

ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN HASTA DEĞERLENDİRMESİNDE DEFANSİF TIP YAKLAŞIMI

DEFENSIVE MEDICINE APPROACH IN PATIENT ASSESSMENT BY EMERGENCY DEPARTMENT PHYSICIANS

Nazım Onur CAN, Şenol ARSLAN, Furkan AKPINAR, Halil İbrahim DORU

Erzurum Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı

ÖZET

AMAÇ: Defansif tıbbın en belirgin özelliği, hekimin tanı ve tedavi amacıyla gerekli olmayan tıbbi işlemler yaparak hasta ve hasta yakınları tarafından aleyhine dava açılması riskine karşı kendini korumak istemesidir. Acil servisler defansif tıbbın fazla olduğu riskli branşlardan biridir. Biz de çalışmamızda defansif tıbbın acil servis hekimlerinde hangi düzeyde uygulandığını, akademik ünvanlar arasında farklılıklar olup olmadığını, hangi faktörlerle ilişkili olduğunu tespit ederek, ülkemiz acil servis hekimlerini bekleyen hukuki, adli-tıbbi problemlerini önceden gösterebilmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya ülkemizdeki hastanelerin acil servislerinde görev yapan pratisyen hekimler, acil tıp asistan hekimleri, acil tıp uzmanları ve acil tıp öğretim üyelerinden oluşan 387 hekim dahil edildi. Her katılımcı için bir anket formu oluşturuldu. Anket formları katılımcılara Google Drive sistemi üzerinden online olarak ulaştırıldı.

BULGULAR: Çalışma çevresinden kaynaklı baskılar arttıkça şikayet ve dava edilme kaygısı ve defansif tıp uygulamalarının arttığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmada şikayet ve dava edilme kaygısı arttıkça defansif tıp uygulamalarının arttığı, sağlık sisteminin verimliliği, etkinliği ve kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Çalışmada ayrıca medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı arttıkça defansif uygulamaların arttığı görülmüştür. Çalışmamızda acil servis hekimlerinin tüm ünvanlarda pozitif defansif tıbbi daha fazla uyguladıkları da bulunmuştur.

SONUÇ: Defansif tıp uygulamaları hasta ve hekim açısından olumsuzluklara neden olduğu gibi, sağlık hizmeti sunumunun da aksamasına yol açmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunun verimliliğini artırmak, hasta ve hekimlerin güvenliğini sağlamak için defansif tıp uygulamaların nedenlerinin daha fazla irdelenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Defansif tıp, Şikayet, Acil servis.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The most distinctive feature of defensive medicine is that the physician wants to protect herself against the risk of being sued by the patient and her relatives by performing medical procedures that are not necessary for diagnosis and treatment. Emergency services are one of the risky branches where defensive medicine is prevalent. In our study, we aimed to show in advance the legal, forensic-medical problems awaiting our country's emergency physicians by determining to what extent defensive medicine is practiced by emergency physicians, whether there are differences between academic titles, and what factors are related to them.

MATERIAL AND METHODS: 387 physicians, including general practitioners, emergency medicine assistant physicians, emergency medicine specialists and emergency medicine faculty members working in the emergency departments of hospitals in our country, were included in the study. A survey form was created for each participant. Survey forms were delivered to participants online via the Google Drive system.

RESULTS: It has been found that as pressures from the work environment increased, concerns about complaints and lawsuits and defensive medicine practices increased. In addition, it was determined in the study that as complaints and concerns about being sued increase, defensive medicine practices increase and the efficiency, effectiveness and quality of the healthcare system decreases. The study also showed that defensive practices increased as the pressure of media and social communication channels increased. In our study, it was also found that emergency department physicians applied positive defensive medicine more in all titles.

CONCLUSIONS: Defensive medicine practices not only cause negativities for patients and physicians, but also lead to disruptions in healthcare delivery. For this reason, we think that the reasons for defensive medicine practices should be further examined in order to increase the efficiency of healthcare delivery and ensure the safety of patients and physicians.

KEYWORDS: Defensive medicine, Complaint, Emergency service.

Geliş Tarihi / Received: 27.11.2023

Kabul Tarihi / Accepted: 05.03.2024

Yazışma Adresi / Correspondence: Uzm. Dr. Nazım Onur CAN
Erzurum Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı

E-mail: dr.nazimonur@gmail.com

Orcid No (Sırasıyla) : 0000-0003-4883-3776, 0000-0002-6636-5307, 0009-0007-2089-5437, 0000-0001-9467-621X

Etik Kurul (Ethical Committee): Erzurum Şehir Hastanesi Etik Kurulu (12.07.2023/2023/03-31).

GİRİŞ

Hekimlerin çeşitli sebeplerle kendilerini hastadan, hasta yakınlarından, tıbbi hata (malpraktis) davalarından ve yönetimden korumaya çalışması defansif tıp olarak tanımlanmaktadır (1). Defansif tıbbın en belirgin özelliği, hekimin tanı ve tedaviye yönelik gerekli olmayan tıbbi işlemler yaparak hasta tarafından aleyhine açılacak dava riskine karşı kendini korumak istemesidir (2). Tüm dünyada defansif tıp çok sık tartışılan bir konu olup Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %79,93, Türkiye'de ise %78,38 olarak tespit edilmiştir (3). Hekimlerin defansif tıba yönelimlerinin birçok sebebi vardır. Hekimlerin çalışma çevresinden kaynaklı baskılar bu sebeplerin başında gelmektedir. Defansif tıp uygulamalarının diğer sebeplerini ise; hasta-hekim iletişiminin kötü olması, malpraktis ve malpraktis davaları, basın yayın kurumlarının olumsuz etkisi, mesleki deneyimin yeterli olmaması, şiddet, sağlık sistemi ve sağlık politikaları, hasta şikâyetleri (184/SABİM/CİMER), aşırı hasta yoğunluğu, ün kazanma ve kusursuz olma dürtüsü, maddi çıkar kaygıları olarak sıralayabiliriz (4).

Defansif tıp uygulamaları iki grupta incelenmektedir; a. Pozitif defansif tıp, b. Negatif defansif tıp. Pozitif defansif tıp, hekimlerin özellikle malpraktis davalarının olumsuz sonuçlarından kendilerini korumak için hastaya tıbbi yararı olmayan ek tıbbi işlemleri uygulamasıdır (5). Bu işlemlere; hastanın endikasyonu olmamasına rağmen hastaneye yatırılması, gerekli olmayan tahlillerin ve radyolojik tetkiklerin istenmesi, ilaçların yazılması, konsültasyonların istenmesi örnek olarak gösterilebilir (6). Hekim bu uygulamaları yaparak ilerde muhtemel suçlamalara karşı "ben gerekli olan işlemleri yaptım, işte kanıtı" diyebileceğini düşünmektedir (1). Pozitif defansif tıbbi uygulamalar çoğu zaman hastalar üzerinde olumlu izlenim bırakabilmektedir ancak bu uygulamalar kapsamında yapılan gereksiz endoskopi, biyopsi gibi girişimsel işlemler, cerrahi müdahaleler ve radyolojik tetkikler hastaya uzun vadede zarar verebilmektedir (4). Ayrıca pozitif defansif tıbbi uygulamalar sebebi ile tanı ve tedavi yöntemlerin aşırı kullanılması sağlık sistemleri üzerine ek maddi yükler binmesine sebep olmaktadır (7). Diğer yandan tanı ve tedavi yöntemlerinin aşırı kullanılması sonucunda hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının iş yükü artmakta ve hastaların hastanelerde bekleme süreleri de uzamaktadır.

Negatif defansif tıp, hekimlerin sorumluluk endişeleri sebebi ile riskli tıbbi işlemleri ve ameliyatları uygulamaktan kaçındıkları durumlar olarak ifade edilmektedir (8). Negatif defansif tıp uygulamalarına örnek olarak; Riskli hastalardan, riski yüksek olan tedavi yöntemlerinden ve yüksek riskli cerrahi girişimlerden kaçınma gösterilebilir. Ayrıca yüksek riskli hastaları başka hastaneye sevk etme, riskli hastaların gözünü muhtemel yan etkilerle korkutarak hastanın kaçmasını sağlama, başka sağlık kurumlarını överek riski yüksek olan hastaları kaçırma, hekimlerin cerrahi girişimlerin riskini abartarak hasta ve yakınlarının tepkilerinden korunmak istemeleri gibi durumlar da negatif defansif uygulamalar arasındadır (9). Negatif defansif tıbbi uygulamalarda mali yük daha düşüktür ancak sağlık hizmeti sunumunun standartların altında kalması ve hastaya fayda sağlayabilecek tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmaması sebebi ile hasta sağlığı açısından daha büyük risk oluşturmaktadır (10). Ayrıca negatif defansif tıp uygulamaları hekimlerin mesleklerini bırakmasına ve sağlık işgücü kaybına da neden olmaktadır (11). Acil servisler defansif tıbbın fazla olduğu riskli branşlardan biri olarak ifade edilmektedir. Acil servis hekimleri çok yoğun çalışırken aynı zaman da riski yüksek olan hastalıkları teşhis ve tedavi etmektedirler (1). Biz de çalışmamızda defansif tıbbın acil servis hekimlerinde hangi boyutta uygulandığını, akademik ünvanlar (pratisyen hekim, asistan hekim, uzman hekim ve öğretim üyeleri) arasında farklılıklar olup olmadığını, hangi faktörlerle ilişkili olduğunu tespit ederek, ülkemiz acil servis hekimlerini bekleyen hukuki, adli-tıbbi problemlerini önceden gösterebilmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Örneklem ve Uygulama

Çalışmamız 1 Ağustos 2023 - 1 Ekim 2023 tarihleri arasında Erzurum Şehir Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda görev yapan acil uzmanları, acil tıp öğretim üyeleri ve acil tıp asistanları tarafından yürütüldü. Çalışmaya ülkemizdeki hastanelerin acil servislerinde görev yapan pratisyen hekimler, acil tıp asistan hekimleri, acil tıp uzmanları ve acil tıp öğretim üyelerinden oluşan 387 hekim dahil edildi. Çalışmada acil servis hekimlerinin defansif tıp uygulamalarını gerçekleştirip gerçekleştirmediğini, gerçekleştiriliyor ise hangi defansif tıp uygulamaları-

nın ne sıklıkta gerçekleştirildiğini ve defansif tıp uygulamalarının hangi olası faktörlerle ilişkili olduğunun tespiti için bu alanda çok sık kullanılan bir yöntem olan anketle bilgi toplama tekniğinin kullanılması tercih edildi. Bunun için anket uygulama ve soru hazırlama teknikleri araştırıldı. Anket formları tüm katılımcılara tanıtıldı, katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verildi ve çalışma gönüllülük esasına göre gerçekleştirildi. Veri toplama formunda eksiklik olan katılımcılar ve çalışmadan kendi isteği ile ayrılan katılımcılar çalışma dışı bırakıldı. Anket formları katılımcılara Google Drive sistemi üzerinden online olarak ulaşılarak doldurtuldu.

Veri Toplama Formu

Acil servis hekimlerinin defansif tıp uygulamalarını ölçmek ve değerlendirmek için online olarak bir anket formu hazırlandı. Bu form muhtemel pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları, bu uygulamaların sebepleri, defansif tıp uygulamalarının olumlu-olumsuz sonuçları ile alakalı sorulardan oluşturuldu. Anketteki sorular için kodlanan şıklar 5'li likert ölçeği formunda hazırlandı. Çalışmada muhtemel defansif tıp uygulamaları ile ilgili toplam 10 soru için hazırlanan şıklar; 'hiçbir zaman, nadiren, bazen, genellikle, her zaman' şeklinde oluşturuldu. Ankette defansif tıp uygulamalarının hekimler, hastalar ve sağlık sistemi açısından olumlu-olumsuz etkileri ile ilgili toplam 23 sorunun ve defansif tıp uygulamalarının muhtemel sebepleri ile alakalı 28 sorunun şıkları ise 'kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum' şeklinde kodlandı. Ayrıca bu anket formunun ilk bölümünde katılımcılara ait yaş, cinsiyet, akademik unvan, çalıştığı bölge gibi demografik verilerin yanı sıra katılımcıların daha önce sözel veya fiziksel şiddete, dava sürecine ve şikayete maruz kalıp kalmadıkları ile ilgili sorular yer aldı. Bu soruların şıkları da evet ve hayır şeklinde kodlandı.

Etik Kurul

Çalışma için Erzurum Şehir Hastanesinden, 12.07.2023 tarihli, Yerel Etik Kurul onayı (Karar No 2023/03-31) alınmıştır ve 1964 Helsinki Bildirgesi'nde ve daha sonraki değişikliklerinde belirtilen etik standartlara uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan veriler isimsiz olduğundan bilgilendirilmiş onam gerekliliğinden feragat edilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Analizler IBM SPSS 20 istatistik analiz programı ile yapıldı. Veriler ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, yüzde ve sayı olarak sunuldu. Sürekli değişkenlerin normal dağılımına Shapiro Wilk-W testi, Kolmogorov-Smirnov testi, Q-Q plot, skewness ve kurtosis ile bakıldı. İki bağımsız grup arasındaki kıyaslamalarda normal dağılım şartı sağlandığı durumda Independent Samples t testi, sağlanmadığı durumda Mann Whitney u testi kullanıldı. İki denli bağımsız grup ile sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında normal dağılım şartı sağlandığı durumda ANOVA testi, sağlanmadığı durumda Kruskal Wallis testi kullanıldı. ANOVA testi sonrası post-hoc testler varyanslar homojen olduğunda Tukey testi ile varyanslar homojen olmadığı durumda Tamhane's T2 testi kullanılarak yapıldı. Kruskal Wallis testi sonrası post-hoc testler için Kruskal Wallis 1-way ANOVA (k samples) testi kullanılarak yapıldı. İki nicel değişkenin kıyaslanmasında normal dağılım şartı sağlanıyorsa Pearson korelasyonu ile sağlanmıyorsa Spearman korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hekimlerin demografik verileri ve anket sorularına verdikleri cevaplar ayrıntılı olarak **Tablo 1**'de paylaşıldı.

Tablo 1: Katılımcıların demografik özellikleri

Özellikler	Toplam Katılımcı n (%)
Yaş	
20-25	40(10,3%)
25-30	232(59,9%)
30-35	60(15,5%)
35-40	22(5,7%)
45 ve üzeri	33(8,5%)
Cinsiyet	
Kadın	194(50,1%)
Erkek	193(49,9%)
Akademik Ünvan	
Pratisyen hekim	278(71,8%)
Acil tıp asistanı	47(12,1%)
Acil tıp uzmanı	38(9,8%)
Dr. Öğr. Üyesi	7(1,8%)
Doçent	9(2,3%)
Profesör	8(2,1%)
Çalışılan Bölge	
İl	180(46,5%)
İlçe	207(53,5%)
Daha önce fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	
Evet	58(15,0%)
Hayır	328(85,0%)
Daha önce sözel şiddete maruz kaldınız mı?	
Evet	369(95,8%)
Hayır	16(4,2%)
Başınızdan daha önce şikayet süreci geçti mi?	
Evet	249(64,3%)
Hayır	138(35,7%)
Bir meslektaşınızın başından daha önce şikayet süreci geçti mi?	
Evet	372(96,1%)
Hayır	15(3,9%)
Başınızdan daha önce dava süreci geçti mi?	
Evet	117(30,2%)
Hayır	270(69,8%)
Bir meslektaşınızın başından daha önce dava süreci geçti mi?	
Evet	321(83,2%)
Hayır	65(16,8%)

Çalışmada katılımcıların verdikleri cevaplara göre hekimlerin çalışma çevresinden kaynaklı baskıların sebep ve sonuçları değerlendirildi. Buna göre hekimlerin çalışma çevresinden kaynaklı baskılar arttıkça şikayet ve dava edilme kaygısı, hekimin itibarını koruma kaygısı, şiddet görme kaygısı, medya ve sosyal iletişim araçlarının baskısı, hasta odaklı davranma çabası da artmaktadır. Ayrıca çalışma çevresinden kaynaklı baskılar ile pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları arasında da $p<0.001$ olarak bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır. Dolayısıyla çalışma çevresinden kaynaklı baskılar arttıkça pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları da artmaktadır. Çalışmamızda şikayet ve dava edilme kaygısının sebep ve sonuçları da incelendi. Buna göre şikayet ve dava edilme kaygısı ile pozitif ve negatif defansif tıp arasındaki ilişki ($p<0.001$) anlamlı bulunmuş olup, şikayet ve dava edilme kaygısı arttıkça pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları artmaktadır. Çalışmamızda şikayet ve dava edilme kaygısının hastalar için zararlı olduğu da ($p:0.002$) bulunmuştur. Ayrıca şikayet ve dava edilme kaygısı ile sağlık sisteminin verimliliği, etkinliği ve kalitesinin azalması ($p<0.001$) arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada pozitif ve negatif defansif tıbbi uygulamaların hekimlik mesleğini zorlaştırdığı bulunmuştur. Dolayısıyla bu durumun hastalara zarar verdiği ve sağlık sisteminin verimliliği, etkinliği ve kalitesinin azalmasına sebep olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

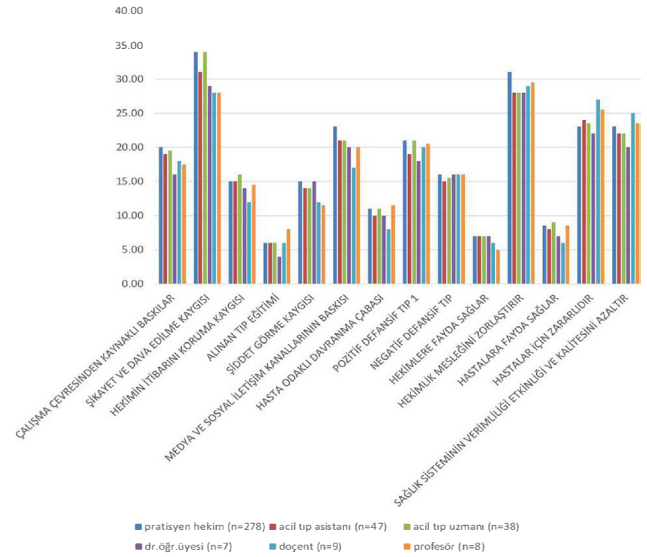
Tablo 2: Defansif tıp uygulamalarının sebep ve sonuçlarının birbirleri ile korelasyonu

	Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	Alınan Tıp Eğitimi	Şiddet Görme Kaygısı	Medya ve Sosyal İletişim Araçlarının Baskısı	Hasta Odaklı Davranma Çabası	Pozitif Defansif Tıp	Negatif Defansif Tıp	Hekimlere Fayda Sağlar	Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	Hastalara Fayda Sağlar	Hastalar İçin Zararlıdır	Sağlık Sisteminin Verimliliği, Etkinliği ve Kalitesini Azaltır
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	1.000	.537**	.274**	.082	.451**	.415**	.228**	.222**	.082	.296**	-.028	.217**	.227**	
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı		1.000												
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı			1.000											
Alınan Tıp Eğitimi				1.000										
Şiddet Görme Kaygısı					1.000									
Medya ve Sosyal İletişim Araçlarının Baskısı						1.000								
Hasta Odaklı Davranma Çabası							1.000							
Pozitif Defansif Tıp								1.000						
Negatif Defansif Tıp									1.000					
Hekimlere Fayda Sağlar										1.000				
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır											1.000			
Hastalara Fayda Sağlar												1.000		
Hastalar İçin Zararlıdır													1.000	
Sağlık Sisteminin Verimliliği, Etkinliği ve Kalitesini Azaltır														1.000

** p<0.05
*** p<0.001
r: Korelasyon katsayısı

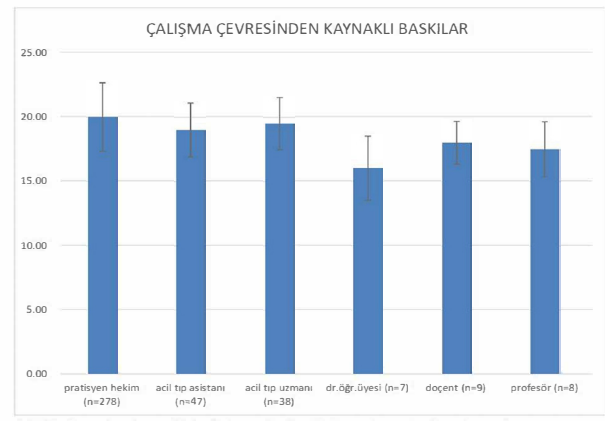
Çalışmada medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı ile pozitif ve negatif defansif uygulamalar arasında anlamlı ilişki saptanmış olup medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı arttıkça pozitif ve negatif defansif uygulamaların arttığı saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışmamızda acil servis hekimlerinin ünvandan bağımsız olarak pozitif defansif tıbbi uyguladıkları tespit edilmiştir (Şekil 1).



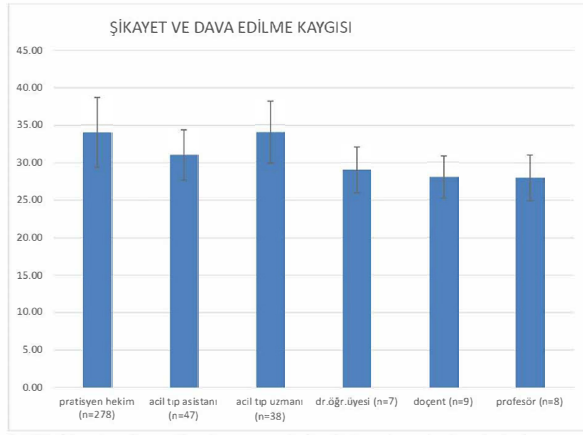
Şekil 1: Defansif tıp uygulamalarının sebep ve sonuçlarının akademik ünvanlara göre karşılaştırılması

Çalışmamızda çalışma çevresinden kaynaklı baskılar ve bunun sebep olduğu defansif uygulamaların pratisyen hekimlerde asistan ve doktor öğretim üyelerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Şekil 2).



Şekil 2: Çevreden kaynaklı baskıların akademik ünvanlara göre karşılaştırılması

Ayrıca çalışmamızda pratisyen hekimlerde şikayet ve dava edilme kaygısının diğer hekimlere kıyasla daha fazla olduğu da saptanmıştır (Şekil 3).



Şekil 3: Şikayet ve dava edilme kaygısının akademik ünvanlara göre karşılaştırılması

Çalışmada il ve ilçelerdeki defansif tıp sebepleri de incelendi. Buna göre il ve ilçede çalışma çevresinden kaynaklı baskılar incelendiğinde ilçede çalışan hekimlerde çalışma çevresinden kaynaklı baskıların daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca il ve ilçede şikayet ile dava edilme kaygısı kıyaslandığında ilçede çalışan hekimlerde şikayet ve dava edilme kaygısının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yine il ve ilçede şiddet görme kaygısı, negatif defansif tıp ve hasta odaklı davranma çabası karşılaştırıldığında da ilçede bu davranışların anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur (**Tablo 3**).

Tablo 3: İl ve İlçelerde defansif tıp uygulamalarının sebep ve sonuçlarının karşılaştırılması

	İL					İLÇE					Z	p		
	Geçerli N	Ortalama	Standart sapma	Ortanca	En düşük	En yüksek	Geçerli N	Ortalama	Standart sapma	Ortanca			En düşük	En yüksek
Calışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	180	18	2	19	12	20	207	19	3	20	0	20	-3,249	0,025
Şikayet ve Dava Edilme Kaygısı	180	32	3	33	21	35	207	32	5	34	0	35	-2,292	0,022
Hekimlere İhbarını Koruma Kaygısı	180	15	3	15	6	20	207	15	4	15	0	20	-0,621	0,535
Şiddet Görme Kaygısı	180	13	2	14	7	15	207	14	2	15	0	15	-3,220	0,001
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	180	21	3	21	10	25	207	22	4	23	0	25	-2,936	0,003
Hasta Odaklı Davranma Çabası	180	10	3	11	3	15	207	11	3	11	0	15	-2,763	0,006
Pozitif Defansif Tıp 1	180	20	4	20	11	30	207	21	4	21	6	30	-1,119	0,263
Negatif Defansif Tıp	180	15	3	15	7	20	207	15	3	16	5	20	-2,098	0,036
Hekimlere Fayda Sağlar	180	7	2	7	2	10	207	7	2	7	2	10	-1,382	0,167
Hekimlik Mesleğini Zorlayıcı	180	29	4	29	14	35	207	30	5	31	7	35	-2,467	0,014
Hastalara Fayda Sağlar	180	8	2	8	3	15	207	8	3	8	0	15	-0,492	0,622
Hastalar İçin Zararlıdır	180	23	4	24	6	30	207	23	5	24	0	30	-0,050	0,960
Sağlık Sisteminin Verimliliği Etkinliği ve Kalitesini Azaltır	180	22	3	22	10	25	207	22	4	23	0	25	-1,098	0,272

TARTIŞMA

Hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelmelerinin birçok nedeni vardır. Bu nedenlerin başında hekimlerin çalışma çevresi yer almaktadır. Örneğin Danimarka da yapılan bir çalışmada Danimarkalı pratisyen hekimlerin, hastaların talep-beklentilerini karşılama kaygısı ve meslektaşlar arasında hatasız görünme isteği gibi çevre kaynaklı nedenlerden dolayı defansif tıp uygulamalarına yöneldiği görülmüştür (12). Yapılan başka bir çalışmada ise hekimlerin yönetimden yeterli destek görmemesi, rahat çalışmasını sağlayacak politikaların yetersiz olması, hekim başına düşen hasta sayısının fazla olması ve sağlık hukuku alanındaki bilirkişilerin yeterli yetkinliğe sahip olmaması gibi nedenlerin hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelmesine sebep olduğu gösterilmiştir (6). Bizim çalışmamızda ise çalışma çevresinden kaynaklı baskıların acil servis hekimlerinin defansif tıbbi uygulamalara yönelmesinin sebeplerinden biri olduğunu görmekteyiz. Hastalara yapılan bu defansif tıp uygulamaları ise, pozitif ya da negatif olmak üzere iki şekilde olabilmektedir. Pozitif defansif tıp daha fazla tahlil ve görüntüleme testi istemek şeklinde iken negatif defansif tıp ise riski yüksek olan hastalardan ve uygulamalardan kaçınmak şeklinde olmaktadır.

Defansif tıbbın yaygınlığını ve etkisini ölçmek zordur ancak yapılan bazı çalışmalarda tanısal testlerin ve terapötik müdahalelerin yaklaşık %5-10'unun dava endişeleri nedeniyle yapıldığı tespit edilmiştir (13). Ayrıca anestezi uzmanları üzerinde yapılan başka bir çalışmada anestezi uzmanlarının birçoğu olası şikayet ve davalarından korunmak için yapılacak olan tıbbi işlemleri daha detaylı açıkladıklarını belirtmişlerdir (14). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada uzmanlık tercihinde şikayet ve dava edilme korkusunun da çok etkili olduğu ve yüksek riskli branşların tercih edilme oranının giderek azaldığı görülmüştür (15). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak şikayet ve dava edilme kaygısının acil servis hekimlerinin defansif tıbbi uygulamalara yönelmesine katkı sağladığı saptanmıştır.

Çalışmamızda acil servis hekimlerinin defansif tıbbın hastalara fayda sağlamadığını aksine hastalara ciddi zararları olacağını belirttikleri görülmüştür. Buna bağlı olarak sağlık sistemi-

nin verimliliği, etkinliği ve kalitesinin azalacağını belirtmektedirler. Literatüre bakıldığında da defansif tıbbi uygulamaların seçilmiş bazı hastalarda sonuçları iyileştirebildiği görülmüş olmakla birlikte bu uygulamaların genel olarak klinik sonuçların kötüleşmesine yol açtığı bulunmuştur (16). Yine yapılan bir çalışmada Çin'de sezaryen oranlarının artmasının en büyük sebebi olarak kadın hastalıkları ve doğum alanında yapılan defansif tıp uygulamaları gösterilmiştir (17). Başka bir çalışmada ise cerrahların %67,5'inin defansif tıp uygulamalarının hasta güvenliği açısından riskli olabileceğini, kişilerin sağlık hizmetlerine daha az ulaşmasına ve hekim-hasta ilişkisinin zayıflamasına neden olacağını düşündüğü saptanmıştır (18).

Çalışmamızda katılımcıların verdikleri cevaplara bakıldığında defansif tıbbin hekimlik mesleğini zorlaştırdığını görmekteyiz. Bu konu ile alakalı yapılan bir çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğu tıbbi malpraktis davalarının sebep olduğu defansif uygulamaların mesleklerini icra ederken üzerlerinde ciddi baskı oluşturduğunu, tanı ve tedavi sırasında yapılması gereken tıbbi işlemleri defalarca gözden geçirmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca literatürü incelediğimizde açılan davalar ve yapılan şikayetler sebebi ile hekimlerin performansının düştüğü ve gelecekteki performanslarını da gözden geçirdikleri görülmektedir. Yine başka bir çalışmada görülmüştür ki çeşitli şikayet kanallarına yapılan ancak çoğu asılsız olan şikayetler sebebi ile hekimlerin iş yükü artmakta ve hekimler bu şikayetlerle uğraşmaktan işlerini yapamaz hale gelmektedir (19).

Altındış ve ark. tarafından 2019 yılında, hekimlerin sağlık uygulamalarındaki defansif yaklaşımlara bakış açılarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada hekimlerin %95,5'i medyanın hekimlere karşı tutumunun genellikle olumsuz olduğunu düşündüğü ve bunun da defansif tıbbi uygulamaları arttırdığını belirtmişlerdir (20). Rudey ve ark. tarafından Brezilya'da 403 kadın doğum uzmanı ile defansif tıp uygulamaları ve sezaryen konusunda yapılan bir çalışmada, katılımcıların çoğu medyanın olumsuz etkisinin de defansif tıp uygulamalarında etkili olduğunu belirtmiştir (21). Biz de yaptığımız bu çalışmada medya ve sosyal iletişim

kanallarının baskısının defansif uygulamaların artmasına önemli katkı sağladığını tespit ettik.

Pensilvanya'da yapılan bir çalışmada yüksek riskli branşlarda görev yapan uzman hekimlerin verdiği yanıtlara bakıldığında %93'ü defansif tıbbi uygulamalar yaptığı ve bu uygulamaların da özellikle aşırı görüntüleme testi istemek gibi pozitif defansif tıbbi uygulamalar olduğu görülmüştür (12). Studdert ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada ise acil hekimlerinin tıbbi olarak endikasyonu olmayan tanısız testleri isteme olasılıklarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür (5). Literatürle benzer şekilde bizim çalışmamızda da acil servis hekimlerinin görüntüleme testlerini de içeren pozitif defansif tıbbi uygulamaları daha fazla yaptığı görülmüştür.

Çalışmamızda şikayet, dava edilme ve şiddet görme kaygısının pratisyen hekimlerde asistan ve profesörlere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Yine çalışmamızda çalışma çevresinden kaynaklı baskılar ve bunun sebep olduğu defansif uygulamaların pratisyen hekimlerde asistan ve doktor öğretim üyelerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Literatüre baktığımızda ise İsrail'de Reuveni ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada asistan psikiyatri hekimlerinin uzman hekimlere göre daha fazla defansif tıp uyguladıkları saptanmıştır. 2019 yılında asistan ve uzman hekimler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise asistan hekimlerin daha fazla gereksiz istem yaptığı sonucuna ulaşılmıştır (22).

Çalışmada il ve ilçelerdeki defansif tıp sebepleri de incelendi. Buna göre çalışma çevresinden kaynaklı baskılar, şikayet, dava edilme ve şiddet görme kaygısı, negatif defansif tıp ve hasta odaklı davranma çabası gibi davranışların ilçede çalışan hekimlerde daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak literatüre bakıldığında bu konu ile alakalı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sonuç olarak defansif tıp uygulamalarının birçok sebebi vardır. Bu sebepler arasında hasta-hekim iletişimi, medyanın etkisi, şiddet, hekimlerin iş yükünün artması ve malpraktis davaları bulunmaktadır. Defansif tıp uygulamaları tüm hekimler tarafından çok sık gerçekleştirilmektedir. Özellikle acil servisler, riskli hastaların ilk karşılandığı yerler olması, hasta

yükünün çok fazla olması, şiddet olaylarının sık görülmesi sebebi ile defansif tıp uygulamaların çok yaygın olduğu yerlerdir. Defansif tıp uygulamaları hasta ve hekim açısından olumsuzluklara neden olduğu gibi, sağlık hizmeti sunumunun da aksamasına yol açmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunun verimliliğini artırmak, hasta ve hekimlerin güvenliğini sağlamak için defansif tıp uygulamaların nedenlerinin daha fazla irdelenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Yeşiltaş A, Erdem R. Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Bir Derleme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2018;10(23):137-50.
2. Dedeoğlu AK. 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. Ankara: Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı 2012.
3. Başer A, Kolcu G, Çıgırgil Y, Kadıncık B, Öngel K. İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. Smyrna Tıp Dergisi. 2014;16:24.
4. Mansur F, Ceylan Ö. Defansif Tıp ve Defansif Tıp Konusunda Yapılan Akademik Çalışmalar Üzerine Bir Derleme. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2021;23(3):721-44.
5. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, et.al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. Journal of the American Medical Association. 2005;293(21):2609-17.
6. Ünal Ö. Defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçları. Doktora Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı 2020.
7. Aydaş S. Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, 2014.
8. Dijck VG. 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. 2013;012.
9. Selçuk M. Çekinik (Defansif) Tıp. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku, İdari Hukuku Anabilim Dalı, 2015.
10. Tancredi LR, Barondess JA. The Problem of Defensive Medicine. 1978;26(200):879-82.
11. Kessler DP. Evaluating the medical malpractice system and options for reform. Journal of Economic Perspectives. 2011;25(2):93-110.
12. Hvidt EA, Lykkegaard J, Pedersen LB, et al. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. BMJ open. 2017;7(12): e019851.
13. Rodriguez RM, Anglin D, Hankin A, et.al. A longitudinal study of emergency medicine residents' malpractice fear and defensive medicine. Academic Emergency Medicine. 2007;14(6):569-73.
14. Akıncı SB, Sarıcaoğlu F, Erden İA, Köseoğlu A, Aypar Ü. Anesteziyologlarda Defansif Tıp Uygulamalarının Araştırılması, Anestezi Dergisi. 2013;21(1):151-6.
15. Kasap H, Akar T, Demirel B, ve ark. Tıbbi Uygulama Hatası Riski Yüksek Olan Uzmanlık Dallarının Tıpta Uzmanlık Sınavında Tercih Edilme Önceliklerinin Yıllara Göre Değişimi. The Bulletin of Legal Medicine. 2015;20(1):34-7.
16. DeKay ML, Asch DA. Is the defensive use of diagnostic tests good for patients, or bad? Med Decis Making. 1998; 18:19-28.
17. Zhu L, Li L, Lang J. The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: A questionnaire survey in a national congress. BMJ Open. 2018;8(2):1-7.
18. Zarei E, Ashtar-Nakhaei F, Daneshkohan A, Zali A. The first survey on defensive medicine among Iranian surgeons: prevalence and its related factors. Research square.com. 2019;1-16.
19. Toraman A, Çarıkçı İH. Defansif tıbbin nedenlerinin hekim gözüyle değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2018;10(23):40-51.
20. Altındış S, Coşar E, Atasoy AR, Akbaba B, Şimşir İ, Öz S. Sağlık Uygulamalarında Defansif Tıp. Balıkesir Medical Journal. 2019;3(1):12-9.
21. Rudey EL, do Carmo Leal M, Rego G. Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. Medicine. 2021;100(1).
22. Reuveni I, Pelov I, Reuveni H, Bonne O, Canetti L. Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. BMJ open. 2017; 7(3): e014153.