarda görev yapan hekimlerin malpraktis sorununa buldukları çözümler gibi görünmektedir.

### 3. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ YAYGINLIĞI

Defansif davranışlarının dünyada olduğu gibi Türkiye'de de hekimler tarafından yaygın olarak uygulandığı görülmektedir. Bu nedenle literatürde konu ile ilgili çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışmaların bazılarında aşağıda yer verilmektedir;

Hiyama ve diğerlerinin (2006: 7671) Japonya'da yaptıkları 131 gastroenteroloğun katıldığı çalışmada, hekimlerin %98'i defansif tıp uyguladığını bildirmiştir. Hekimlerin %96'sında bazı prosedürlerden veya müdahalelerden

kaçınmak ve yüksek riskli hastalara bakmak gibi kaçınma davranışları yaygındır. Katılımcıların %75'i belirli prosedürlerden veya müdahalelerden kaçındığını bildirmiştir. Ancak, tecrübeli gastroenterologlar (20 yılı aşkın süredir görev yapan) 10 yıldan daha az süredir görev yapanlara göre daha az sıklıkta kaçınma davranışları uygulamaktadır.

İngiltere'de 2013 yılında 204 hekimin katılımıyla yapılan çalışmada hekimlerin %78'i defansif tıbbın bir ya da başka bir formunu uyguladıklarını; %59'u defansif tıbbın en yaygın şeklinin gereksiz testlerinin istenmesi olduğunu; bunu %55 ile hastayı gereksiz yere diğer bir uzmana sevk etmenin takip ettiği görülmüştür. Hekimlerin %9'u yüksek riskli hastaları tedavi etmeyi reddederken, %21'i yüksek riskli prosedürlerin hepsini önlediğini belirtmiştir (Ortashi et al., 2013).

Aynacı tarafından (2008: 101) Konya ilinde görev yapan 762 hekimin katılımıyla yapılan çalışmada hekimlerin defansif tıbbı belirgin olarak uyguladıkları görülmektedir. Ayrıca defansif tıp uygulamalarının, hekim için risk oluşturan konulardaki endişeleri ile bağlantısı olduğu belirlenmiştir.

2003 yılında Pensilvanya'da malpraktis riski yüksek olan acil tıp, genel cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi, jinekoloji ve radyoloji alanlarında görev yapan hekimlere posta yoluyla anketler gönderilmiş ve 824 hekim çalışmaya katılmıştır. Hekimlerin %93'ü defansif tıp uyguladığını belirtirken, konsültasyon için hastanın sevk, testlerin istenmesi pozitif defansif tıp uygulamaları %92 ile yaygındır. Gereksiz klinik durumlarda görüntüleme teknolojilerinin kullanımı ise %43 olarak görülmüştür (Studdert et al., 2005: 2611).

Akıncı ve diğerlerinin (2013: 153) anestezi uzmanları üzerinde yaptıkları çalışmada anestezi uzmanlarının yarısından fazlası malpraktis iddialarından korunmak için tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladıklarını belirtmişlerdir. Defansif tıp uygulamaları açısından kıdemleri daha düşük olan anestezi uzmanlarının dava edilme olasılığı sebebiyle, riski yüksek olan hastalardan daha çok kaçındıkları ve daha sık görüntüleme tetkiklerine ihtiyaç duydukları, uzmanlık yılı arttıkça bu çekincelerin azaldığı görülmüştür.

Passmore ve Leung (2002: 671) psikiyatristlerin katılımıyla yaptıkları çalışmada; hekimlerin neredeyse dörtte üçüne yakınının son bir ay içinde defansif tıp uyguladıklarını bildirmişlerdir. Hekimler içerisinde yeni asistanların sayısının fazla olması nedeniyle defansif uygulamaların güven ve deneyim eksikliğine bağlanabileceğinden söz edilmiş ayrıca kritik kazaların ve şikâyet deneyimlerinin defansif uygulamalarda önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Şikâyet ve soruşturma deneyimlerinin anlatıldığı daha iyi ve yapılandırılmış bir eğitim süreci ile, yüksek düzeylere varan defansif uygulamaların azalabileceği belirtilmiştir.

Vimercati ve diğerlerinin (2000: 717) çalışmasında ise defansif tıp uygulamalarının tüm branşlardaki hekimleri kapsadığı gerçeğiyle birlikte aralarındaki tek farkın hukuki baskı algısındaki oranlar olduğudur. Catino'nun (2011: 6) 2011 yılındaki çalışmasında ise cerrahların diğer uzmanlara hasta sevke etmek ve ayaktan tedavi olabilecek hastaları hastaneye yatırmak gibi eğilimleri olmasına rağmen anestezi uzmanlarının defansif tıp uygulamalarına daha fazla eğilimli olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Ayrıca hekimler olumsuz tanıtım ve itibar kaybı korkusuyla defansif tıba yönelmektedirler. Motta ve diğerlerinin (2015: 343) çalışmasında tıbbi-adli anlaşmazlıklar üzerindeki endişe doktor hasta ilişkisi, defansif prosedürlerin daha sık kullanılması ve profesyonel sigorta kapsamı tarafından sunulan teminatla ilgili belirsizlikle önemli derecede ilişkili olduğu görülmüştür. Rothberg ve diğerlerinin (2014: 1868) 3 hastanenin tıbbi servislerindeki defansif tıp uygulamalarının maliyetlerini tahmin etmeye çalıştıkları çalışmada, hastane orderlarının büyük bir kısmında bazı defansif bileşenler olmasına rağmen, birkaç ordırın tamamen defansif olduğunu ve hekimlerin defansif tıpla ilgili davranışlarının maliyetle ilişkili bağlantısının olmadığı görülmektedir. Ali ve diğerlerinin (2016: 5) Sudanlı 117 kadın doğum uzmanının katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda; hekimlere karşı açılan davaların arttığı, neredeyse hekimlerin üçte birinin doğrudan davalarla ilgili deneyimi olduğu ve üçte ikisinden fazlasının bir ya da birden fazla defansif tıp uygulaması bildirdiği görülmüştür. Yazarlar, defansif tıp uygulamalarını ve hekimlere karşı açılan davalar, azaltmaya yönelik stratejik plan önermektedir. Summerton'un (1995: 28) İngiltere'de yaptığı çalışmada ise hekimlerin %40'ı hastalardan gerektiğinden daha fazla tanı testleri istediği, %86'sı prosedürler hakkında daha ayrıntılı açıklamalarda bulunduğu, %90'ı tıbbi sorumluluk endişesi yüzünden hasta kayıtlarının hazırlanmasının daha uzun süre aldığı vurgulanmıştır.

#### 4. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ NEDENLERİ

Hekimler, giderek defansif tıba yönelmektedir, örneğin aşırı bakım sağlama, fazla test yaptırma, ilaç yazma ve muayene yapmaktan kaynaklanan ciddi ekonomik etkilerle birlikte onların tanı ve tedavi stratejileri bilimsel

görüşlerinden ziyade adli açıdan ihtiyatlı olmaya yöneliktir (Toraldı, 2015: 3). Hekimlerin defansif tıbbi yönelimlerinin dinamiklerini Selçuk (2015: 16) yargılanma korkusu, basın yayın kurumlarının etkisi, maddi çıkar dürtüsü, sağlık düzeni ve sağlık politikalarının etkisi, bozuk iletişim, ünlenme ve kusursuz olma dürtüsü, performans düzeni, dönüşümlü çalışılan bölümlerde bir sonraki hekime karşı açık verme korkusu, konsültan hekimin defansif tutuma engel olma amacı olarak sıralamıştır. Bu bağlamda defansif tıbbin nedenlerini; hasta-hekim iletişimi, tıbbi hata (malpraktis) ve malpraktis davaları, medyanın etkisi, mesleki tecrübesizlik, şiddet, sağlık sistemi, hasta şikâyetleri (184/SABİM/BİMER), hasta yoğunluğu, kusursuz hekim olma isteği olarak sıralanabilir.

#### 4.1. Hasta- Hekim İletişimi

Defansif tıp, hasta ya da hasta yakınlarının muhtemel bir davacı olduğu şüphesini oluşturmada, güveni azaltmada ve hasta-hekim ilişkisinde ağır hasara neden olmaktadır. Ayrıca hekimler hata yaptıklarında hastalardan ve ailelerinden özür dilemek için isteksiz olmakta ve özür dilemenin suçu kabullenmek gibi görüneceğinden korkmaktadırlar (Dove et al., 2010: 2802). Hastaların özellikle sosyal medyadan ve çevrelerinden duydukları olumsuz hastane tecrübeleri, basın yayın organlarında gördükleri hekimlerin bıçak parası alması, ameliyat sonrası hastanın bedeninde ameliyat malzemesi unutulması, ihmal yüzünden hasta kaybı yaşanması gibi olumsuz haberler, hastaların sağlık hizmeti alırken tedirginlik yaşamasına neden olmaktadır. Diğer taraftan hekimlere karşı işlenen şiddet ve cinayet suçları, malpraktis davaları gibi olumsuz durumlar hekimlerin çekinik davranmasına neden olmakta ve hekim-hasta ilişkisini zedelemektedir. Oysaki çoğunlukla hasta merkezli sunulan sağlık hizmetinin temeli hasta hekim arasındaki güvene dayanmaktadır (Yeşiltaş, 2018:52).

Hekim-hasta ilişkisinin güvene dayalı olması kuşkusuz kaçınılmaz bir durumdur, çünkü önemli bir eğitim ve özen gerektiren tıp bilgisine sahip olmayan hasta ya da daha genel anlamıyla toplum, hekimden sahip olduğu bilgiyi olumlu yönde kullanmasını beklemektedir. Söz konusu bilgiye sahip olmadığı için de hekimi ancak bir ölçüde denetleyebilmektedir. Bu denetlemeyi de, görevlendirdiği başka hekimler aracılığıyla yapmaktadır. Sonuç olarak en az bir ya da birkaç hekime güvenmek durumunda kalmaktadır (Oğuz, 1995: 63). Son dönemlerde hastalar tarafından hekime olan güvene dair azalma olduğu gözlenmektedir. Bu durumda özellikle hasta yoğunluğunun çok fazla olduğu kamu hastanelerinde hekimlerin hastaya ayırdığı zamanın yetersiz olması ve hekimlerin maddi kaygıyla hareket ettiği düşüncesi çok fazla önem taşımaktadır. Hekime olan güvensizlik hastaların doktor doktor gezmesine, bunun sonucunda zaman ve para kaybına neden olabilmektedir. Hastaya en fazla yararın sağlanmasının ve hastaya zarar vermemenin öncelikli olduğu tıbbi uygulamalarda, hastanın hekime olan güveni hasta-hekim ilişkisinin temelini oluşturmaktadır. Zira hekimine güvenen hasta, tedavisi için işbirliği içinde olacaktır (Atıcı, 2007: 93). Ayrıca hekim hasta arasındaki iletişimin güçlü olması hastada oluşan komplikasyonun ya da yapılan bir tıbbi hatanın çözümlenmesi süreci ortak çaba ile daha kolay aşılabacaktır.

Hekim hasta ilişkisinde katılımcı bir iletişim ortamının sağlanması, hastaların hekimlere duyduğu güveni artırmakla birlikte hastanın tedaviye uyumuna olumlu yönde etki etmektedir. Hekimlerine güvenen hastalar kişisel özelliklerini ve hastalığına ilişkin semptomlarını daha rahat ifade edebilmektedirler. Böylece tedavi süreçleri daha etkin bir şekilde tamamlanmakta ve süreç içerisinde istenmeyen olası problemlerin önüne geçilebilmektedir (Gülcemal ve Keklik, 2016: 65).

Hekimlerin hastalarına nasıl davranması gerektiği, yapılması ve yapılmaması gerekenler, bu konudaki beklentiler; ulusal ve uluslararası tıbbi etik değerler ve deontolojik kurallar, yasalar, bildirgeler, sözleşmeler ve yönetmeliklerle belirlenmiştir (Polat ve Pakiş, 2011: 122). Her ne kadar belirtilen yazılı metinlerle hekimlerin hastalara karşı davranışlarının belirlenmesi, hekimlerin çalıştıkları kurumlarda iletişim konusunda düzenli eğitimlerin verilmesi, iletişim, güven, hasta hakları gibi konulara yönelik kongre ve seminerler düzenlenmesi, hasta hekim ilişkisini güçlendirse de yeterli değildir. Dolayısıyla hekimlerin yanı sıra hastalara iletişim konusunda verilen eğitimler artırılmalı, hasta hekim ilişkisini zedeleyici yanlış haberlere karşı hukuki yaptırımlar kullanılmalı ve en önemlisi eğitim sisteminde iletişim konusuna daha çok dikkat edilmelidir.

Dünyada, insan haklarının gelişmesine paralel olarak hasta haklarının da gelişmesi ile hasta hekim arasındaki ilişki de değişmek zorunda kalmıştır. Hasta haklarının gelişmesi tıbbi malpraktis ve tıp hukukunun gelişmesine neden olmuştur. Bu süreçte hekimler de kendilerini korumak için defansif tıp uygulamaya başlamışlardır (Aynacı, 2008: 112).

#### 4.2. Tıbbi Hata ve Tıbbi Hata Davaları

Tıbbi uygulama hatası, sağlık çalışanının dikkatsiz, bilgisiz, özensiz veya tedbirsiz şekilde davranması ya da hizmet koşulları sebebiyle hastaya yapması gereken standart tıbbi hizmeti uygulamaması veya uygulaması

neticesinde gelişen zararın öngörülebilir veya engellenebilir olmasına rağmen gerekeni yapmaması, konsultasyonu yapmaması veya konsultasyonda gecikmesi ya da standart uygulamayı usule uygun olmayan başka şekilde yapmasıdır (Tamer, 2014: 35). Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılındaki 44. genel kurulunda 'hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar' olarak ifade edilmiştir (Polat ve Pakiş, 2011: 119).

Günümüzde malpraktis terimi, hekimlerin hatalı tıbbi uygulamalar sonucunda karşılaştıkları hukuki ve cezai sorumlulukları ile yaptırımları tanımlamak için kullanılmaktadır (Çolak, 2002: 48). Kavram iki taraflıdır; bir tarafta zarar gören konumundaki hastalar, diğer tarafta ise hem kasten olmasa da zarar veren, hem de olgunlaşmamış yasal mevzuatın sebep olabileceği maddi ve manevi lincin mağduru olacak hekimler mevcuttur. Tüm bu boyutlarıyla tıbbi boyutlarıyla tıbbi uygulama hatalarının tespit ve tanımlanması; normatifleştirme, etiksel değerlendirme ve özellikle yargılama aşamalarında azami özenle saptanmalı; hayati öneme sahip bir mesleği/sanati icra eden sağlık görevlilerinin hakları bağlamında, eğitimleri ve çalışma şartları da göz önüne alarak tümel bir değerlendirme yapılmalıdır (Yılmaz, 2013: 59).

Son yıllardaki tıbbi malpraktis davalarındaki artışlar hem kamu sektörünü hem de özel sektörü etkilemiştir. Sağlık uygulayıcılarının profesyonelliğindeki düşüş, hukuki değişiklikler, teknolojik gelişmeler ve artan yaşam beklentisi malpraktis davalarındaki artışın olası nedenleri olarak görülmektedir (Malherbe, 2013: 83).

Tıbbi uygulama hatalarının medyada konu edilmesi kamuoyunun davranışlarını belirleme konusunda büyük ölçüde etkili olmaktadır. Bu durum neticesinde bireyler sağlık çalışanları tarafından verilen sağlık hizmetlerini sorgulamaya başlamışlardır. Medyada yer alan haberler hastaların genel olarak sağlık sisteminden ve bireysel olarak sağlık çalışanlarından beklentilerini artırmakla kalmamış, toplumun bu konuda hassaslaşmasına da neden olmuştur. Dolayısıyla bu durum, tıbbi hata ile karşılaşan hastaların, hasta hakları çerçevesinde hakkını aramak için çeşitli girişimlerde bulunmak için cesaretlendirmiştir (Ertem, 2009: 2). Ancak tıbbi uygulama hatalarına yönelik açılan davalardaki artışlar, yeni Türk Ceza Kanunu'nda ceza oranlarının artması, cezaların paraya çevrilmemesi, ertelenmemesi, kimi zaman ise yüksek tazminat ile sonuçlanması hekimlerin üzerindeki baskıyı artırmaktadır (Polat ve Pakiş, 2011: 124). Herhangi bir davanın ağırlığı, sağlık sistemi zincirinin son halkası olan hekime düşmektedir. Sonuç olarak hekimler sahip olduklarından daha büyük problemlerle başa çıkmaya çalışmakta ve diğerleriyle sorumlulukların ağırlığını paylaşmak için defansif tıbbi başvurumaktadırlar (Toraldo et al., 2015: 3).

Tıbbi hatalar genel olarak bireysel hatalardan ziyade sistemsel yetersizlikler ya da eksiklikler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla tıbbi hataların bireysel hata olarak kabul edilip bireylerin cezalandırılması yerine, sistemin iyileştirilmesi daha mantıklı bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Akalm, 2005: 143).

DMK'nın 13. ve Anayasa'nın 129. Maddelerinde yer aldığı üzere kamu hastanelerinde meydana gelen zararlar nedeniyle bireylerin sadece idare aleyhine dava açabilecekleri görülmektedir. Ayrıca idarenin kusurları oranında hekimlere ve sağlık personeline rücu edeceği bir diğer ifadedir. Kamu hastanelerinde meydana gelen zararlardan dolayı hekimler direkt sorumlu tutulurken, idare devre dışı bırakılmaktadır. Bu durum kamu çalışanlarının çalışma isteğini kırmakta, hizmetin aksamasına neden olmakta ve daha birçok soruna sebep olmaktadır. Diğer yandan bu uygulama zarar görenin de hak ettiği tazminat miktarına ulaşmasına imkân vermemektedir (Bayındır, 2007: 586).

Sadece hasta haklarının gündeme gelmesi ve sağlık çalışanlarının haklarına yeterince önem verilmemesi sonucu hekimler başta olmak üzere sağlık çalışanlarına yönelik saldırgan davranışlar başlamıştır. Şiddet içerikli davranışların yanı sıra hekimler aleyhinde tazminat davaları açılmaya başlanmış ve bazı tıbbi müdahaleler sonucu oluşan komplikasyonlar, hekim hataları olarak değerlendirilip, hekimler mahkeme süreçleriyle de karşı karşıya kalmışlardır. Bu durumda da hekimler ve sağlık çalışanları ilk olarak kendilerini koruma iç güdüsüyle defansif yöntemler bulma zorunluluğu hissetmişlerdir (Özdemir, 2009).

Birçok sağlık çalışanı dava edilme korkusu ve artan sorumluluk riskiyle hastalara yönelik etik görevlerinde uzlaşma çabalarındadır. Bu korku sağlık müdahalesinin kalitesini ve maliyetini etkileyen birçok defansif uygulamalara yol açmaktadır (Malherbe, 2013: 84).

### **4.3. Medyanın Etkisi**

Türkiye'de medyanın en önemli ilgi alanlarından birisi sağlık olmuştur. Bu ilgi özellikle 90'lı yıllardan itibaren giderek artmakta ve günümüzde neredeyse tüm yazılı, görsel, dijital medyada sağlıkla ilgili haberler artarak yer almaktadır (Tunçel vd., 2012: 95). Ancak sağlıkla ilgili haber yapan basın mensuplarının büyük çoğunluğunun sağlıkla ilgili teknik yayınları izlemediği ve bu yayınlarda vurgulanan teknik ve bilimsel endişeleri taşımadığı düşünülmektedir.



Medyada, özellikle sağlık ile ilgili haberlerin, abartılarak ve resmi kaynaklara dayandırılmadan yayınlanması, kamuoyunun olaylarda sağlık çalışanlarını suçlu görmesine neden olmaktadır. Hastaların sağlık sistemi içerisinde yaşadığı sorunların tek sorumlusu özellikle hekimler olarak gösterilmeye çalışılmaktadır (Taşdemir, 1996: 2). Çınarlı ve Yücel'in (2013: 40) Hürriyet, Milliyet, Sözcü, Posta, Habertürk, Vatan ve Star gazetelerinde yayınlanan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarının söylem çözümlemesini yaptıkları çalışmada; konu ile ilgili haberlerin bir anlatı, bir öykü yaratma şeklinde sunulduğu ve sorunu daha çarpıcı kılma çabası içinde bulunduğu görülmüştür. Haberlerdeki söylemler, şiddet olaylarının eğlencelik bir gösteri gibi algılanmasına, genelleştirilmesine, kanıksanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle toplumda, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması olağan bir durum olarak algılanmaya başlayabilir.

Günümüzde sayısız televizyon kanalı rekabet ortamında kar elde edebilmek için toplumun en çok dikkatini çeken konulara yönelmektedir. Dolayısıyla medya kanalları, asimetrik bilgi nedeniyle çoğu vatandaşın bilgi sahibi olmadığı ancak her vatandaşın ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini konu edinen haberler yapmaktadır. Özellikle sağlık çalışanlarının suçlandığı ve tek taraflı aktarılan haberler bireylerin olayları yanlış değerlendirmelerine neden olmakta ve sağlık çalışanları potansiyel suçlu konumunda gösterilmektedir. Bundan dolayı hekimler bu tür yanlış haberlerin içinde yer almamak ve medya aracılığıyla suçlanmamak için hem pozitif hem de defansif tıp uygulamalarına yönelmektedirler.

#### 4.4. Şikâyet Edilme Korkusu

Sağlık Bakanlığı 2006 yılından itibaren Türkiye genelinde tüm hastanelerinde hasta şikâyet yönetim sisteminin ilk basamağı olan hasta şikâyetlerini kaydetmeye başlamıştır. Hastalar görüş, öneri ve şikâyetlerini Sağlık Bakanlığı İletişim Bilgi Sistemi'nin (SABİM) 184 numaralı telefon hattını arayarak bildirebilmektedir (Toprak ve Şahin, 2012: 4). Yine kişiler kamu ile ilgili talepleri, önerileri veya şikâyetleri konusunda Başbakanlık İletişim Merkezi'ne (BİMER) de başvurabilmektedirler. Sağlık hizmetlerine yönelik şikâyetler ile ilgili yapılan çalışmaları incelediğimizde, şikâyet edilen sağlık çalışanlarının çoğunlukla hekimler olduğunu görmekteyiz. Konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalara aşağıda değinilmektedir.

Bostan ve diğerlerinin (2014: 32) 2004-2009 yılları arasında 184 SABİM şikâyet hattına yapılan 36640 şikâyet başvurusunu incelemişlerdir. Çalışmada şikâyetlerin %54,7'sinin uzman ve pratisyen hekimlere yönelik olduğu, şikâyet konusunun ise %43,5 ile hatalı uygulama olduğu görülmüştür. Toprak ve Şahin'in (2012: 9) 2006-2009 yılları arasında Hasta Hakları Şube Müdürlüğü'ne gelen toplam 43359 hasta şikâyet başvurusunu inceledikleri çalışmalarında, en çok şikâyet edilen meslek grubunun %56,6 ile hekimler olduğu görülmüştür. Akgül ve diğerlerinin (2016: 1) 2013 yılı SABİM aracılığıyla yapılan 4222 şikâyeti inceledikleri çalışmalarında şikâyetlerin %53,62'sinin tıbbi hizmetlerden kaynaklı olduğu ortaya çıkmıştır. 2014 yılında 88069 şikâyeti içeren 59 çalışmayı inceleyen araştırmada, hastaların en fazla şikâyet ettiği konunun %15,6 ile tedavi olduğunu bildirmiştir (Reader et al., 2014: 1).

Çalışmalar da göstermektedir ki hastalar tarafından şikâyet edilen sağlık çalışanları içerisinde hekimler ilk sıradadır. Hekimler mesleklerini yaparken, mesleğin gerektirdiği hasta muayenesi, tanı, tedavi işlemleri sırasında gösterdiği dikkat ve özenin dışında hasta şikâyetleri konusunda tedirginlik yaşamaktadır. Herhangi bir gereksiz şikâyetle karşılaşmamak ve kendilerini garantiye almak için hekimler gereksiz tahlil yaptırmak gibi defansif tıba yönelmektedir. Gereksiz yere şikâyet edilmenin verdiği rahatsızlık dışında, hekimler bu şikâyetlere cevap vermek için gereken işlemler içinde vakit ayırmaktadır. Bu tür işlemlerle uğraşmamak için de hekimler defansif tıp uygulayabilmektedir.

#### 4.5. Mesleki Deneyimin Az Olması

Hekimler meslekleri gereği, bireyin vücut bütünlüğüne müdahale etmektedir. Hatta mesleki uygulamalar neticesinde bireyin yaşamının kurtarılmasına, ölümüne ya da sakat kalmasına neden olabilmektedir (Küçükler ve Fidan, 2005: 33). Dolayısıyla hekimlik mesleği hata toleransı olmayan bir meslektir. Tıp eğitimi sırasında her ne kadar staj imkânı olsa da yeni mezun hekimler mesleki acemilik yaşamaktadır. Meslekte acemilik-yetersizlik; "meslek ve sanatın esaslarını ve optimal klasik bilgilerini bilmemek, temel beceriden yoksun olmak ve güncel temel mesleki kitaplardaki bilgileri uygulayamamak" olarak tanımlanabilir. Ortopedi alanındaki tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili düzenlenen, 2004-2007 tarihleri arasında 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve sonuçlandırılmış olan 174 dosya geriye dönük olarak incelenmiştir. Bu dosyaların 61'inde hekim kusurlu olup, 28 vakanın tedavide mesleki acemilik nedeniyle olduğu görülmüştür (Sönmez vd., 2009: 351). Başka bir çalışmada 46'sı hekim 51 sağlık personeli ile ilgili idari yargı kararları incelenmiş, olguların %9,8'i meslekte acemilik-cismen eza verme, %5,9'i ise meslekte acemilik-hayati tehlike oluşturma suç türlerine neden olmuştur

(Küçükler ve Fidan, 2005: 35-36). Bu bağlamda hekimlerin mesleki yetersizlikleri hastaların zarar görmesine ve tıbbi hatalara neden olmaktadır. Hekimlerin mesleki bilgi ve beceri düzeyleri doğrultusunda mesleklerini icra ettikleri göz önüne alındığında, mesleki yetersizlikleri nedeniyle herhangi bir hukuksal olumsuzlukla karşılaşmamak için defansif tıbbi yönelmeleri kaçınılmaz olabilir. Özellikle mesleklerinin ilk yıllarında bu durumun yaygın olması beklenebilir.

#### 4.6. Hekimlerin İş Yükünün Artması

20. yüzyılın başlarında bir yılda hekime başvuru sayısı, kişi başına ortalama 3 iken bugünlerde bu rakamın 8'i aştığı görülmektedir. Hekime yapılan müracaatları artıran nedenler; toplumdaki algı ve anlayış değişikliği, sağlık hizmeti anlayış ve yöntemindeki değişiklik, yaşlanmak, kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerinde piyasa etkisi, sosyal güvenlik sisteminin etkisi, iletişim kanallarının yaygınlığı ve uygulanan popülist politikalar ile arzın talep oluşturması olarak sıralanabilir (Aydın, 2015: 6). Sağlık hizmetlerine başvuruyu artırmaya yönelik bu nedenler hekimlerin iş yükünü artırmaktadır. Artan iş yüküne karşılık sağlık hizmeti sunan hekim sayısı ise yetersiz kalmaktadır. 2009 yılında hekim başına düşen kişi sayısı 612 iken, hekim başına düşen hasta sayısı 4447'dir. 2016 yılında ise hekim başına düşen kişi sayısı 551, hekim başına düşen hasta sayısı 4735'dir (TUİK, 2017). Diğer bir ifadeyle Türkiye'de 2007 yılında 100.000 kişi başına düşen hekim sayısı 155 iken, bu oran 2012 yılında 173'e ve 2014 yılında 175'e yükselmiştir. Bu hızlı artışa rağmen Türkiye kişi başına düşen hekim sayısı bakımından 2012 yılı AB ortalama değeri olan 321'in oldukça gerisindedir (Sürekli ve Mortaş, 2015: 6). İstatistikler de göstermektedir ki Türkiye'de kişi başına düşen hekim sayısı yetersizdir. Bu durum hekimlerin hastalarına ayırdığı zamanın yetersiz olmasına, kısa sürede çok sayıda hasta muayenesi yapılmasına ve iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Özellikle acil, dahiliye, kadın-doğum, kulak burun boğaz gibi yoğun hasta başvurusunun yapıldığı polikliniklerde hizmet veren hekimler hasta yoğunluğunu ve iş yükü baskısını azaltmak için hastalardan gereksiz tahliller isteyip anlık kazanç sağlamak adına defansif tıbbi yönelebilmektedirler. Ayrıca hekimler, hasta yoğunluğunun yol açacağı tanı eksiklikleri ya da yanlış teşhiste bulunma kaygısıyla gereksiz tahlil isteyerek pozitif defansif tıp uygulayabilirler.

#### 4.7. Şiddet

Son yıllarda toplumsal düzeyde artan şiddet olayları sağlık kurumlarında da yaşanmaktadır. Üstelik sağlık kurumlarında çalışmak, diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden daha risklidir (Yakut vd., 2012: 146). Sağlık kurumlarında yaşanan şiddeti; hastalar, yakınları ya da bunların dışındaki bireyler tarafından ağılık çalışanlarına karşı yapılan risk içerikli sözlü ya da fiziksel tehditler, saldırılar ya da cinsel saldırılar oluşturmaktadır (Al vd., 2012: 115). Akciğer Sağlığı ve Yoğun Bakım Derneği (ASYOD) tarafından hekimlere uygulanan şiddet konusu 1 Nisan 2013 tarihinde çevrimiçi canlı olarak düzenlenen "Sağlıkta Şiddet" başlıklı interaktif oturuma katılan hekimler ve başta göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzmanları olmak üzere akciğer sağlığı alanında çalışan profesyonellerin oluşturduğu ve 1000 civarında üyesi olan Solunum Platformu'nda tartışmaya açılmıştır. Sağlığın riskli bir alan olduğu, "silahların gölgesi altında hekimlik yapılamayacağı", şiddet olaylarının defansif hekimliğe yol açtığı ve hekimlerin riskli olgulara müdahale etmekten kaçınır hale gelebileceği belirtilmiştir. Hekimlerin "Acaba öldürülür müyüm, bugün nasıl bir soruşturma geçireceğim, hasta tazminat mı yoksa ceza davasını açar, ciddi bir bulguyu/hastalığı atlarsam halim ne olur, otoparka gidince pusu kurmuş hasta yakınları beni döver mi?" kaygısıyla çalıştığı ifade edilmiştir (Özlu, 2013: 2).

Hekimler, insan hayatını kurtarmak için çabalarken şiddetle hatta cinayetle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bundan dolayı ister istemez öncelikle kendilerini korumaya yönelmektedirler. Şiddete meyilli hasta ve hasta yakınlarıyla sorun yaşamamak için hastaları diğer hekim veya kurumlara sevk etmekte, şikâyet edilme korkusuyla gereksiz tetkik istemektedir. Bir hekimin kurumunda yaşanan şiddet olayı tüm hekimleri olumsuz etkilemekte ve hekimler tedirginlik yaşamaktadır. İnsan sağlığını koruma ve iyileştirme amacıyla hizmet veren hekimlerin şiddet baskısı altında etkili sağlık hizmeti sunması kaçınılmazdır.

#### 4.8. Sağlık Sistemi

Hekimler, Sağlık Bakanlığı'nın geri bildirimlerine ve gerek basında çıkan, gerekse kongrelerde sıkça dile getirilen sezaryen oranlarında artış tartışmalarına duyarsız kalmamışlar ve sezaryen oranlarında azalma görülmeye başlamıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın halkı duyarlılaştırmaya yönelik yürüttüğü kampanyaların da etkili olduğu ve gebelerin normal doğum tercihlerinde artışa yol açtığı düşünülmektedir (Eskicioğlu vd., 2014: 123). Bu durum hekimlerin tanı, tedavi yöntemleri üzerindeki Bakanlık etkisinin göstergesi olabilir. Diğer taraftan yetkililer, sistemden kaynaklanan sorun olmadığını, eğer bir sorun varsa sağlık çalışanının sorumlu olduğunu dile getirerek sağlık çalışanlarını hedef haline getirmektedir (Etiler, 2011: 10). Sağlık politikalarının yön verdiği sağlık

hizmetlerinin uygulayıcısı olan hekimler, kanunlara, yönetmeliklere, yönergelere uygun görevlerini yapmaya çalışmaktadır. Son yıllarda hasta hakları gibi hastaları korumaya yönelik uygulamaların önem kazanması, hastaların hekimlere karşı açtığı malpraktis davaları, hekimleri daha dikkatli davranmaya teşvik etmektedir. Bir taraftan yasal uygulamalar, bir taraftan sürekli yenilenen sağlık sistemi ve politikaları hekimleri kendilerini garanti altına alma ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Hekimler bu ihtiyaçlarını defansif tıp sayesinde kendilerini garantiye alarak ve risklerden kaçınarak gerçekleştirmektedirler.

## 5. SONUÇ

Defansif tıp, özellikle kaçınma davranışı olarak hem hastaları bireysel olarak etkileyen günlük klinik kararları hem de daha kapsamlı uygulamaların değiştirilmesini içermektedir (Studdert et al., 2005: 2609). Diğer bir ifadeyle defansif tıp, hekimlerin mesleki uygulamalar sırasında ya da sonrasında, tedirginlik yaratacağını düşündükleri durumlarla karşılaşmamak için hastalara karşı aldıkları tutum ve davranışlardır. Defansif tıbbın nedenleri hasta-hekim iletişimi, medyanın etkisi, şiddet, hekimlerin iş yükünün artması, malpraktis davaları, sağlık sistemi, mesleki deneyimin az olması, şikâyet edilme korkusu olarak sıralanmaktadır.

Defansif davranışlarının dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hekimler tarafından yaygın olarak uygulandığı görülmektedir. Özellikle Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Acil Servis gibi riskli branşlarda defansif tıbbın daha fazla uygulandığı ifade edilebilir. Bu branşların hekimleri, hem yoğun çalışmakta hem de riskleri yüksek hastalıkları tedavi etmeye çalışmaktadırlar. Dolayısıyla hekimlerin iş yüklerini azaltmaya yönelik girişimlerde bulunulması hekimlerin defansif uygulamalara yönelmelerini azaltabilir. Ayrıca riskli branşlar da yaşanan bu türlü sıkıntılar TUS sınavında bu branşların tercih edilmemesine neden olabilir. Zira başarılı riskli hastalardan ve branşlardan kaçınan hekimler yetişeceği öngörülebilir. Bu durum gelecekte başarılı hekim sayısında azalmaya neden olabilir.

Toplumda eğitim düzeyi en yüksek mesleklerden biri hekimliktir. Ancak hekimler toplumun her eğitim seviyesinden bireyle hizmet sunumu sırasında karşı karşıya gelmektedir. Bu durum hasta- hekim arasında iletişim sıkıntısına da neden olmaktadır. Bu nedenle hekimlerin hasta-hekim iletişiminde asimetrik bilgi düzeyine de dikkate alarak davranması yararlı olacaktır.

Usta-çırak ilişkisinin yoğun yaşandığı bir meslek olan hekimlikte tecrübe önemli bir kavramdır. Mesleki deneyimi az olan hekimlerin hastalara koydukları teşhisle ya da şüphelendikleri hastalıklarla ilgili olarak kendilerini garantiye almak için pozitif defansif tıba yöneldiği düşünülebilir. Dolayısıyla tecrübe, hekimlerin çalışma tarzları etkileyen önemli bir unsurdur. Bu nedenle mesleki deneyimi az olan hekimlerin defansif tıba yöneldiği düşünülebilir.

Hekimlerin kendilerini koruma amacıyla bazı hastaları sevk ettiği ya da gereksiz yere tektik, tahlil istemek gibi defansif uygulamalara yöneldikleri görülmektedir. Bu bağlamda istenen tetkiklerin ve tahlillerin yapılması ya da hastanın sevki sırasında geçen sürelerde hastaların tedaviye geç ulaştıkları söylenilebilir. Ayrıca artan işlemler hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının iş yükünü artırabilir. Artan tetkikler nedeniyle tedaviye ulaşma süresinde uzamalar yaşanabilir ve bu durum hasta memnuniyetini azaltabilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olayları hekimlerin kendilerini güvende hissetmelerine engel olmaktadır. Güvenli bir çalışma ortamı, yönetim ve sağlık çalışanlarının birlikte soruna çözüm aramasıyla sağlanabilir. Sonuç olarak defansif tıp uygulamaları hem hasta hem de hekim açısından olumsuzluklara neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunun verimliliğini artırmak için defansif uygulamaların nedenlerinin irdelenmesi gerekmektedir.

## KAYNAKÇA

- Akalın, E. (2005). “Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği”, Yoğun Bakım Dergisi, 5(3), 141-146.
- Akgül, N., Palteki, T., Şimşek, E. E. Bayram, M. vd. (2016). “Bir Grup Kamu Hastanesine Ait Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Şikâyet Başvurularının İncelenmesi”, Türkiye Klinikleri Journal of Health Science, 1(1), 1-7.
- Akıncı, S.B., Sarıcaoğlu, F., Erden, İ.A., Köseoğlu, A. ve Aypar, Ü. (2013). “Anesteziyologlarda Defansif Tıp Uygulamalarının Araştırılması”, Anestezi Dergisi, 21(1), 151 -156.

- Al, B., Zengin, S., Deryal, Y., Gökçen, C. vd. (2012). "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet", *The Journal of Academic Emergency Medicine*, 11, 115-124.
- Ali, A., Hummedia, M.E., Elhassan, Y.A., Nabag, W.O.M., Ahmed, M.A., vd. (2016). "Concept of Defensive Medicine and Litigation Among Sudanese Doctors Working in Obstetrics And Gynecology", *BMC Medical Ethics*, 17, 12,1-5.
- Atıcı, E. (2007). "Hasta - Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*", 33(2), 91-96.
- Aydaş, S. (2014). "Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları", Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aydın, S. (2015). "Hekime Başvuru Sayısının Artış Hikayesi", *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 35, 6-13.
- Aynacı, Y. (2008). "Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması", Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.
- Aynacı, Y. (2008). "Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması", Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.
- Bayındır, M. S. (2007). "Sağlık Hizmetlerinde İdarenin ve Hekimlerin Sorumluluğu", *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, XI(1-2), 551-589.
- Bostan, S., Kılıç, T. ve Çiftçi, F. (2014). "Sağlık Bakanlığı 184 Sabim Hattına Yapılan Şikâyetlerin Karşılaştırmalı Analizi", *Küresel İktisat ve İşletme Çalışmaları Dergisi*, 3(5), 43-51.
- Catino, M. (2011). "Why Do Doctors Practice Defensive Medicine?", *The Side-Effects of Medical Litigation, Safety Science Monitor*, 1(15), 1-12.
- Çınarlı, İ. ve Yücel, H. (2013). "Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet", *Galatasaray Üniversitesi Dergisi, Özel Sayı No.3*, 31-51.
- Çolak, A. (2002). "Nörosürjide Malpraktis", *Türk Nörosürjisi Dergisi*, 12, 94-98.
- Dedeoğlu, A.K. (2012). "Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması", Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Dijck, V. G. (2013). "Assessing The Defensive Practices Concern In Tort Law. Bridging The Gap Between Empirical Analysis and Doctrinal Reasoning", *Tilburg Law School Legal Studies Research Paper Series No. 012/2013*.
- Dove, J.T., Brush, J.E., Chazal, R. A. ve Oetgen, W.J. (2010). "Medical Professional Liability and Health Care System Reform", *Journal of the American College of Cardiology*, 55(25), 2801-2804.
- Elli, L., Tenca, A., Soncini, M., Spinzi, G., Buscarini, E. ve Conte, D. (2013). "Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Lombardy: Between Lawsuits and The Economic Crisis, Digestive and Liver Disease", *An International Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 45(6), 469-473.
- Ertem, G., Oksel, E. ve Akbıyık, A. (2009). "Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme", *Dirim Tıp Gazetesi*, 84, 1-10.
- Eskicioğlu, F., Hasdemir, P.S., Çelik, H. ve Koyuncu, F.M. (2014). "Sağlık Politikalarının, Hekimlerin Sezeryan Kararı Almalarında Etkisi: İkinci Basamak Sağlık Kuruluşu Değerlendirilmesi", *Paukkale Tıp Dergisi*, 7(2), 119-123.
- Etiler, N. (2011). "Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri", *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2-11.
- Frakes, M. (2012). "Defensive Medicine and Obstetric Practices", *Journal of Empirical Legal Studies*, 9(3), 457-481.

- Gülcemal, E. ve Keklik, B. (2016). “Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği”, Mehmet Akif Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 8(14), 64-67.
- Hatch, O. G., (2010). “It Is Time to Address the Costs of Defensive Medicine”, Archives of Internal Medicine, 170(12), 1081-1083.
- Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y., vd. (2006). “Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists In Japan”, World Journal of Gastroenterol, 12(47), 7671-7675.
- Kumar, P. (2010). “The Myth of Inexpensive Defensive Medicine, Health Affairs”, 29(11), 2126.
- Küçükler, H. ve Fidan, H. (2005). “Sağlık Personelinin Mesleki Uygulama Kusurları ve Yargısal Dokunulmazlığının İncelenmesi: Batı Karadeniz Çalışması”, Adli Tıp Dergisi, 19(2), 33-37.
- Malherbe, J. (2013). “Counting The Cost: E Consequences of Increased Medical Malpractice Litigation In South Africa”, South African Medical Journal, 103(2), 83-84.
- Motta, S., Testa, D., Cesari, U., Quaremba, G. ve Motta, G. (2015). “Medical Liability, Defensive Medicine And Professional Insurance in Otolaryngology”, BMC Res Notes, 8, 343.
- Oğuz, Y. N. (1995). “Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi”, Türkiye Klinikleri Dergisi, 2(3), 59-65.
- Ortashi, O., Virdee, J., Hassan, R., Mutrynowski, T. ve Abu-Zidan, F. (2013). “The Practice of Defensive Medicine Among Hospital Doctors in the United Kingdom”, BioMed Central Medical Ethics, 14, 42.
- Özdemir, G. (2009). “Defansif Tıp mı, Hem Defansif Hem Ofansif Tıp mı?”, <http://www.medimagazin.com.tr/authors/gazi-ozdemir/tr-defansif-tip-mi-hem-defansif-hem-ofansif-tip-mi-72-32-2031.html>, (Erişim Tarihi:18 Aralık 2015).
- Özlü, T. (2013). “Sağlıkta Yaşanan Şiddet: Nedenler, Öneriler”, <http://www.asyod.org/dokuman/13102016122643.pdf>, (Erişim Tarihi:16 Kasım 2016).
- Panting, G. (2005). “Doctors on the Defensive”, <http://www.theguardian.com/society/2005/apr/01/health.comment>, (Erişim Tarihi: 26 Şubat 2016).
- Passmore, K. ve Leung, WC. (2002). “Defensive Practice Among Psychiatrists: A Questionnaire Survey”, Postgraduate Medical Journal, 78, 671-673.
- Polat, O. ve Pakiç, I. (2011). “Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu”, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 119-125.
- Reader, T.W., Gillespie, A. ve Roberts, J. (2014). “Patient Complaints in Healthcare Systems: A Systematic Review and Coding Taxonomy”, British Medical Journal Quality and Safety,1-12.
- Rothberg, M.B., Class, J., Bishop, T.F., Friderici, J. vd. (2014). “The Cost of Defensive Medicine on 3 Hospital Medicine Services”, JAMA Internal Medicine,174(11), 1867-1868.
- Scarman, L. (1985). “Sidaway and Bethlem Royal Hospital Governors”, House of Lords, 643.
- Selçuk, M. (2015). “Çekinik (Defansif Tıp)”, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Sönmez, M. M., Seçkin, F. M., Şen, B. ve Birgen, N. (2009). “Adli Tıp Kurumu’ndan Görüş Sorulan ve Ortopedi Uzmanlık Alanına Giren Tıbbi Uygulama Hatalarının Gözden Geçirilmesi”, Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica, 43(4), 351-358.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., vd. (2005). “Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment”, JAMA Internal Medicine, 293(21), 2609-2617.
- Summerton, N. (1995). “Positive and Negative Factors in Defensive Medicine: A Questionnaire Study of General Practitioners”, British Medicine Journal, 310(6971), 27-29.

- Sülekli, H. E. ve Mortaş, A. (2015). "OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye Hastanelerde Beşeri ve Fiziki Kaynakların İncelenmesi", Editör:Küçük, A.,www.tkhk.gov.tr.
- Tamer, İ. (2014). "Son 10 Yılda Hekimlik Mesleğindeki Dönüşüm Ve Gelişimin Tıp Uygulamalarına Etkileri", Medikolegal Düzlemde Tıpta Uygulama Hataları 2, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Tancredi L. R ve Barondess, J.A. (1978). "The Problem of Defensive Medicine, Science", 200 (4344), 879–882.
- Taşdemir, O. (1996). "Medya ve Hekim İlişkileri", XII. Ulusal Kardiyoloji Kongresi, 16-20 Ekim 1996.
- Toprak, D.K. ve Şahin, B. (2012). "Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi", Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 3, 11-28.
- Toraldo, D., Vergari, U. ve Toraldo, M. (2015). "Medical Malpractice, Defensive Medicine and Role Of The "Media" in Italy", Multidisciplinary Respiratory Medicine, 10, 12.
- Tunçel, M., Doğan, Ö.V. ve Çobaner, A.A. (2012). "Performans Sistemine Medyanın Bakışını Anlamak: Performans Konulu Sağlık Haberleri Üzerine Bir Araştırma", Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 3, 93-118.
- Tussing, A.D. ve Wojtowycz, M.A. (1997). "Malpractice, Defensive Medicine, and Obstetric Behavior", Medical Care, 35(2), 172-191.
- US Congress Office of Technology Assessment, (1994). "Defensive Medicine and Medical Malpractice", OTA-H.602, US Government Printing Office, Washington, DC, USA.
- Vimercati, A., Greco, P., Loizzi, V., Loverro, G. ve Selvaggi, L. (2000). "Defensive Medicine" In The Choice of Cesarean Section", Acta Biomed Ateneo Parmense,71(Suppl 1), 717-721.
- Yakut, H. İ., Burhan, B.Y., Çiftçi, A. ve Orhan M. F. (2012). "Sağlıkta Güvenlik Ve Fiziksel Şiddet: Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Bir Çalışma", Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 6(3), 146-154.
- Yeşiltaş, A. (2018), Şiddet ve Defansif Tıp Üzerine Nitel Bir Çalışma, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Yılmaz, K. (2013). "Defansif Tıp", Ankara: Seçkin Yayıncılık.