

DERLEME MAKALESİ

# HEKİMLERDE TIBBİ HATA SUÇLAMALARINA KARŞI SAVUNMACI TIP DAVRANIŞLARI

Cuma SUNGUR\*


## ÖZ

Savunmacı tıp, sorumluluk endişesi nedeniyle hekimlerin standart tıbbi uygulamadan sapması olarak tanımlanmaktadır. Hekimler iki farklı şekilde savunmacı bir yaklaşım ortaya koyabilirler. Bunlar; pozitif savunmacı tıp yaklaşımı, negatif savunmacı tıp yaklaşımıdır. Hastaya ya da hastalığa pozitif savunmacı tıp bakış açısıyla yaklaşan hekimler kendilerini güvenceye almak için hastaların ihtiyacı olmayan sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Negatif savunmacı tıp yaklaşımında ise hekimler hastayı tedavi etmeme ya da tedaviyi geciktirme eğilimindedir. Hekimleri bu türden davranışlara yönelten başlıca nedenler ise tıbbi davalara konu olma, tazminat ödeme ya da itibar kaybı gibi endişelerdir. Hekimlere yönelik malpraktis suçlamalarına karşı olarak organizasyon düzeyinde klinik uygulama rehberlerinin kullanılması, kanıta dayalı tıp uygulamalarının organizasyon düzeyde yaygınlaştırılması, malpraktis sigortasının teşviki, çağdaş hasta-hekim işbirliği ve tıbbi kayıtların düzenli tutulması konularında kültürel bir dönüşüm sağlanabilir. Bu çalışmanın amacı sağlık sektöründe hekimler arasında giderek artan bir endişe kaynağı olan savunmacı tıp konusunu nedenleri ile birlikte incelemek ve buna dayalı olarak birtakım önerilerde bulunmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbi Hata, Savunmacı Tıp, Hekim.

## MAKALE HAKKINDA

\* Arş. Gör. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, cumasongur@ksu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1992-0742>

Gönderim Tarihi: 27.06.2018

Kabul Tarihi: 29.11.2018

## Atıfta Bulunmak İçin:

Sungur, C. (2019). Hekimlerde Tıbbi Hata Suçlamalarına Karşı Savunmacı Tıp Davranışları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 191-206.

## DEFENSIVE MEDICINE BEHAVIORS VERSUS MEDICAL ERROR OFFENSES IN PHYSICIANS

Cuma SUNGUR\*


### ABSTRACT

*Defensive medicine is defined as the deviation of physicians from standard medical practice due to responsibility anxiety. Physicians can present a defensive approach in two different ways: Positive defensive medicine approach, negative defensive medicine approach. Physicians approaching the patient or disease with a positive defensive medicine approach can provide health services to patient who does not need them to secure themselves. In a negative defensive medical approach, physicians can be incapable of treating the patient or delaying treatment. The main reasons for physicians to behave in this way are concerns about medical disputes, compensation payments or loss of reputation. Against malpractice offenses towards physicians a cultural transformation can be achieved in use of clinical practice guidelines at the organization level, dissemination of evidence-based medicine practices at the organizational level, encouragement of malpractice insurance, ensuring modern patient-physician cooperation and keeping medical records in a regular manner. The purpose of this study is to examine the issue of defensive medicine, which is a growing concern among physicians in the health sector, together with the reasons and make some suggestions based on this.*

**Key Words:** Medical Error, Defensive Medicine, Physician.

### ARTICLE INFO

\*Kahramanmaraş Sütçü İmam University, cumasongur@ksu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1992-0742>

Received: 27.06.2018

Accepted: 29.11.2018

### Cite This Paper:

Sungur, C. (2019). Hekimlerde Tıbbi Hata Suçlamalarına Karşı Savunmacı Tıp Davranışları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 191-206.

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunumu önemli ölçüde takım çalışmasına dayalı olsa da aslında sağlık sektöründeki diğer çalışanlara göre hekimler üzerinde çok daha fazla miktarda yük ve sorumluluk bulunmaktadır. Sistem hatalarının ve elverişsizliğinin doğurduğu sonuçlardan dolayı hekimler rahatlıkla beceriksiz ve kusurlu olarak suçlanabilmektedir (Liang 2002). Günümüzde tıbbi hatalardan kaynaklanan hatalı uygulama iddiaları malpraktis tazminat ödemelerinin ve idari masrafların büyük bölümünü oluştururken genel olarak tüm malpraktis iddialarından %83'ünde hekim ihmalkarlığına dair hiçbir kanıt bulunmamaktadır (Virapongse et al. 2008). Türkiye'de aynı konu üzerinde benzer bir istatistiğe sahiptir. Örneğin Türkiye'de 2002-2014 yılları arasında hekimlere yönelik yanlış ameliyat, teşhis ve benzeri nedenlerden dolayı toplamda 4470 dava açılmıştır. Bu davaların %79'u hekimlerin lehine sonuçlanırken, %21'i davacı olan hastaların lehine sonuçlanmıştır (Yıldırım 2015). Diğer taraftan Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda tıbbi uygulama hataları iddialarında son yıllarda artış olduğu görülmektedir. Yüksek Sağlık Şurası'na yapılan başvurulara göre Türkiye'de her 30 hekimden biri yasal şikâyete maruz kalmaktadır. ABD'de ise bu oranın 1/12'dir (Özer ve diğerleri 2015).

Hekimler kendi mesleki uygulamalarında bir kusurunun ya da ihmalkarlığının olmadığına içtenlikle inansalar da hastaların kendilerine dava açıp açmayacağını yine de bilemezler (Hogan 2003). Bu yüzden hekimler olası davalara karşı kendilerini korumak için gerekli olduğuna tam olarak inanmadığı testleri, tedavileri veya ilaçları uygulama eğiliminde olabilirler. Hastalar sağlık hizmeti talepleri karşılanmadığı takdirde hekimlere hatalı uygulamalar yaptığı iddiasında bulunabilir. Özellikle antibiyotiklerin reçete edilmesi konusunda benzer bir durum söz konusudur. Günümüzde hekimler bakteriyel enfeksiyonlara karşı önemli bir koruma sağladığından dolayı sıklıkla antibiyotik reçete etmektedir (Panthöfer 2016). Hekim merkezli bu ve benzeri uygulamalar literatürde "savunmacı tıp yaklaşımı" kavramı ile ilişkilendirilmektedir. Savunmacı tıp yaklaşımı hekimlerin mevcut şartlar altında hastaya sunmayı taahhüt ettiği en iyi sağlık hizmeti kalitesini olumsuz olarak etkileyen ve doktor-hasta ilişkisinin bozulmasına neden olan bir olgudur (Thirumoorthy 2016).

Bu çalışmanın amacı, sağlık sektöründe hekimler arasında giderek artan bir endişe kaynağı olan savunmacı tıp konusunu nedenleri ile birlikte incelemek ve buna dayalı olarak birtakım önerilerde bulunmaktır.

## II. TIBBİ HATA VE SAVUNMACI TIP KAVRAMLARI

### 2.1. Tıbbi Hata

Hata, bir planın veya bir eylemin amaçlandığı gibi tamamlanamaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılmasıdır (La Pietra et al. 2005). Tıbbi hata ise doktorların kendisinden beklenen yüksek standarttaki tedavileri karşılamada yetersiz kalması nedeniyle hastaların yaşadığı bir tür hak ihlalidir (Shapiro et al. 2012). Tıbbi hatalar hasta güvenliği riskini artıran ciddi bir halk sağlığı sorunudur (Grober, Bohnen 2005). Tıbbi uygulamalar için geçerli olan bakım standartları aynı veya benzer koşullar altında çalışan hekimler tarafından makul bir ölçüde karşılanması gerekirken bazen bu beklentiler karşılanamayabilmektedir (Shapiro et al. 2012).

Dünyanın her yerinde tıbbi hata ile malpraktis terimleri eşdeğer olarak kabul edilmektedir, ancak sağlık çalışanlarının yaptığı her tıbbi hata nedeniyle hastada zarar meydana gelmeyebilir. Bir ilacın fazla dozda verilmesiyle yapılan hata neticesinde hastada

herhangi bir zarar oluşmamış olabilir, ama bu yine de tıbbi bir hatadır (Karataş, Yakıncı 2010). Latince “Male” ve “Praxis” kelimelerinden türetilen malpraktiste ise muhakkak bir zararın oluşması gerekmektedir (Özer ve diğerleri 2015). Türk Tabipler Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 13.maddesinde malpraktis şu şekilde tanımlanmıştır: *Malpraktis; bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi “hekimliğin kötü uygulaması”dır* (TTB 2012). Kişisel, kurumsal veya teknik nedenlerden dolayı tıbbi cihazlarda meydana gelen arızalara bağlı hatalar, iletişim yetersizliği, hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması ya da yorumlanması gibi durumlar tıbbi hatalara örnek olarak verilebilir (Karataş, Yakıncı 2010).

Tıbbi hataların altında yatan en büyük nedenler tıp mesleğinin kendine özgü temel faktörleridir. Tıp mesleğinin oldukça stresli, uzmanlık alanlarının değişkenliği veya yapılan işlerin karmaşıklığı hekimler üzerinde aşırı strese, iş yüküne ve hekim ile hasta arasında iletişim bozukluklarına neden olmaktadır. Bu nedenler arasında iletişim bozukluğu ve işbirliği yetersizliği sağlık sektöründe oldukça sık rastlanan sorunların başında gelmektedir. Bu sorunlar genellikle hekimler ile diğer sağlık personeli arasında yüksek, hemşireler ile diğer sağlık personeli arasında ise orta düzeyde yaşanmaktadır (Top ve diğerleri 2008).

Tıbbi hizmetlerde kaliteyi iyileştirmek için hata ile ilişkilendirilen kişileri suçlamak yerine insan hatasının altında yatan faktörleri belirlemeye odaklanmak gerekmektedir. Genel olarak tıpta insan hatasının altında yatan başlıca faktörler şunlardır (Bogner 2018):

- Tıbbi cihazların tasarımının ya da bakımının yapılmasındaki belirsizlikler,
- Kurumsal ortamlardaki fiziksel yoğunluk ve aşırı dağınıklık,
- Çevresel koşullar veya dış ortamdaki çevresel faktörler,
- Yetersiz bilgi, zihin yoğunluğu, uygunsuz eylemler ya da stres,
- Aşırı fiziksel ya da zihinsel iş yükü,
- Verimsiz ve uygunsuz politikaların varlığıdır.

Tıbbi hatalar; tanı hataları, tedavi hataları, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumuna bağlı hatalar, dokümantasyon incelemeye bağlı hatalar ve diğer hatalar (tanı ve tedavi dışında iletişim yetersizliğine bağlı hatalar, kullanılan ekipmanın yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer sistem yetersizlikleri vb.) olarak sınıflandırılabilir (Koç 2014; Yılmaz 2012). Tanı koyma aşamasında ortaya çıkan hatalara yanlış tanı, gecikmiş tanı, eksik tanı, testleri uygulamadaki başarısızlıklar, güncel olmayan testlerin kullanılması, test sonucuna göre hareket edilememesi, test sonuçlarının doğru yorumlanamaması örnek olarak verilebilir. Tedavi aşamasında ortaya çıkan hatalara müdahale sürecinde kaynaklanan hatalar, müdahale ve testlerin uygulanmasındaki hatalar, tedavi sürecinin yönetimindeki hatalar, uygun olmayan tedavi yönteminin seçilmesi, tedavide gecikme, ilaç uygulamada doz veya yöntem hataları örnek olarak verilebilir. Koruyucu sağlık hizmeti sunmama ya da yanlış uygulamaya bağlı hatalara koruyucu sağlık hizmeti uygulamalardaki başarısızlıklar, tedavi sonrası hastanın yeteri kadar izlenmemesi ve tedavi sonrası müdahalelerin uygulanmasındaki yetersizlikler örnek olarak verilebilir. Son olarak dokümantasyon işlemlerinden kaynaklanan hatalara ise verinin kaydedilmemesi, kan transfüzyonu hataları, laboratuvar örneklerinin veya sonuçların karıştırılması örnek olabilir (Yılmaz 2012).

Tıbbi hata türleri içerisinde en yaygın ve en kolay tespit edilen hata türü ilaç hatalarıdır. İlaç hataları hastayı olumsuz etkileyen, uygun olmayan ilaçların reçete edilmesine neden olan ve hastaya zarar veren hatalardır. Bununla birlikte bir ilacın fazla, eksik ya da hatalı kullanılması da ilaç hatası olarak ele alınmaktadır.

**Fazla Kullanım (Overuse):** Fazla kullanım ilacın hastalık belirtisini ya da şiddetini aşacak şekilde kullanılması veya herhangi bir hastalık belirtisi olmamasına karşın bir ilacın kullanılmasıdır.

**Hatalı Kullanım (Misuse):** Hastalığın semptomuna uygun olmayan ilacın seçilmesi, uygunsuz dozda tüketilmesi, uygunsuz yöntemle tüketilmesi, uygunsuz uygulama ile tüketilmesidir.

**Eksik Kullanım (Underuse):** Hastada istenen sonucu elde etmek için kullanılması gereken ilaç miktarından daha az ilaç kullanılmasıdır (Yılmaz 2012: 217).

Tedavi ile ilgili hatalar potansiyel olarak tanı ve önleme hatalarından daha belirgindir, çünkü tedaviye ilişkin yan etkiler daha çabuk ortaya çıkmaktadır. Tanı ve teşhis ile ilgili hataların tespiti ise oldukça zor ve karmaşık bir süreçtir. Bu tür hatalar meydana geldiğinde fark edilemediği gibi aylar ve hatta yıllar sonra fark edilebilmektedir. Bunlar arasında özellikle ayakta tedavi hizmetlerinde tıbbi hataların tespiti daha karmaşık ve daha zordur (La Pietra et al. 2005).

## 2.2. Savunmacı Tıp

Türkçe literatürde ayrıca “defansif tıp” ya da “çekinik tıp” olarak da kullanılan savunmacı tıp kavramı (Ayrancı 2008; Odabaşı, Tümer 2006), sorumluluk endişesi nedeniyle hekimlerin standart tıbbi uygulamaları gerçekleştirmemesi ya da gerçekleştirememesi olarak tanımlanabilir. Daha açık bir ifade ile savunmacı tıp hekimlerin olumsuz sağlık sonuçlarından kaçınmak ve/veya hatalı tıbbi uygulama iddialarının önüne geçmek için ya yetersiz sağlık hizmeti sunması ya da hiçbir tıbbi değeri olmayan ek hizmetleri sunmasıdır (Reisch et al. 2015). Savunmacı tıp hekimler arasında iki genel davranış türü ile kendini göstermektedir. Bunlar, pozitif savunmacı tıp ve negatif savunmacı tıptır. Pozitif savunmacı tıp hekimlerin malpraktis iddialarına maruz kalmamak için gereksiz veya ek sağlık hizmeti sunumunu içeren bir kişisel ve mesleki güvence davranışı biçimidir. Negatif savunmacı tıp hekimlerin sağlık hizmeti sunumunun neden olabileceği yasal risk kaynaklarından korunmak için sağlık hizmeti sunumundan kaçınma davranışlarıdır (Hiyama et al. 2006). Kısaca pozitif savunmacı tıp hekimlerin ek ve gereksiz test veya prosedürleri uygulamasıdır. Negatif savunmacı tıp ise hekimlerin yüksek riskli prosedürlerden veya hastalardan kaçınmasıdır (Bean 2016). Pozitif savunmacı tıp bağlamında hekimler kayıtları en doğru ve güncel bir şekilde tutmaya çalışırken, ayrıca daha çok sayıda tıbbi görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerine başvurmaktadır (Tinica et al. 2017). Bir hekimin tıbbi açıdan uygun olmasa dahi hastaların güvenini kazanmak amacıyla basit soğuk algınlığı için antibiyotik reçete etmesi, pahalı tıbbi taramalar yaptırması, hafif ağrı ve acılar için uzman tavsiyelerinde bulunması türündeki davranışlar birer savunmacı tıp davranışı biçimidir (Hawley 2018). Pozitif savunmacı tıp davranışlarına aşağıdakiler örnek olarak verilebilir (Catino 2011).

- Gerekliden daha fazla tanı testi,
- Gereksiz girişimsel uygulamalar (örneğin biyopsi yapılması),
- Gereksiz tedaviler,
- Kesinlikle gerekli olmayan ilaçları reçete etmek,
- Ayakta tedavi için uygun olan hastaların hastaneye yatışının gerçekleştirilmesi,
- Gerekliden fazla sıklıkla konsültasyonda bulunmak,
- Yapılmayan klinik uygulamaların hasta dosyaları ya da tıbbi kayıtlar üzerinde yapılmış gibi gösterilmesidir.

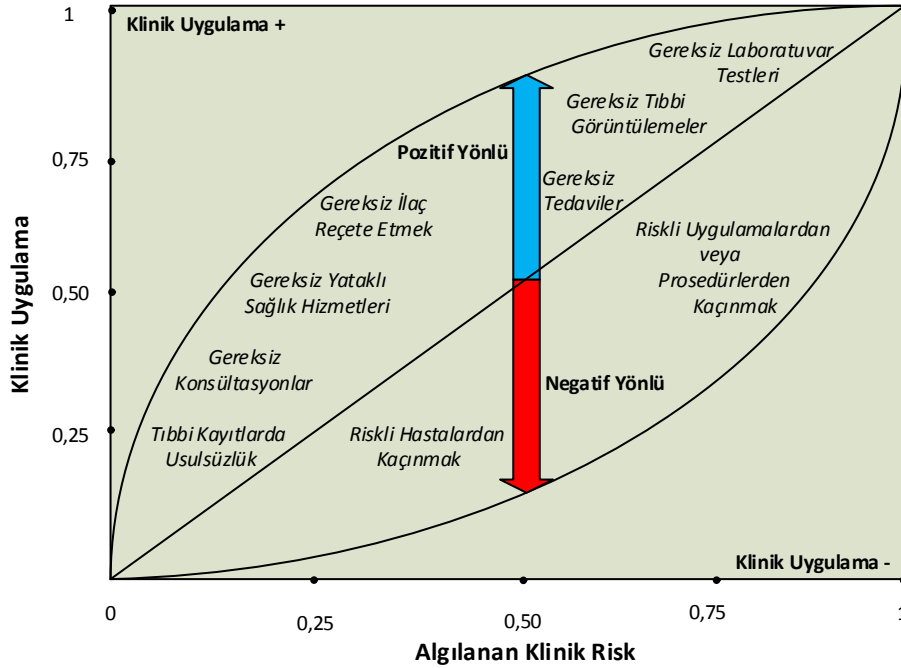
Negatif savunmacı tıp davranışları ise sıklıkla aşağıdaki iki davranış türü ile karakterizedir (Catino 2011):

- Hastalara yarar sağlayabilecek riskli prosedürlerden kaçınmak,
- Tedavilerde riskli hastalardan kaçınmaktır.

Mevcut kanıtlar tıbbi malpraktis endişesinin tanısal testlerin kullanımına ve ilgili maliyetlerin artmasına önemli ölçüde neden olduğunu göstermektedir. Uygun olmayan testlerin yapıldığını belirlemek zordur, çünkü buna karşı doğrudan önlemler yetersizdir (Plebani 2014). Özellikle yüksek riskli hastalıklarda hekimler malpraktis suçlamalarına karşı kendini güvenceye almak için daha çok sayıda ilaç reçete edebilmekte, laboratuvar testleri isteyebilmekte ve/veya tıbbi görüntüleme hizmetlerine başvurabilmektedir. Hekimlerin bu tutumlarının altında yatan en büyük neden çoğunlukla hasta faydası değil, kendilerine yönelik olabilecek malpraktis suçlama risklerini azaltma isteğidir. Bazen hekimler bunu o kadar çok içselleştirmişler ki çoğu zaman sorumluluklarının farkında dahi olmayabilmektedir (Baqir 2014).

Savunmacı tıp yaklaşımı ile sağlık hizmeti kullanımı ilişkisi Şekil 1’de sunulmuştur. Teorik açıdan ele alındığında Şekil 1’deki pozitif yönlü çizgi hekimler tarafından algılanan risklere karşı olması gereken klinik uygulama düzeylerini (yani optimal klinik kararlar ya da uygulamalar), eğrisel çizgiler ise optimal klinik kararlardan ya da uygulamalardan sapma düzeylerini ve yönlerini temsil etmektedir.

**Şekil 1. Savunmacı Tıp Yaklaşımının Klinik Kararlar Üzerine Etkisi**



**Kaynak:** Cournane et al. 2016; Plebani 2014; Catino 2011'nun çalışmalarından uyarlanmıştır.

Hekimler tarafından algılanan klinik risk seviyesi arttıkça genellikle klinik uygulamalarda ve müdahalelerde artma, algılanan klinik risk seviyesi azaldıkça klinik uygulamalarda ve müdahalelerde azalma olmaktadır (Cournane et al. 2016; Maaten et al. 2008). Fakat özellikle hastayla ilgili hekimler tarafından algılanan klinik risk ve endişelerin yüksek olduğu

durumlarda (acil tıbbi müdahaleler hariç) hekimler daha çok savunmacı tıp yaklaşımı eğilimi içinde olabilmektedir. Dolayısıyla savunmacı tıp yaklaşımı hastaların sağlık durumlarına ilişkin hekimlerin daha çok kendilerinden emin olamadığı ve kuşkularının arttığı durumlarda ortaya çıkabilmektedir. Günümüzde hekimlerin tedavi ettiği hastalar ile ilgili algıladığı risk seviyesinin artması kendilerini daha çok tanı, tedavi ya da tıbbi müdahale yapmaya yöneltebilmektedir. Böylece hekimler savunmacı tıp yaklaşımı ile sağlık hizmeti kullanım düzeyini optimalden daha yukarı bir seviyeye taşıyarak daha yüksek düzeydeki bir hastalık riskinde karşılanması gereken sağlık hizmetlerini hastaların ihtiyacı olmamasına rağmen onlara ya uygulamakta ya da uygulatmaktadır. Hekim merkezli temel endişeler aynı olmasına karşın kimi hekimler bunun tam tersi bir tutum içinde olabilmektedir. Hekimlerin hasta ile ilgili algıladığı klinik risk düzeyinin artması normal şartlarda uygulanması ya da verilmesi gereken tanı veya tedavi kararlarını güçleştirebilmektedir. Dolayısıyla hekim hastaların ihtiyacı olmasına karşın gerekli sağlık bakım hizmetlerinin sunulmamasına neden olabilmektedir.

### III. HEKİMLERİ SAVUNMACI TIBBA YÖNELTEN BAŞLICA NEDENLER

Hekimler hasta üzerinde yapacağı ya da yaptığı tıbbi müdahalelerden dolayı birtakım sorunlar yaşama endişesi taşıyabilir ve bu nedenle riskleri en az düzeyde tutacak alternatif yollar deneyebilirler. Bunun altında yatan temel neden çoğu zaman hasta ile ilgili risk faktörleridir. Genel olarak hekimleri savunmacı tıba yönelten başlıca nedenler aşağıda ele alınmıştır (Catino 2011; Studdert et al. 2005; Carrier et al. 2010).

#### 3.1. Tıbbi Dava Endişesi

Malpraktis ihtimali bazen çağdaş doktor-hasta ilişkisini adeta savaş alanına dönüştürebilmektedir. Pek çok hekim her hastaya olası bir uygulama hatası olarak yaklaşırken hastalar ise doktorların kendilerini mali teşvik için kullandıkları bir araç olarak gördüğünü savunabilmektedir. Bu nedenle bazı hastalar sağlık hizmeti aldığı hekimlerine dürüst ya da eksiksiz bilgi vermediği gibi ayrıca hekimlerini yetkili makamlara şikâyet edebilmektedir (Mor, Einy 2012).

Hekimler malpraktis suçlamalarından dolayı yoğun bir endişe yaşayabilmektedir (Thirumorthy 2016). Asher ve diğerleri (2013), kadın doğum doktoru ve jinekologlar üzerinde yaptığı bir çalışmada hekimlerin %97'sinin mesleki uygulamadaki tıbbi ihmallerden dolayı kendilerine dava açılacağı endişesi yaşadığını ortaya koymuştur. Fakat endişe nedeniyle sağlık hizmetinin sunulmaması her zaman için kötü bir sonuç olarak düşünülmemelidir. Bazen malpraktis davası endişesi hekim kaynaklı kusurları/ihmalleri azaltabilir ve hekimleri güvensiz uygulamalardan caydırabilir (Studdert et al. 2004).

#### 3.2. Malpraktis Deneyimi

Tıbbi bakım kalitesi ile hastaların şikâyetleri arasındaki ilişki karmaşıktır. Olumsuz bir olay mutlaka bir şikâyete yol açmaz, diğer taraftan tıbbi bakım standartları sağlanmasa bile herhangi bir şikâyet olmayabilir. Kanıtlar olumsuz tıbbi sonuçların ve şikâyetlerin doktorların ruh halı üzerinde olumsuz bir etkiye neden olduğunu göstermektedir. Şikâyetler doktorların ruh halinin yanında hastaya olan güvenini de etkileyebilmektedir. Olumsuz tıbbi sonuçlar ve şikâyetler hekimlerde öfke, depresyon, suçluluk ve utanma gibi duygusal tepkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Cunningham, Wilson 2011). Ayrıca hekimlerin malpraktis suçlaması ile ilgili yaşadığı maddi ya da manevi kayıplar onların hastalarına yaklaşımını etkileyebilmektedir. Catino (2011) tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin %52'sinin daha önce herhangi bir şekilde malpraktis suçlamasına maruz kalmaları nedeniyle savunmacı tıp uygulamalarını benimsediği ortaya konulmuştur.

### 3.3. Tazminat Talebi Endişesi

Tazminat taraflardan birinin diğerine verdiği zarar nedeniyle ilgili zarara uğrayana ödenen para ya da parasal karşılığı olan nesnedir. Sağlık sektöründe hatalı tıbbi müdahale nedeniyle hekimin cezai ve idari sorumluluğunun yanında ayrıca tazminat sorumluluğu da vardır. Hekimler kazayla (taksirle) öldürme ya da yaralama durumlarında hapis cezası yerine sıklıkla tazminat sorumluluğu altına girmektedir. Hekimin tıbbi müdahale nedeniyle tazminat sorumluluğu altına girmesinin ise dört temel şartı vardır (Hakeri 2016).

**Hukuka Aykırılık:** Başkalarının gerek malvarlığına gerekse şahsi varlığına zarar vermeyi yasaklayan bir hukuk normunun ihlalidir.

**Kusur:** Hukuk düzeni içinde hoş görülme ve kınanan davranış biçimidir. Hekimin tedavi sözleşmesi nedeniyle sorumlu tutulabilmesi için sözleşme ihlalinin yanı sıra ayrıca kusurlu olması gerekir. Hekim kasti ya da ihmali davranışlarından dolayı kusurlu olabilir. Herhangi bir endikasyon olmamasına karşın ücret almak için hastaya verilen zarardan dolayı hekimler kasttan dolayı sorumlu tutulmaktadır. Hekimler bilgi, beceri ve deneyim eksikliklerinden dolayı ise ihmalden dolayı sorumlu tutulmaktadır.

**Zarar:** Sözleşme ihlali veya haksız fiil nedeniyle bir zarar gelmişse o zararın maddi ve manevi karşılığının hekim tarafından karşılanması gerekir.

**Nedensellik Bağı:** Sözleşmenin ihlali veya haksız fiil ile meydana gelen zarar arasında bir neden sonuç ilişkisinin olması gerekir. Hekimin sadece özen yükümlülüğü yetersizliği onu sorumlu yapmaz. Bu ihlalin aynı zamanda hastanın yaralanmasına ya da ölmesine sebebiyet vermesi şarttır.

Analistler doktorların sürekli olarak savunmacı uygulamalara başvurduğunu ve malpraktis davası korkusu nedeniyle yoğun bir baskı hissettiklerini rapor etmektedirler (Studdert et al. 2010; Carrier et al 2010). Zarar görme ve tazminat endişesi hekimlerin hastalarla özellikle etkin iletişim kurma konularında taviz vermesine neden olabilmektedir. Özellikle riskli bir ortamında çalışan ve daha yüksek malpraktis sigortası prim ödemesi yapan hekimler daha düşük malpraktis primi ödeyen hekimlere göre daha düşük kariyer memnuniyetine sahiptir. Yüksek malpraktis primi ödeyen hekimlerin daha çok tanıtılabilir testler yapma ve düşük riskli hastaları kabul etme olasılıkları daha yüksektir (Carrier et al. 2010).

### 3.4. Disiplin Yaptırımları ve İtibar Kaybı Endişesi

Malpraktis konusu üzerinde hekim aleyhine açılan bir dava hekim lehine sonuçlansa bile bu durum hekim açısından bir itibar kaybına neden olabilmektedir. Malpraktis sigortası hekimin ödemek zorunda olduğu tazminatlara karşı bir güvence sağlamaktadır, fakat itibar kaybına karşı herhangi bir güvenceden bahsetmek mümkün değildir (Bernstein 2013). Hekimler kusur ya da ihmalkârlıklarından dolayı idari açıdan kurum içinde maaştan kesme, kademe ilerleme durdurma, lisansını ya da mesleğini kaybetme riski ile karşı karşıya kalabilmektedirler (Resmi Gazete 1965). Bunların dışında hekimler mesleki bilgi ve becerisinden dolayı kendi meslektaşları, iş arkadaşları ve hastaları üzerinde kazandığı itibarı bir tıbbi hata ya da ihmalkârlık yüzünden kolayca kaybetme riski ile karşı karşıyadır.

## IV. SAVUNMACI TIBBA KARŞI ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Tıbbi uygulama hata risklerini azaltmaya yönelik olarak hekim tarafından verilen veya verilmeyen her türlü karar bir dava konusu olabilmektedir. Savunmacı tıbbi karşı birtakım



çözüm önerilerinin geliştirilmesi sağlık bakım sonuçlarının ve kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olabilir (Fрати et al. 2015). Bu bağlamda savunmacı tıba karşı aşağıda ele alınan hususların faydalı olabileceği savunulmaktadır.

#### **4.1. Klinik Uygulama Rehberlerinin Kullanımı**

Sağlık bakım profesyonelleri ve politika yapıcılar tarafından geliştirilen klinik uygulama rehberleri uygun sağlık bakımın sağlanmasına yardımcı olacak içerikte hazırlanmalı ve sistematik olarak geliştirilmelidir. Bu rehberler uzman bir kurul tarafından bilgi, tecrübe ve değerlendirmelere dayalı olarak hazırlandığı zaman daha iyi tıbbi uygulama standartları belirlenebilir ve tedavi bakım standartları karşılanabilir. Klinik rehberler kanıta ve uzlaşmaya dayalı sunduğu bilgiler sayesinde doktorların en uygun tedavi seçeneğini belirlemelerine yardımcı olabilmektedir (Toker ve diğerleri 2004).

Klinik uygulamalar için hazırlanan rehberler kolay ulaşılabilir olmalı, kanıta dayalı bilgileri içermeli ve amaçlanan biçimde kullanılmalıdır. Bu nitelikleri karşılayan bir uygulama rehberi savunmacı tıba karşı etkili bir çözüm yolu sağlayabilir. Fakat belli alanlarda uygulama rehberlerinin uygulanmasının güç olduğu da açıktır. Klinik uygulama rehberleri hastalar için daha iyi tıbbi sonuçların elde edilmesine yardımcı olmasının yanı sıra uygun olmayan tıbbi müdahalelerden vazgeçilmesine, iyatrojenik kazaların azaltılmasına ve savunmacı tıp yaklaşımlarından önemli ölçüde vazgeçilmesine olanak tanımaktadır (Tinica ve diğerleri 2017).

#### **4.2. Kanıta Dayalı Tıp Uygulamaları**

Hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde doğru kararların verilebilmesi için nitelikli ve güncel araştırmalara dayalı olarak sağlık hizmeti sunumu ile ilgili kararların desteklenmesine kanıta dayalı tıp denilmektedir (Köse 2011). Tıp biliminde hekimlerin hasta ihtiyaç ve isteklerinin yanında ayrıca teorik akıl yürütmelerden, klinik uzmanlıklardan, yüksek kalitedeki araştırma ve gözlemsel çalışmalardan elde ettiği kanıtlar kendilerini daha güvenli, daha tutarlı ve daha uygun sağlık bakım hizmeti sağlayan entelektüel bir meslek grubuna dönüştürmektedir (Greenhalgh et al. 2014).

Günümüzde hekimler kanıta dayalı bilgiye erişimde Pubmed, Uptodate, Cochrane, MD Consult ve Medline gibi veri tabanlarını kullanabilmektedir. Bununla birlikte hekimler arasında kanıta dayalı bilgiye erişimi destekleyen mesleki dergiler, kitaplar, klinik uygulama rehberleri mevcuttur. Kanıta dayalı tıp uygulamalarını geleneksel uygulamalardan farklı kılan iki temel neden vardır. Bunlardan ilki kanıta dayalı tıbbın sağlık hizmeti sunumundaki açıklığı/boşluğu doldurarak sağlık hizmetlerine özgü daha faydalı kurallar ve araçlar geliştirilmesini kolaylaştırmasıdır. İkincisi ise kanıta dayalı tıbbın hekimler arasında karşılıklı öğrenmeyi desteklemesidir. Kanıta dayalı tıp uygulamalarını benimseyen ve kullanan bir hekim farklı tedavi seçeneklerinin birbirine karşı üstünlüğünü ve zayıflığını daha net ve bilimsel bir şekilde karşılaştırır, hasta açısından en faydalı olan seçeneği tercih eder. Aynı şekilde kanıta dayalı tıp hastalara da çeşitli alternatifler sunmakta ve onların otonomilerini artırmaktadır (Saygılı ve diğerleri 2013).

Kanıta dayalı tıp hastaların tercih ve değerlerini dikkate alarak hekimler tarafından bilimsel bilginin akıllıca kullanılmasına, hasta beklentileri ile hekimin mesleki uzmanlığının en iyi kanıtla birleştirilmesine, sağlık bakım kararlarının daha dikkatli, şeffaf ve akılcı verilmesine, sistematik araştırmalarla elde edilen en iyi klinik kanıtların klinik uzmanlıklarla bütünleştirilmesine, klinik karar vermede çağdaş araştırma bulgularını daha kolay bulmaya, değerlendirmeye ve bunu temel kaynak olarak kullanmaya imkân sağlamaktadır (Scalise 2004; Saygılı ve diğerleri 2013).

### 4.3. Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası (Malpraktis Sigortası)

Sağlık sisteminde yaşanan sorunlar malpraktis suçlamasına bağlı ceza ve hukuk davaları sayısının artmasına, dava sayısının artması ise hekimler arasında mesleki sorumluluk sigortasının yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Günümüzde hekimler haklı ya da haksız bazen suçlamaların bir tarafı olmalarına karşın, hekimlerin buna karşı edindiği sigorta savunmacı tıp yaklaşımlarını tümüyle ortadan kaldırmamaktadır (Koç 2014). Sağlık sektöründe çalışan hekimler mesleğini icra ederken ortaya çıkabilecek zarara karşı mesleki koruma güvencesi sağlayarak huzur ve güven içinde sağlık hizmeti sunmayı temin etmek için ayrıca malpraktis sigortası olarak da bilinen “hekim mesleki sorumluluk sigortası” ile kendilerine koruma sağlamaktadır (Yıldırım 2015). Bu sigortanın olmaması hekimlerin hasta üzerinde medikal uygulamalarla ilgili hata yapma endişelerini artırmaktadır. Bu sebepten dolayı bazı hekimler sağlık hizmeti sunmaktan vazgeçmekte bazen de gerekli olmasa dahi kendini güvenceye almak için daha fazla sağlık hizmeti sunmaktadır. Bunun altında yatan nedenler ise çoğu zaman tazminat ödemekle karşı karşıya kalma endişesidir. Bu yüzden hekimler düzenli prim ödemesi yapma karşılığında malpraktis sigortasına sahip olmaktadır. Malpraktis sigorta şirketleri hekimlerin malpraktis suçlamaları ile karşılaştığında onları savunmakta ve onlar adına tazminat ödemelerini gerçekleştirmektedir.

Türkiye’de 16.03.2006 tarih ve 26110 sayılı kanunda hekimler için genel mesleki sorumluluk sigortası zorunlu değildi. Fakat zamanla tıbbi uygulamalardaki kusur ve zararlara yargı makamlarının verdiği cezaların ödenmesi noktasında birtakım zorluklar yaşanmıştır. Bu sebeple tıbbi kötü uygulamaya ilişkin sorumluluk sigortası 1219 sayılı Kanun’a 21.01.2010 tarihli ve 5947 sayılı Kanun ile eklenen Ek 12. Maddesi ile zorunlu hale gelmiştir. Bu kanunla kamuda, özel sektörde ve mesleklerini serbest olarak icra eden hekimlere sigorta yaptırma zorunluluğu getirilmiştir (Yalçın, Şahin 2017). Zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının kapsamını hekimin uzmanlık alanı, risk faktörleri ve prim miktarı gibi değişkenler belirlemektedir. Hekimlerin mesleki faaliyetleri neticesinde ortaya çıkan ihmal veya kusurlu davranışları sigorta kuruluşlarına ödenmesi gereken prim miktarını etkilemektedir (Koç 2014).

### 4.4. Çağdaş Hekim-Hasta İşbirliğinin Geliştirilmesi

Doktor-hasta ilişkisi hastalığın tanı ve tedavisinde yüksek kalitede sağlık hizmeti sağlanması açısından sağlık bakım uygulamalarının merkezi bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Hasta-hekim ilişkisi neticesinde hastanın acıları, eğilimleri, duyguları, yanlış sağlık inançları ile gizli çoğu sağlık sorunu açığa çıkarılabilmektedir. Bu etkileşim hastanın yaşam kalitesini ve sağlık durumunu önemli ölçüde artırabilmekte, doğru tıbbi müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlayabilmektedir. Hekim ile hasta arasındaki paylaşılan değerler ve hastalık ile ilgili beklentiler ne kadar açık olursa hastalığın teşhisindeki doğruluk payı da aynı şekilde artabilmektedir (Agarwal et al. 2017).

Hastalar sağlık hizmetleri sunumunun kapsamı ve içeriği hakkında detaylı bilgilere sahip değildir. Ayrıca hastalar tedavilerin şekli ve içeriği hakkında çoğu zaman yönlendirici konumda değildir. Bu yüzden sağlık hizmeti sunumunda hasta ile hekim arasında vekâlet sözleşmesi vardır. Vekâlet sözleşmesinin olması hekimlerin hastalar üzerinde istediği tüm tıbbi uygulamaları özgürce yapması anlamına gelmemektedir. Hekimler hastaların kendisine verdiği onam çerçevesinde yasaların öngördüğü tüm sağlık hizmeti beklentilerini karşılamakla yükümlüdür (Yıldırım ve diğerleri 2009). Bu noktada geliştirilecek ideal hekim ile hasta etkileşimi birçok açıdan sağlık bakımının sürekliliğine ve etkili bir sağlık bakım hizmetinin gelişimine katkı sağlayabilmektedir (Kerse et al. 2004). Çağdaş hekim-hasta ilişkisi doktorların tıbbi bilgi ve becerilerine bağlı olduğu kadar ayrıca hastanın katılımına da

bağlıdır. Bu nedenle hekim hasta ilişkisinin başarılı olması için hem hekim hem de hasta kendi kişisel rollerinden haberdar olmalı ve onun için gerekli adımları atmalıdır. Bu noktada hekimlerin hastalıkların yönetimi ve tedavisi ile ilgili yenilikçi tedavileri ve alternatifler tıbbi uygulamaları araştırması gerekmektedir (Chertoff 2015).

#### 4.5. Düzenli Tıbbi Kayıtlar

Tıbbi kayıtların olumsuz olayları önleme ve sağlık bakım maliyetlerini azaltma potansiyelinin yanında ayrıca malpraktis dava risklerini azaltma özelliği vardır (Virapongse et al. 2008). Genelde tıbbi uygulama hatası ile ilgili mevzuatlar hastaları koruyan, standart dışı davranışları engelleyen ve ilgili mağdurlara tazminat ödenmesini sağlayan önemli bir mekanizma olarak kullanılmaktadır. Tıbbi uygulama hatası davalarında bakım standartlarının karşılanması kriteri dava sonuçlarını doğrudan etkileyen önemli bir göstergedir. Hasta dosyaları üzerinde hangi bakım standartlarının hastalara uygulandığını belirlemek tıbbi uygulama hatası davalarında hekimlerin lehine ya da aleyhine karar verilmesinde temel ölçüt olarak kullanılmaktadır (Wegman et al. 2012).

Tıbbi kayıtlar arasında kuşkusuz en önemli belgelerden biri hasta onam (rıza) formudur. Onam formu ile tıbbi uygulamaların her bir aşaması için hasta rızasının alınması şikâyet riskini azaltabilir. Hastanın rızası alınmadan kendisine yapılan hiçbir müdahale yasal değildir. Ayrıca alınan bu rızanın müdahalenin riski, başarı oranı, alternatif tedavi yöntemleri hakkında aydınlatıcı nitelikte olması gerekir. Hastanın yaşının küçük ya da hastanın mahcur olması durumunda velisinden ya da vasisinden rıza alınması gereklidir. Hastanın velisinin, vasisinin ya da sağlıklı karar verme ehliyetinin olmadığı durumlarda herhangi bir hasta rızası aranmaz. Vekâlet verilmeyen ancak tıbbi müdahale gerekli olduğu bazı durumlarda ise mahkeme kararı gerekmektedir. Hastanın durumunun kritik veya hayati tehlikesinin olduğu durumlarda mahkeme kararı beklenmeyebilir (Duysak 2018).

Tıbbi kayıtlar hatalı uygulama iddialarına karşı delil niteliğindedir. Hekimler savunmalarını çoğu zaman bu delillere dayalı olarak yapmaktadır. Özellikle mahkemelere intikal eden davalarda ve adli raporların hazırlanmasında tıbbi kayıtların önemi büyüktür. Tıbbi kayıtlar hekimler için önemli olduğu kadar ayrıca hastalar için de önemli bir husustur. Hasta üstünde yapılan medikal işlemlerin açık bir şekilde kayıt altına alınması sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlar. Bununla birlikte doğru, düzgün, düzenli ve eksiksiz tutulan tıbbi kayıtlar yargısal süreçte tarafların (hasta ya da hekim) haklılık durumlarının açığa çıkarılmasına imkân tanır. Dolayısıyla tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz tutulması ve ayrıca uygun şartlar altında sağlık kurumunda muhafaza edilmesi önemlidir.

## V. TARTIŞMA

Yapılan çok sayıda çalışmada savunmacı tıp modern tıbbi bakıma karşı bir risk faktörü olarak değerlendirilmekte ve yine çok sayıda rapora göre çoğu doktor savunmacı tıbbi ya uygulamış ya da uygulamaktadır (Zhu, Lang 2018; He 2014). Zhu ve Lang (2018)'a göre savunmacı tıp tek ya da belirli bir ülkenin, ekonominin, ideolojinin veya kültürün sorunu değil, dünya çapında bir sorundur. Studdert ve diğerleri (2005) ABD'de savunmacı tıbbin yaygınlığını saptamak için 824 hekim üzerinde bir çalışma yürütmüştür. İlgili çalışmada hekimlerin %92'sinin tıbbi dava korkusu nedeniyle tanısal test istediği, %43'ünün ise yüksek riskli hastalardan kaçındığı ortaya konulmuştur. Ayrıca savunmacı tıbbi sadece klinik fayda ya da zarar noktasında incelememek gerekir. He (2014)'ye göre tıbbi hata korkusu hekimlerin hasta üzerindeki inisiyatif duygusunu en aza indirgeyerek beklenen faydaya karşı daha büyük tıbbi maliyetlerle karşı karşıya kalmaya neden olabilmektedir. Örneğin, sağlık sonuçları açısından sezaryen ile doğum yöntemi ile normal doğum yöntemi arasında önemli bir farklılık olmamasına karşın hekim kaynaklı nedenlerden dolayı çoğu zaman sezaryen ile

doğum yöntemi tercih edilebilmektedir. Bu durum ise sağlık sistemi üzerinde önemli bir mali yük oluşturabilmektedir (He 2014). Jackson Healthcare (2011) tarafından hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada ABD'deki hekimlerin savunmacı tıp yaklaşımı ülkenin toplam sağlık harcamasının yaklaşık %34'ünü oluşturduğu tespit edilmiştir.

Chiozza ve Ponzetti (2009), savunmacı tıbbın yüksek düzeyde kullanılmasının başlıca bir sonuç olarak kabul edilmemesini, bunun yerine problemin çözümü için bir hareket noktası olarak kabul edilmesi gerektiğini, özellikle hastalık tanı ve tedavi aşamalarında hekimler tarafından da hata yapabileceği gerçeğinin göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Cunningham ve Wilson (2011) ABD, İngiltere ve Avustralya gibi farklı kültürlerdeki hekimler üzerinden elde ettiği bulgulardan yola çıkarak doktorların savunmacı tıp ile ilgili tutumlarının altında yatan gerçeğin dış faktörlerden çok hekimin kendisinden kaynaklandığını bulmuştur. Aynı çalışmada tıbbi hataların hekimlerde mesleki açıdan utanma ve yetersizlik duygusunun artmasına neden olduğu saptanmıştır. Tıbbi hataların hekimlerin kendisinden kaynaklanması, problemin kendisinin hekim olduğu anlamı taşımamaktadır. Çok sayıda bilimsel bulgu hastalar üzerindeki tıbbi hata kaynaklarının çoğunun mesleki profesyonelleşme seviyesinden çok diğer faktörlerden (sistemsel ya da yönetsel nedenler) kaynaklandığını göstermektedir (Karataş, Yakıncı 2010; He 2014; Cunningham, Wilson 2011). Top ve diğerleri (2008)'ne göre tıbbi hataları azaltmak ve hekimlerin mesleki açıdan daha üst seviyeye ulaşmasını sağlamak için tıp fakülteleri arasında eğitim standartlarının sağlanması, hekimlerin üzerindeki iş yüklerinin gözden geçirilmesi ve tükenmişlik veya bitkinlik duygularını ortadan kaldıracak maddi ve manevi özendiricilerin harekete geçirilmesi gerekmektedir. Karataş ve Yakıncı (2010)'ya göre ise insan faktörü tıbbi hataların başlıca üç temel nedeninden sadece biridir. Yetersiz eğitim, iletişim sorunu ve tartışmacı kişilik yapısı gibi kişisel faktörlerin yanında ayrıca organizasyon yapısı, kurumsal politikalar, idari yapı, kurum içinde personelin yanlış dağılımı, yöneticilerin kurum çalışanlarına karşı yetersiz ilgisi ve desteği tıbbi hatalara neden olabilmektedir.

## VI. SONUÇ

Tıbbi hata ve malpraktis endişesi hekimlerin mesleki deneyim kazanmasını ve bireysel öğrenme sürecini güçleştirebilmektedir. Bireysel düzeydeki öğrenme durumlarındaki yaşanan sorunlar sonrasında örgütsel öğrenmeyi ve paylaşmayı olumsuz etkileyebilmektedir. Buna karşı olarak organizasyon düzeyinde klinik uygulama rehberlerinin kullanılması, kanıta dayalı tıp uygulamalarının sağlık kuruluşlarının tümü üzerinde yaygınlaştırılması, malpraktis sigortasının teşviki, çağdaş hasta-hekim işbirliği ile tıbbi kayıtların düzenli tutulması konularında kültürel bir dönüşüm sağlanmalıdır. Bu kültürel değişim tüm örgüt üyelerinin davranışları üzerinde olumlu bir etki oluşturabilmesi açısından örgütün üst yönetiminden başlaması ve desteklenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda malpraktis konuları üzerine ulusal düzeyde reformlar sağlanarak hem sağlık hizmeti kalitesi daha da iyileştirilebilir hem de tıbbi uygulama ve genel sağlık hizmetleri maliyetleri düşürülebilir. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi için tıbbi hatalar başlıca bir neden değil, bir sonuç olarak ele alınmalı ve incelemelidir. Ayrıca tıbbi hataların önlenmesi için insan faktörünün anlaşılması, hataların altında yatan yapısal sorunların tespit edilmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Agarwal A. K. and Sharma A. (2017) Patient-Physician Relationship; A Keystone of Care in Emerging Health Care System. **Psychology and Behavioral Science International Journal** 2(2): 1-7.

2. Asher E. D., Seidman D. S., Greenberg-Dotan S., Kedem A., Sheizaf B. and Reuveni H. (2013) Defensive Medicine Among Obstetricians and Gynecologists in Tertiary Hospitals. **Plos One Journal** 8(3): 1-5.
3. Ayrancı Y. (2008) Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. **Selçuk Üniversitesi, Doktora Tezi**, Konya.
4. Baqir S. M. (2014) Pakistan Cannot Afford Defensive Medicine. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan** 24(10): 703-704.
5. Bean J. R. (2016) Defensive Medicine: A Game in Which Perception Trumps Reality. **World Neurosurgery** 90: 646-647.
6. Bernstein J. (2013) Malpractice: Problems and Solutions. **Clinical Orthopaedics and Related Research** 471(3): 715-720.
7. Bogner M. S. (2018) **Human Error in Medicine**. CRC Press, USA.
8. Carrier E. R., Reschovsky J. D., Mello M. M., Mayrell R. C. and Katz D. (2010) Physicians' Fears of Malpractice Lawsuits are not Assuaged by Tort Reforms. **Health Affairs** 29(9): 1585-1592.
9. Catino M. (2011) Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side-Effects of Medical Litigation. **Safety Science Monitor** 15(1): 1-12.
10. Chertoff J. (2015) The Evolving Physician-Patient Relationship: Equal Partnership, More Responsibility. **Quality in Primary Care** 23(1): 1-3.
11. Chiozza M. L. and Ponzetti C. (2009) FMEA: A Model for Reducing Medical Errors. **Clinica Chimica Acta** 404(1): 75-78.
12. Cournane S., Byrne D., O'Riordaii D., Fitzgerald B. and Silke B. (2016) The Relationship Between Resource Utilization, Clinical Risk and Hospital Costs for Emergency Medical Admissions. **Acute Medicine Journal** 15(1): 7-12.
13. Cunningham W. and Wilson H. (2011) Complaints, Shame and Defensive Medicine. **BMJ Quality & Safety** 20(5): 449-452.
14. Duysak M. (2018) **Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu**. [http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/hgd\\_makale/2009-3/5.pdf](http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/hgd_makale/2009-3/5.pdf) (Erişim Tarihi: 21.06.2018)
15. Frati P., Busardò F. P., Sirignano P., Gulino M., Zaami S. and Fineschi V. (2015) Does Defensive Medicine Change the Behaviors of Vascular Surgeons? A Qualitative Review. **Biomed Research International** 170692: 1-5.
16. Greenhalgh T., Howick J. and Maskrey N. (2014) Evidence Based Medicine: A Movement in Crisis? **British Medical Journal** 348: 1-7.
17. Grober E. D. and Bohnen J. M. (2005) Defining Medical Error. **Canadian Journal of Surgery** 48(1): 39-44.
18. Hakeri H.(2016) **Tıp Hukuku**. Seçkin Yayıncılık, Ankara.

19. Hawley K. (2018) **Trust and Distrust between Patient and Doctor.** <https://www.standrews.ac.uk/~kjh5/OnlinePapers/TrustDistrustPatientDoctor.pdf> (Erişim Tarihi: 19.06.2018)
20. Hiyama T., Yoshihara M., Tanaka S., Urabe Y., Ikegami Y., Fukuhara T. and Chayama K. (2006) Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Japan. **World Journal of Gastroenterology** 12(47): 7671-7675.
21. Hogan N. C. (2003) **Unhealed Wounds: Medical Malpractice in the Twentieth Century.** LFB Scholarly Publishing LLC, Texas.
22. Jackson Healthcare (2011) **Physicians Sound off on the High Price of Defensive Medicine in United States.** Alpharetta, USA.
23. Karataş M. ve Yakıncı C. (2010) Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. **Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi** 17(3): 233-236.
24. Kerse N., Buetow S., Mainous A. G., Young G., Coster G. and Arroll B. (2004) Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. **The Annals of Family Medicine** 2(5): 455-461.
25. Koç S. (2014) Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. **Toraks Cerrahisi Bülteni** 5(1): 14-22.
26. Köse E. (2011) Tıp Akademisyenlerinin Kanıta Dayalı Bilgi Gereksinimleri ve Bilgi Arama Davranışları. **Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
27. La Pietra L., Calligaris L., Molendini L., Quattrin R. and Brusaferrò S. (2005) Medical Errors and Clinical Risk Management: State of The Art. **Acta Otorhinolaryngologica Italica** 25(6): 339.
28. Liang B. A. (2002) A System of Medical Error Disclosure. **British Medical Journal Quality & Safety** 11(1): 64-68.
29. Maaten S., Kephart G., Kirkland S. and Andreou P. (2008) Chronic Disease Risk Factors Associated with Health Service Use in the Elderly. **BMC Health Services Research** 8(237): 1-9.
30. Mor S. and Einy O. R. (2012) Relational Malpractice. **Seton Hall Law Review** 42: 601-642.
31. Odabaşı A. B. ve Tümer A. (2006) Çekinik (Defansif) Hekimlik: Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike. **Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi** 8(4): 55-59.
32. Özer Ö., Taştan K., Set T., Çayır Y. ve Şener M. T. (2015) Tıbbi Hatalı Uygulamalar. **Dicle Tıp Dergisi** 42(3): 394-397.
33. Panthöfer S. (2016). **Do Doctors Prescribe Antibiotics Out of Fear of Malpractice?** <https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1631.pdf> (Erişim Tarihi: 06.05.2018)

34. Plebani M. (2014) Defensive Medicine and Diagnostic Testing. **Diagnosis Journal** 1(2): 151-154.
35. Reisch L. M., Carney P. A., Oster N. V., Weaver D. L., Nelson H. D., Frederick P. D. and Elmore J. G. (2015) Medical Malpractice Concerns and Defensive Medicine: A Nationwide Survey of Breast Pathologists. **American Journal of Clinical Pathology** 144(6): 916-922.
36. Resmi Gazete (1965) **Devlet Memurları Kanunu**. Kabul Tarihi: 23.07.1965, Sayı: 12056.
37. Saygılı M., Kaya S., Songur C. ve Özer Ö. (2013) Aile Hekimlerinin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarını Kullanım Durumları ve Bilgi Arama Davranışları. **SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi** 4(3): 104-110.
38. Scalise D.(2004) Evidence Based Medicine. **Hospital&Health Network** 78(12): 32-37.
39. Shapiro S. A., McGarity T. O., Vidargas N. W. and Goodwin J. (2012) **The Truth About Torts: Defensive Medicine and the Unsupported Case for Medical Malpractice'Reform'**. <http://www.progressivereform.org/articles/MedMalMyths1203.pdf> (Erişim Tarihi: 01. 06. 2018)
40. Studdert D. M., Mello M. M. and Brennan T. A. (2010) Defensive Medicine and Tort Reform: A Wide View. **Journal of General Internal Medicine** 25(5):380–381.
41. Studdert D. M., Mello M. M. and Brennan T. A.(2004) Health Policy Report: Medical Malpractice. **The New England Journal Of Medicine** 350 (3): 283-292.
42. Studdert D. M., Mello M. M., Sage W. M., Des Roches C. M., Peugh J., Zapert K. and Brennan T. A. (2005) Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. **Journal of the American Medical Association** 293:2609–2617.
43. Thirumoorthy T. (2016) **Defensive Medicine-The Need for Re-imagination of Our Medical Litigation**. <https://www.sma.org.sg/UploadedImg/files/Publications%20%20SMA%20News/4802/CMEP.pdf> (Erişim Tarihi: 01. 06. 2018)
44. Tinica G., Tomaziu-Todosia M., Tomaziu-Todosia G. C., Christol R. O., Bulgariu-Iliescu D. and Furnica C. (2017) “Defensive Medicine: Myths and Realities”. In Ignatescu C., Sandu A. And Ciulei T. (Eds.) **Rethinking Social Action Core Values in Practice**, pp: 898-910. Lumen Proceedings, Romania.
45. Toker A., Shvarts S., Perry Z. H., Doron Y. and Reuveni H. (2004) Clinical Guidelines, Defensive Medicine, and the Physician Between the Two. **American Journal of Otolaryngology** 25(4): 245-250.
46. Top M., Gider Ö., Taş Y. ve Çimen S. (2008) Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. **Haccettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 11(2): 161-200.
47. TTB (2012) **Hekimlik Meslek Etiği Kuralları**. [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h\\_etikkural.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf) (Erişim Tarihi: 20.06.2018)

48. Virapongse A., Bates D. W., Shi P., Jenter C. A., Volk L. A., Kleinman K., Sato L. and Simon S. R. (2008) Electronic Health Records And Malpractice Claims in Office Practice. **Archives of Internal Medicine** 168(21): 2362-2367.
49. Wegman B., Stannard J. P. and Bal B. S. (2012) Medical Liability of the Physician in Training. **Clinical Orthopaedics and Related Research** 470(5): 1379-1385.
50. Yalçın H. ve Şahin A. (2017) Sorumluluk Hukuku ve Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 26(2): 45-56.
51. Yıldırım A., Aksu M., Çetin İ. ve Şahan A. G. (2009) Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. **Cumhuriyet Tıp Dergisi** 31(4): 356-366.
52. Yıldırım İ. (2015) Tıbbi Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası. **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** 6(3): 121-129.
53. Yılmaz A. (2012) “Hasta Güvenliği”. **Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi**, İçinde: Kaya S. (Ed.) ss: 212-232. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
54. Zhu L., Li L. and Lang J. (2018) The Attitudes Towards Defensive Medicine among Physicians of Obstetrics and Gynaecology in China: A Questionnaire Survey in a National Congress. **British Medical Journal** 8(2): 1-7.