

## Bölüm 29

### SESSİZ MANİFESTO: DEFANSİF SEZARYEN VE TIP

Mustafa KURT<sup>1</sup>

Defansif tıp(DT) gelecekteki olası soruşturma ve kovuşturmayaya maruziyetten sağlık mesleği uygulayıcısının kendini koruma amaçlı uyguladığı tutum ve davranışlardır. Burada korunan hasta değil bizzat hekimin kendisidir. Yani DT bir tıp dalı değil herhangi bir tıp dalının uygulanma şeklidir. Google scolar'da arama yapıldığında defansif tıp kelimesine yer veren ilk yazının 1936 yılına ait olduğu görülecektir (1). İkinci yazı ise 1938'de ortopedistleri konu alan bir yazıdır. Yayın sayısı 1970'e kadar yılda bir veya hiç yokken bu yıldan sonra ivme kazanmış ve 1972'de 31 yayın yapılmış. Önceleri koruyucu hekimlik anlamında da kullanılsa da medya ve hukukçuların çabaları ile artan dava sayıları nedeniyle hekimin kendini korumaya aldığı bir tutuma verilen isim olmuştur (2). Dolayısıyla bu konu hakkında literatüre katkı sunanlar hekimler kadar atıfa layık görünen çalışmalarıyla hukukçular ve ekonomistlerdir de.

Hindistan pratiğinde ise DT hekimlere karşı şiddet ve kamu ve hükümetin desteğinin olmaması nedeni ile gerçekleşmektedir. Ülkemizde de hekim derneklerinin iddiaları bu yöndedir. Ancak ülkemizde hükümet sağlık çalışanına fiziksel ve şiddeti önlemek için birtakım adımlar atmış bulunmaktadır (3).

DT'yi anlamak için malpraktisin ne olduğunun da anlaşılması gerekmektedir. Malpraktis kavramı, Türk Tabipler Birliği tarafından; bilgisizlik, deneyimsizlik ya da hatadan ötürü hastanın zarar görmesi olarak tanımlanmıştır (4). Yurtdışı kaynaklarda ise mesleki görevi ihmal veya yaralanma, kayıp veya hasarla sonuçlanan profesyonel hizmetler sunan birinin (bir doktor gibi) olağan bir mesleki beceri veya öğrenme derecesini uygulamaması şeklinde sözlüğe geçmiştir (5).

Yani global anlamda malpraktis, zararın hekim de dahil olmak üzere fiilde bulunan veya yapması gereken fiilde bulunmayan meslek erbabının karar veya eylemlerinin o mesleği yapan herhangi birinin durumu göze alınarak malpraktis olup olmadığının tayin edilmesi gerekmektedir. Burada global anlamda malpraktis hekim bilimin tüm gereklilerini uygulamakla yükümlüdür diyen Türk hukuk sisteminden farklılık göstermektedir.

Defansif tıp hekimlik mesleğinin fakültede öğretilen bir dalı değildir.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Hitit Üniversitesi/Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, dr\_mustafa06@hotmail.com

Yapılan bir çalışmada kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının(KDU) DT'den herhangi bir branştan herhangi bir klinisyene göre 10 kat daha fazla etkilendiği sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada SCOPUS veritabanında “defansif tıp”, jinekoloji ve obstetrik kelimelerinin başlık abstrakt veya anahtar kelime olarak geçtiği yayınlar taranmış. Anahtar kelimelerin kullanılma sayılarından hareketle yoğunluğun obstetri, sezaryen, infant kelimelerinde olduğu anlaşılmaktadır. Yani KDU'ların en çok defansif yaklaştıkları konular bu kelimelerdir. Aynı çalışmada ülkemizde şu an için güncel bir yaklaşım ve fikirsel ayrılık konusu olan Down sendromu kelimesine ise 1 kez rastlanmış (6). Türkiye'de özellikle son dekatta her akademik titrden branşı bırakan kadın doğum hekimleri, artan sezaryen oranları “ki buna hastaların da devlet hastanelerinde normal doğuma yönlendirilmelerine rağmen tepkisel olarak sezaryene meyletmelerinin de katkısı vardır”, gittikçe artan sayıda hekimin ürojinekolojik, laparoskopik ameliyatlardan ve tekrarlayan sezaryenden kaçınmaya çalışması, uzmanlık sınavında en zor girilen ihtisas dallarından biri iken kadın doğumun bazı klinikler haricinde diğer branşlardan puan olarak daha geriye düşmesi defansif tıp uygulanmasının artışı ile paralel seyretmiştir.

Down sendromu ile ilgili medyada çıkan haberler olsun, doğum komplikasyonları olsun hastaları diğer branşlardan farklı olarak bir değil iki kişi olan(anne ve bebek) KDU'ları pratiklerinde defansif sezaryene(defansif C-S)'ye yönelmişlerdir. Defansif C-S KDU'nun tek defansif yönelimi de değildir. Menopoza girmiş hastalardan gebelik testi istemek, guidelinelara aykırı şekilde fazladan antibiyotik kullanmak, hospitalizasyonu uzun tutmak, yine hastaya guidelinelara aykırı şekilde anti RH antikorunu uygulamak, koterin gereksiz kullanımı gibi örnekler de mevcuttur. Ancak DT'nin kadın sağlığında en çok ve dramatik görüldüğü alan ve de yayınlara en çok yansımış olduğu alan da defansif C-S oranlarıdır.

İkisi de OECD ülkeleri olan Türkiye ve İsrail'in son dekattaki sezaryenle doğum oranları sırasıyla % 53 ve 15'lerdedir. Ve bu oranları endikasyonlarla açıklamak mümkün değildir. Günümüz tıp ilminin lideri olan USA'de (Amerika Birleşik Devletleri) ise bu oran % 32'lerdedir.

1987'de USA'da obstetri pratiğini terk ederek toplumun belli bir kesimini bu hizmetten yoksun bırakan kadın doğum uzmanlarının, aile hekimlerinin ve ebe-lerin mevcudiyeti medyada da konu olmuş ve obstetrik alanda sorunun mutlak olduğu kabul edilmiştir (7).

Doğum uzmanlarının  $\frac{3}{4}$ 'ünün en az bir kere dava edildiği, doğum uzmanlarının ayrıca primlerinin diğer doktorların ortalamasının 2 katından yüksek olduğu, bazı doğum uzmanlarının sigorta bedelini aşan tazminatlar nedeni ile güvence-

siz kaldığı Amerikan literatürüne yansımış (8). Dahası Amerikan sağlık hizmeti çalışanlarını etkileyen sorumluluk-bağlantılı hastalıkların görülmeye başlanması, doğum uzmanı, ebeler ve aile hekimlerden obstetri pratiğini bırakanlar olması, ve bu durumun bazı kesimleri özellikle de düşük gelir seviyesindeki hastaların her hastaneye başvuramayacak ve gebeliklerinin diğerlerine nazaran daha riskli geçtiği bilinen kesimi etkileyecek olması devlet kurumlarını KDU'lardaki DT davranışının akut bir sorun olduğuna ikna etmiş (9). Burda dikkatlerden kaçmaması gereken nokta, hedefin hukuk adına bir düzenleme değil de hasta adına pozitif ayrımcılık düşünülmesi ve ana hedefin azlık arzeden doğum hizmeti çalışanlarının mesleklerini yapabilmelerinden veya keyifle yapabilmelerinden ziyade çokluk arzeden hasta yararına pozitif ayrımcı düzenleme yapılmasıdır.

Doktorların medikal yardım kapsamındaki ve diğer düşük gelirli kadınların bir malpraktis davası açma olasılığının daha yüksek olduğunu düşündüklerine dair kanıtlar bulunmuş. İlaveten düşük sosyoekonomik düzeydeki hastaların gebeliklerinin riskli geçme olasılığı da yüksek. Tüm bunların doğum uzmanlarını medikal yardım kapsamındaki ve düşük gelir düzeyindeki hastalara karşı daha defansif davranmaya yönelttiği görülmektedir (8-9). Defansif C-S olası bir davadan veya olası bir olumsuz sonuçtan kaçınmak için açık bir tıbbi endikasyon olmadığında hekimin doğum yöntemi olarak sezaryen yapmasıdır. Bununla beraber hastanın isteği ile sezaryen yapmak ise makul bir eylemdir (10). Anne isteği ile yapılan sezaryenin vajinal doğuma üstünlüğüne dair herhangi tıbbi kanıt yoktur. Bu nedenle bu vakalar bireyselleştirilmelidir.

Sezaryen oranları ülkelerin gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak tüm dünyada artmaktadır. Artmış sezaryen oranları belki de kadın doğumcunun pratiğinde defansif tıbbin ilk etkilediği rakamlardan biridir. 2021'de İtalya'da 600 kadın doğum uzmanı ile yapılan çalışmada DT'nin hekimlerin doğum pratiklerini etkilediği bildirilmiştir. Sezaryen oranlarında 2017 tarihi itibarıyla 34 OECD ülkesi içinde 100 canlı doğum başına Türkiye %53.1 ile ilk sırada yer almaktadır. Listenin başında sırayla Türkiye, Meksika, Şili, Kore, Polonya, Macaristan, İtalya bulunurken listenin sonunda İsrail, Norveç, İzlanda, Hollanda, Finlandiya gibi Kuzey ülkeleri bulunmaktadır. Aynı istatistikte tüm OECD ülkelerinin C-S ortalaması 28.1'dir. Dünyada ise sırası ile Dominik Cumhuriyeti, Mısır, Brezilya ve Türkiye sıralamanın başlarındadır. Aslında sezaryen oranlarındaki değişkenlik multifaktördür. Kore yada USA'de bu oran yüksek çıkarken İsrail de güney'de yerleşimli bile olsa düşük çıkmaktadır. Brezilya'da yapılan bir çalışmada kadın doğum uzmanlarına hiç dava edilip edilmedikleri ya da dava edilen birisini tanıyıp tanımadıkları sorulmuş. Katılanlardan % 80'i daha önce dava edilmiş veya dava edilen birini tanıyormuş. Doğum uzmanlarına karşı dava sayılarının yüksek olduğuna

dair algısı olanların bu tür algısı olmayanlara göre sezaryen oranlarının 6 kattan daha fazla etkilendiği sonucuna varılmış. Ve bu çalışmada defansif tıbbın Brezilya'daki sezaryen oranlarının artmasında öneminin takdir edilmesi ve politikalar geliştirilmesi gereği vurgulanmış (12). Brezilyalıların bu çalışmasındaki dava edilen tanıdığı olanların DT'ye eğilimlerinin olması toplu histerik davranış tarzını andırmaktadır. Romanya'da yapılan bir anket çalışmasında KDU'ların %69.9'u defansif sezaryen yaptıklarını söylerken, %86.3'ü malpraktis suçlaması riskinin KDU'nun doğum şekline karar vermesinde etkili olduğunu belirtmiş. %82.2'si ise kadınların doğum şekline karar vermesinde yetkin olmalarını savunmuş (10) .

USA'de yapılan retrospektif bir çalışmada ise soruşturma geçirmenin Amerika'lı hekimlerin primer sezaryen oranlarını değiştirmedeği öte yandan sezaryen sonrası normal doğum oranlarını ise hafifçe etkilediği bulunmuş (13).

Buraya kadar C-S oranlarına defansif tıptan bakmaya çalıştık. Peki sağlık sunucusunun kendisini olası davadan korumak için geliştirdiği bu davranışlarda yargı mekanizmasının payı yok mu?

DT'nin gözden kaçmaması gereken 3. ayağı ise hasta ve hekim ile beraber yargı mekanizmasıdır. Ülkelerin yasaya bağlılıkları hekimlerin DT geliştirmesinde etkili olabilir mi? Yukarıdaki çalışmada KDU'ların doğum yöntemi hakkındaki davranışlarının USA'de çok az etkilendiği belirtilmişti. USA'nın yasa ile yönetilme indeksinde(WJP) de 27. sırada olduğunu belirtmekte fayda var. Sezaryen sıralamasında en düşük oranlara sahip olan Danimarka, Norveç, Finlandiya, ve İsveç sırayla yasanın üstünlüğü indeksinde ilk 4'ü paylaşıyorlar. İsrail ise bu sıralamada belli sebeplerden ötürü başlarda değil (14). Küresel olarak 139 ülkeyi değerlendiren bu indexte Brezilya listeye 77. sıradan girebiliyorken Romanya 41. sıradan girmiş. Yani yargı mekanizmalarının veya yargılama sonuçlarının tahmin edilebilir olduğu ülkelerde DT hekimin doğum yöntemi konusundaki kararlarını diğerleri kadar etkilemiyor olabilir.

Sıkça duyduğumuz okuduğumuz malpraktisi açıklamak gerekmekte. Malpraktis öngörülemeyen ve önlenemeyen neticeler demek olup sorumluluk doğurmaktadır. Önlenemeyen vasfının bir yere kadar üstünde konsensusa varılabilse de önlenemeyen sonuçlar kişiden kişiye değişebilmektedir. Ya da hekimin tedavisini üstlendiği hastanın başına gelebilecek olayları öngörememesi ne kadar kabul edilebilir?

Defansif tıp iki şekilde gerçekleşmektedir. Garantici davranış ve kaçınmacı davranış. Hekim garantici davranışta yan etkileri azaltmak ve potansiyel davacı olarak gördüğü hastanın dava açmasının önüne geçmek için gerekli olmayan uygulamaları ve tetkikler istemektedir. Kaçınmacı davranışta ise hekim yetkili ol-

duğu uygulamaları yapmaktan kaçınmaktadır. İkincisine örnek olarak ise riskli müdahalelerden kaçınmaları, hastayı sevk etmeleri, diğer branşa devretmeye çalışmaları, reçete yazmaktan kaçınmaları, hospitalize etmekten kaçınmaları, opere etmekten imtina etmeleri verilebilir.

Malpraktis kavramının hekimler üzerinde yoğunlaşmasına gerekçe oluşturan savın çalışma barışı sağlanması açısından ikna edici olması gerekmektedir. Hastaların her türlü hekim seçme hakkı varken ve bu hakkını ucuz olan hekimden yana kullanıyorken aynı performansı beklemek ticaret etiğine uygun mudur?

Aydınlatılmış onam ise DT içinde başka bir olgudur. İkinci Dünya Savaşı sonrası Nazi hekimlerinin toplama kamplarında yaptıkları deneysel uygulamalar küresel tepkiye neden olunca tıp dünyası birtakım etik kurallar getirmek zorunda kalmıştır. Ne var ki Nürnberg Mahkemeleri'nde yargılanan şahıslar için hastalar hasta değil veri idi. Ve uygulamalarını bilim adına yapıyorlardı. Ancak hekimler hastasına veri olarak bakmaz. Can olarak bakarlar.

Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda içerik hakkında bilgi verilmesine rağmen hangi işlemlerde gerektiği daha doğrusu hastanın yalnız anatomik yapısına ya da yoğun bakım süreci gibi müdahalelerde mi gerektiği açık değildir. Doğum gibi ertelenmesi ya da iptali gibi durumlarda alınıp alınmayacağı da yasal olarak açık değildir. Aydınlatılmış onam ilgili yasalarla değil de mahkeme kararları ile ve meslek kuruluşları üzerinden yürümektedir. Bu durum hekimler üzerinde baskı oluşturmaktadır. Hastanın şikayetine göre mi muayene edileceği, yoksa hastanın şikayeti yoksa bile örneğin jinekolojik ya da ürolojik kanser varlığının araştırılıp araştırılmayacağı ve eğer hasta tahlil istemezse imzasının alınıp saklanıp saklanmayacağı konuları yeterince net değildir. Tıp etiği ve yasalar gereğince hekim tarafından hastaya uygulanacak işlem ve gelişebilecek komplikasyonlar, işlem sonrası dikkat edilecek hususlar, diğer teşhis ve tedavi imkanları, önlemler hakkında bilgi verildiğine dair yazılı belge imzalatılmaktadır. Bu belgenin saklanma koşulları, saklanmasından sorumlu olanlar (hekim mi yoksa kurum mu), saklanma süresi hakkında kesin bir karar yoktur ve güncellemelerden hekimlerin gereken zamanda haberi olamaya bilmektedir. Öte yandan doğum gibi olacağı hekimin tasarrufunda olmayan ve gebe ile eşinin aylar öncesinden verdiği bir kararda hastadan aydınlatılmış onam alınıp alınmayacağının da mantıklı, makul ve uygulanabilir bir şekilde yapılandırılması gerekmektedir.

Hekimler arasında hasta başına alınan ücret arasında farklılıklar varken hekimlerin ödeyeceği tazminatlar eşit mi olacaktır. Hastanın zararının maddi olarak karşılanması düşünülürken hastanın en düşük sağlık primini ödüyor kabul edileceği devlet hastanelerinde çalışan hekimler de çok kazanan popüler hekimler ile

aynı tazminatları mı ödeyeceklerdir? Kaldı ki devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin kendi hastalarını, personellerini, çalışacakları alet edevatları, mekanları ve mesailerini seçme şansları olmazken bu hekimlerden bütün bu olanaklara sahip ünlü ve akademik tıtr sahibi hekimlerle aynı performansı ve beklemek romantik olsa da gerçekçi ve uygulanabilir midir?

Bunların yanısıra dava kaygısı taşıyan hekimler hasta dosyalarına olayı tüm çıplaklığıyla aktarmaktan imtina edebilirler, vaka sunumlarını hasta veya hastalığın belirli aşamalarını uygulanan başarılı başarısız tedavileri, zaman dilimlerini aktarmaktan intina edebilirler. Bu da deneyimin çok önemli olduğu ve bir çok tecrübenin de hastalardan öğrenildiği tıp ilminde gelişmeyi yavaşlatacak ve sonraki hastaların da aynı bedelleri ödemesine yol açacaktır. Defansif tıptan en çok etkilenen hekim grubu kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarıdır. O kadar ki bu etki literatüre defansif sezaryen sıfat tamlamasının sokulmasına neden olmuştur. Unutulmamalıdır ki en değerli hazine bilgi en değerli bilgi de tecrübedir. Bu bilgi ve tecrübenin aktarılabilmesi açısından hekimlerin dürüst davranmaları elzemdir. DT pratiğinde ise hekim kendi hatasının bedeline ilaveten hastanın yanlış anlamasının, uğradığı kaybı herhangi bir şekilde telafi etmek istemesinin veya hukuki anlamda hasta ve yakını ile karşı karşıya kaldığında karşı taraf lehine bir pozitif bir ayrımcılığa maruz kalabilecek olmanın verdiği kaygı ile kendini korumaya çalışmaktadır. Bu durum çok değerli olan veri veya tecrübelerin kayıtlara geçmemesine veya yayınlar şeklinde literatüre aktarılmamasına sebep olacaktır.

DT ve defansif C-S yalnız tabiplere değil tüm topluma mal olmuş ciddi bir halksağlığı sorunudur. Tanı-tedavi süreçlerinin uzamasına, bilimsellikten uzaklaşmaya, bilimsel verilerin kaybolmasına, işgücü kayıplarına, ve ameliyatın getirdiği risklerle hastanın ve hekimin karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Konunun hakkındaki açmazların öncelikle çözülerek eğitim zinciri aksamadan ve yeni hekimlerin cesareti kırılmadan çözüme kavuşturulması gerekmektedir.

## **KAYNAKLAR**

1. Ashley-Montagu MF. *Classical Contributions to Obstetrics and Gynecology* Herbert Thoms. Isis. 1936;25(1)
2. Hughes MJ. VII. MEDIEVAL NURSES. *In Women Healers in Medieval Life and Literature* 1943 Mar 2 (pp. 114-134). Columbia University Press.
3. [https://en.wikipedia.org/wiki/Defensive\\_medicine](https://en.wikipedia.org/wiki/Defensive_medicine). 18-02-2022
4. Değdaş UC. Hatalı tıbbi uygulamadan (malpraktis) doğan hukuki ve cezai sorumluluk. *Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2018;4(6):41-65
5. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/malpractice> 19-02-2022.
6. Kurt, M., 7. Uluslararası Akademik Araştırmalar Kongresi(ICAR), Editörler Samav Y., Göker P., *Defansif Tıp Nedir Ne Değildir*, ASOS Yayınevi, 2022, P 227-8.

### *Güncel Kadın Hastalıkları ve Doğum Çalışmaları III*

7. Institute of Medicine (US) Committee to Study Medical Professional Liability and the Delivery of Obstetrical Care; Rostow VP, Bulger RJ, editors. Medical Professional Liability and the Delivery of Obstetrical Care: Volume II: *An Interdisciplinary Review*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1989. PREFACE.
8. Dubay, L., Kaestner, R., & Waidmann, T. (1999). The impact of malpractice fears on cesarean section rates. *Journal of health economics*, 18(4), 491-522.
9. Bulger RJ, Rostow VP, editors. Medical Professional Liability and the Delivery of Obstetrical Care: Volume II, *An Interdisciplinary Review*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1989.
10. Ionescu CA, Dimitriu M, Poenaru E, Bănaciu M, Furău GO, Navolan D, Ples L. Defensive caesarean section: A reality and a recommended health care improvement for Romanian obstetrics. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2019 Feb;25(1):111-6.
11. <https://www.oecd-ilibrary.org>. 05/02/2022
12. Rudey EL, do Carmo Leal M, Rego G. Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. *Medicine*. 2021 Jan 8;100(1).
13. Durrance CP, Hankins S. *Medical malpractice liability exposure and OB/GYN physician delivery decisions*. Health services research. 2018 Aug;53(4):2633-50.
14. <https://worldjusticeproject.org/rule-of-law-index/country/2021>. 05/02/2022