

Psikiyatri branşıyla ilgili tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiası nedeniyle değerlendirilen vakaların klinik özellikleri ve adli psikiyatrik açıdan incelenmesi

Clinical characteristics and forensic psychiatric examination of cases evaluated due to alleged psychiatric medical malpractice

Ender Cesur¹, İlker Taşdemir², Ercan Buyukakıncak², Hızir Asliyukse², Şenol Turan²

¹Dr.Öğr. Üyesi, Acıbadem Maslak Hastanesi, <https://orcid.org/0000-0002-8982-8626>

²Dr., Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, <https://orcid.org/0000-0003-2968-3899>, <https://orcid.org/0000-0003-1643-2214>, <https://orcid.org/0000-0001-6845-3717>, <https://orcid.org/0000-0002-8684-2617>

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı psikiyatri dalında çalışan sağlık personeli hakkında açılan tıbbi uygulama hatası davalarının adli tıbbi boyutunu değerlendirmek, hangi sağlık çalışanlarından şikayetçi olduğu, tıbbi uygulama hatası tespit edilen vakalarda ortaya çıkan zararların neler olduğu ve tespit edilen hataların hangi süreçlerde meydana geldiğini araştırmaktır. **Yöntem:** Çalışmada Adli Tıp Kurumu tarafından 2013-2020 yılları arasında değerlendirilen psikiyatri branşıyla ilgili tıbbi uygulama hatası iddiası olan 122 vakanın raporları geriye dönük olarak sosyodemografik ve klinik form aracılığıyla incelenmiştir. **Bulgular:** İncelenen dosyaların 42'si (%34,4) eğitim ve araştırma hastanesinde, 34'ü (%27,9) devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik olmuştur. Tıbbi uygulama hatası iddia edilen hekimler içinde uzman hekimler ilk sırada bulunmuştur. Olaya müdahil olan personellerden 113'ü hekimdir (%92,6). Vakaların ölüm duruma bakıldığında, 65'inin (%53,3) ölüme sonuçlandığı görülmüştür. 19 vaka intihar (%29,2) nedeni ile hayatını kaybetmiştir. Çalışmamızda hekim hatası olduğu tespit edilen vakaların en önemli kusur nedeninin teşhis ve rapor uyumsuzluğu olduğu görülmektedir. **Sonuç:** Sağlık çalışanlarının artan iş yükü ve sorumlulukları, hastalara ayrılan zamanın azalması hekim-hasta arasındaki güveni zedeleyebilmekte bu da tıbbi uygulama hatalarına ya da olası iddialara zemin hazırlamaktadır. Bu konudaki çalışmaların artırılması, tıbbi uygulama hatası iddialarının önlenmesine ve bu hataların en aza indirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Malpraktis, psikiyatri, tıbbi uygulama hatası, adli psikiyatri

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2022;25:395-403)

DOI: 10.5505/kpd.2022.33716

SUMMARY

Objective: The aim of the study is to evaluate the forensic medical dimension of medical malpractice lawsuits filed against health personnel working in the field of psychiatry, to investigate which health workers are complained about, what are the damages that occur in cases where medical malpractice is detected, and in which processes the detected errors occur. **Method:** In the study, the reports of 122 cases with claims of medical malpractice concerning psychiatry, which were evaluated by the Council of Forensic Medicine between 2013 and 2020, were examined retrospectively through sociodemographic and clinical forms. **Results:** 42 (34.4%) of the examined files were made against healthcare professionals working in training and research hospitals and 34 (27.9%) in public hospitals. 113 of the personnel involved in the incident were physicians (92.6%). Psychiatry specialists were in the first place among the physicians with alleged faults. Considering the death status of the cases, it was seen that 65 (53.3%) resulted in death. 19 cases died due to suicide (29.2%). In our study, it was seen that the most important cause of defect in the cases found to be physician error was diagnosis and report mismatch. **Conclusion:** The increasing workload and responsibilities of healthcare professionals and the decrease in the time allocated to patients can damage the trust between the physician and the patient, which paves the way for medical practice errors or possible claims. Increasing studies on this subject will contribute to the prevention of claims of medical malpractice and to minimize these errors.

Key Words: Malpractice, psychiatry, medical malpractice, forensic psychiatry

GİRİŞ

Latince “mala” (kötü) ve “praxis” (uygulama) kelimelerinden köken alan “malpraktis”, makul olmayan beceri veya özen eksikliğinin olduğu tüm mesleki hataları kapsamaktadır (1). Söz konusu eksiklik, tıp alanı kapsamı içinde ise “tıbbi malpraktis” veya “tıbbi uygulama hatası” olarak ifade edilmektedir.

Tıp uygulamaları içerisinde, ortaya çıkan hataların tümünün tıbbi uygulama hatası olmadığı söylenebilir. Bunun yanında, tıbbi uygulama hatalarının tamamının zararlı sonuçlanmadığı bilinmektedir. Zarar, tıbbi uygulama hatasından kaynaklanabileceği gibi, altta yatan başka bir hastalıktan ya da tedavi sonucu ortaya çıkan komplikasyonlardan da kaynaklanabilmektedir (2). Tıbbi uygulama hataları ise ihmal, dikkatsizlik, meslekte acemilik ve yönetmeliklere uymama sonucunda ortaya çıkabilmektedir (1).

Son yıllarda tüm dünyada, tıbbi uygulama hatası nedeniyle mahkemelere yapılan başvuruların sıklığının arttığı söylenebilir. Hastaların genel olarak sağlık sisteminden ve çalışanlarından beklentisinin artmış olması, medya organlarının konu üzerine aşırı ilgisine paralel olarak toplumun hassasiyetinin artması, avukatların bu tür davalara olan özel ilgileri ve çalışma alanı olarak seçmeleri tıbbi uygulama hatası ile ilgili şikayetlerin artmasının sebepleri arasında gösterilebilir (3). Türkiye’de de tıbbi kötü uygulama iddialarına yönelik adli başvuruların son yıllarda arttığı görülmektedir (2).

Türkiye’de hekimlik mesleği uygulamaları ile alakalı çok kapsamlı yasal düzenlemeler bulunmakla birlikte ceza ve hukuk alanında hekimlerin cezai ve hukuki sorumluluğunu düzenleyen özel bir madde bulunmamaktadır (2). Mesleki etik kurallarına göre hekim, ilgili yasalardaki, genel tanımlamalar gereğince cezai ve hukuki açıdan yargılanabilmektedir (4, 5). Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) tarif edilen kusur durumları; “kast”, “olası kast”, “taksir”, “bilinçli taksir” şeklindedir (6). Yapılan tıbbi müdahale sonrasında hastada bir zarar ortaya çıktığında, bunun tıbbi uygulama kaynaklı olup olmadığı, yapılan uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirleme görevi bilirkişi kuruluşlarına aittir (2).

Psikiyatride ilişkin en sık tıbbi uygulama hatalarının hastanın intihar etmesi, hastaların başka birine

zarar vermesi, yanlış tanı ve yanlış tedavi, hastaneden kaçma girişimleri, aydınlatılmış onam alınmamış olması ve gizliliğin korunamaması ile ilişkilidir (7,8)

Bildiğimiz kadarıyla, psikiyatrik tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili Türkiye’de yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada 2013-2020 yılları arasında ... tarafından psikiyatri dalında çalışan sağlık personeli hakkında açılan tıbbi uygulama hatası davalarının adli tıbbi boyutunu değerlendirmek, hangi sağlık çalışanlarından şikayetçi olunduğu, tıbbi uygulama hatası tespit edilen olgularda ortaya çıkan zararların neler olduğu ve saptanan hataların hangi süreçlerde meydana geldiği, en çok hata yapılan noktaların değerlendirilmesi ve elde edilen verilerle sağlık çalışanlarına ve kurumlara yöneltilecek tıbbi uygulama hatası iddialarının niteliğinin tespiti ve ruh sağlığı çalışanlarının bu konudaki farkındalığının artırılması amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

Örneklem ve Uygulama

Çalışmada Adli Tıp Kurumu tarafından 2013-2020 yılları arasında görüşülerek karara bağlanan psikiyatride ilgilendiren tıbbi uygulama hatası iddiası olan 122 olgunun raporları geriye dönük olarak incelenmiştir. Tıbbi uygulama hatası iddiasının niteliği, kusur durumunun ve meydana geliş süresinin detayları Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlenen kurul raporları temel alınarak incelenmiştir.

Raporlara UYAP sistemi üzerinden ulaşılmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü hastane Adalet Bakanlığı’na bağlı olup, kurumun kendi düzenlediği raporlara UYAP üzerinden erişim izni bulunmaktadır. Dosyalardaki mevcut veriler sosyodemografik ve klinik form aracılığıyla çalışmayı yürüten araştırmacılar tarafından kayıt altına alınmıştır. Olguların olay tarihindeki yaşı, cinsiyeti, olay tarihi, gönderen adli merci, olguların illere ve bölgelere göre dağılımı, başvuru şikayeti, başvuru tanısı, müracaat edilen sağlık kuruluşu, iddiaya konu olan doktorların akademik unvanı, tıbbi uygulama hatası meydana gelip gelmediği, başvurudan ölüme kadar geçen sürenin kusur oranına etkisi, otopsi yapılma durumu, kusur verilme nedeni, sağlık personeli kusur durumu, bilirkişi istenilen kurulların kararları incelenmiştir.

Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu'ndan 21/06/2021 tarihinde, 2021/752 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin analizinde SPSS (v26.0) programı kullanılmıştır. Veri girişinin doğruluğu kontrol edildikten sonra ele alınan her bir değişken için frekans analizi gerçekleştirilmiştir. Olguların değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik olarak Fisher Freeman Halton testi yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen 122 olgudan 40'ı kadın (%32,8), 82'si erkektir (%67,2). Olguların olay tarihindeki yaşı 3 ila 89 yaş aralığında değişmekte olup ortalama yaş 37,35'tir (Standart sapma= 18,71). Tıbbi uygulama hatası konusunda kimin şikayetçi olduğu incelendiğinde, 45 olgunun anne-baba-kardeşi (%36,9), 18 olgunun çocukları (%14,8), 15 olgunun eşi/partneri (%12,3), 16 olgunun kendisi (%13,1), 18 olgunun diğer kişi (%14,8) ve 10 olgunun bilinmiyor/belirtilmemiş (%8,2) olduğu görülmüştür. Olguların 73'ünün (%59,8) Cumhuriyet Başsavcılığı, 6'sının (%4,9) Asliye Ceza Mahkemesi, 5'inin (%4,1) Asliye Hukuk Mahkemesi, 15'inin (%12,3) İdari Mahkeme ve 23'ünün (%18,9) diğer adli merciler tarafından gönderildiği görülmüştür.

32 olgu hatalı rapor sebebiyle (%26,2), 30 olgu yanlış tanı ve tedavi sebebiyle (%24,6), 17 olgu intihar girişimi sebebiyle (%13,9), 14 olgu eksik/hatalı tedavi sebebiyle (%11,5), 14 olgu ilgisizlik/özensizlik sebebiyle (%11,5), 9 olgu ilaç yan etkisi sebebiyle (%7,4), 2 olgu sevk etmeme sebebiyle (%1,6), 2 olgu hastanın istemi dışında endikasyon dışı zorunlu yatırma sebebiyle (%1,6), 1 olgu hastaneden kaçma sebebiyle (%0,8) ve 1 olgu tespit sırasında yaralama sebebiyle (%0,8) şikayetçi olmuştur. Olgular, olayın ilk yaşandığı andan ilk başvuruya kadar geçen süre açısından incelendiğinde, 14 olgunun 0-24 saat içinde (%11,5), 6 olgunun 1-7 gün içinde (%4,9), 8 olgunun 7-30 gün içinde (%6,6), 13 olgunun 2-3 ay içinde (%10,7), 12 olgunun 4-6 ay içinde (%9,8), 8 olgunun 7-12 ay içinde (%6,6) ve 61 olgunun 12 aydan sonraki süre içinde (%50) olduğu tespit edilmiştir. Adli merciinin sorusunun ne olduğu

incelendiğinde, 39 olguda (%32,0) hekim kusuru ve illiyet, 36 olguda (%29,5) hekim kusuru, 32 olguda (%26,2) raporun gerçeğe aykırı olup olmadığı, 10 olguda (%8,2) hekim kusuru ve ölüm sebebi ve illiyet, 4 olguda (%3,3) hekim kusuru ve ölüm sebebi ve 1 olguda (%0,8) diğer olduğu ortaya çıkmıştır. İncelenen 53 dosyada (%43,6) ihmali davranış, 32 tanesinde (%26,2) sahte/hatalı belge düzenleme, 30 tanesinde (%24,6) ihmal ve taksir ve 7 tanesinde (%5,7) taksir suçu olduğu iddia edilmiştir (Tablo 1).

Araştırmada incelenen olaylardan 44'ü (%36,1) Marmara Bölgesi'nde, 24'ü (%19,7) Ege Bölgesi'nde, 17'si (%13,9) İç Anadolu Bölgesi'nde, 15'i (%12,3) Akdeniz Bölgesi'nde, 9'u (%7,4) Karadeniz Bölgesi'nde, 7'si (%5,7) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ve 6'sı (%4,9) Doğu Anadolu

Tablo 1. Şikayetle ilgili özellikler

Değişken	Frekans (Yüzde)
Şikâyet nedeni	
Eksik/hatalı tedavi	14 (%11,5)
İlgisizlik/özensizlik/	14 (%11,5)
Sevk etmeme	2 (%1,6)
Yanlış tanı ve tedavi	30 (%24,6)
İntihar girişimi	17 (%13,9)
Hastaneden kaçma	1 (%0,8)
İlaç yan etkisi	9 (%7,4)
Tespit sırasında yaralama	1 (%0,8)
Hatalı rapor	32 (%26,2)
İlk başvuruya kadar geçen süre	
0-24 saat	14 (%11,5)
1-7 gün	6 (%4,9)
7-30 gün	8 (%6,6)
2-3 ay	13 (%10,7)
4-6 ay	12 (%9,8)
7-12 ay	8 (%6,6)
12 aydan fazla	61 (%50,0)
Gönderen adli merciinin türü	
Cumhuriyet Başsavcılığı	73 (%59,8)
Asliye Ceza Mahkemesi	6 (%4,9)
Asliye Hukuk Mahkemesi	5 (%4,1)
İdari Mahkeme	15 (%12,3)
Diğer	23 (%18,9)
Adli merciinin sorusu	
Hekim kusuru	36 (%29,5)
Hekim kusuru ve ölüm sebebi	4 (%3,3)
Hekim kusuru ve illiyet	39 (%32,0)
Hekim kusuru, ölüm sebebi ve illiyet	10 (%8,2)
Diğer	1 (%0,8)
Raporun gerçeğe aykırı olup olmadığı	32 (%26,2)
İddia edilen suç	
Taksir	7 (%5,7)
İhmali davranış	53 (%43,4)
İhmal ve taksir	30 (%24,6)
Sahte/hatalı belge düzenleme	32 (%26,2)

Bölgesi'nde gerçekleşmiştir.

Olaya ilişkin sorulan hastanelerden 42'si (%34,4) eğitim ve araştırma hastanesi, 34'ü (%27,9) devlet hastanesi, 15'i (%12,3) askeri hastane, 14'ü (%11,5) özel hastane, 13'ü (%10,7) üniversite hastanesi ve 4'ü (%3,3) muayenehanedir. Olaya müdahil olan personellerden 113'ü hekim (%92,6), 7'si hekim ve hemşire (%5,7) ve 2'si hemşiredir (%1,6). Olaya müdahil olan psikiyatri hekimlerinden 102'si uzman doktor (%83,6), 6'sı profesör (%4,9), 5'i doçent (%4,1), 3'ü asistan doktor (%2,5), 2'si doktor öğretim üyesi (%1,6) ve 2'si asistan ve uzman (%1,6) kadrosunda olup 2 hekimin kadrosu ise belirtilmemiştir (%1,6). Olaya müdahil olan sağlık çalışanlarından 35'i kadın (%28,7), 79'u erkek (%64,8) olup, 8 olguda (%6,5) farklı cinsiyetlerdeki birden fazla kişi olaya müdahil olmuştur (Tablo 2).

Dosyadaki psikiyatrik tanıları açısından inceleme yapıldığında, 29 depresyon (%23,8), 27 psikotik bozukluk (%22,1), 20 bipolar bozukluk (%16,5), 7 anksiyete bozukluğu (%5,7), 10 birden alkol/psikoaktif madde kullanımına bağlı zararlı kullanım/bağımlılık (%8,2), 5 entelektüel yetersizlik (%4,1), 4 dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (%3,3), 3 antisosyal kişilik bozukluğu (%2,5), 2 demans (%1,6), 1 özgül öğrenme güçlüğü (%0,8), 1 otizm (%0,8), 1 konversiyon bozukluğu

Tablo 2. Tıbbi uygulama ile ilgili özellikler

Değişken	Frekans (Yüzde)
Olaya ilişkin sorulan hastane	
Devlet hastanesi	34 (%27,9)
Eğitim ve araştırma hastanesi	42 (%34,4)
Üniversite hastanesi	13 (%10,7)
Özel hastane	14 (%11,5)
Muayenehane	4 (%3,3)
Askeri hastane	15 (%12,3)
Olaya müdahil olan personel	
Hekim	113 (%92,6)
Hemşire	2 (%1,6)
Hekim ve hemşire	7 (%5,7)
Olaya müdahil olan psikiyatri hekimlerinin kadroları	
Asistan doktor	3 (%2,5)
Uzman doktor	102 (%83,6)
Doktor öğretim üyesi	2 (%1,6)
Doçent	5 (%4,1)
Profesör	6 (%4,9)
Asistan ve uzman	2 (%1,6)
Belirtilmemiş	2 (%1,6)
Muayene yeri	
Acil servis	10 (%8,2)
Poliklinik	71 (%58,2)
Servis	38 (%31,1)
Muayenehane	3 (%2,5)

(%0,8), 1 deliryum (%0,8), 1 davranım bozukluğu (%0,8) ve 1 uyum bozukluğu (%0,8) olduğu görülüp, 3 dosya (%2,5) sağlıklı kişilerden ve 6 dosya da (%4,9) psikiyatrik tanısı olmayan kişilerden oluşmaktadır. 77 olguya asli tedavi uygulanmış (%63,1), 14 olgu konsülte edilmiş (%11,5) ve 30 olguda da rapor düzenlenmesi (%25,4) yapılmıştır. Olgulardan 79'una medikal tedavi (%64,8), 6'sına medikal tedavi ve elektrokonvülf tedavi (EKT) (%4,9), 1'ine cerrahi tedavi (%0,8) uygulanmış olup, 1'i takip edilmiş (%0,8), 32'sine rapor düzenlenmiş (%26,2) ve 3'üne tedavi uygulanmamıştır (%2,5).

Olguların ölüm duruma bakıldığında, 65'inin (%53,3) ölümle sonuçlandığı görülmüştür. Ölen 65 olgunun ölüm nedenleri şu şekildedir: 19 olgu intihar (%29,2), 13 olgu kalp krizi (%20,0), 4 olgu serebrovasküler hastalık/beyin kanaması (%6,3), 4 olgu psikoaktif madde intoksikasyonu (%6,3), 3 olgu menenjit/ensefalit (%4,6), 2 olgu pnömotoraks/hemotoraks (%3,1), 2 olgu nöroleptik malign sendrom (%3,1), 1 olgu lityum intoksikasyonu (%1,5), 1 olgu akciğer kanseri (%1,5), 1 olgu kalp tamponadı (%1,5), 1 olgu nötropenik ateş (%1,5), 1 olgu akut batın (%1,5), 1 olgu kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%1,5), 1 olgu asfiksi

Tablo 3. Tanı ve tedavi özellikleri

Değişken	Frekans (Yüzde)
Dosyadaki psikiyatrik tanı	
Depresyon	29 (%23,8)
Psikotik bozukluk	27 (%22,1)
Bipolar bozukluk	20 (%16,5)
Anksiyete bozukluğu	7 (%5,7)
Alkol/psikoaktif madde kullanımına bağlı zararlı kullanım/bağımlılık	10 (%8,2)
Entelektüel yetersizlik	5 (%4,1)
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	4 (%3,3)
Antisosyal kişilik bozukluğu	3 (%2,5)
Demans	2 (%1,6)
Özgül öğrenme güçlüğü	1 (%0,8)
Otizm	1 (%0,8)
Konversiyon bozukluğu	1 (%0,8)
Deliryum	1 (%0,8)
Davranım bozukluğu	1 (%0,8)
Uyum bozukluğu	1 (%0,8)
Sağlıklı	3 (%2,5)
Tanı yok	6 (%4,9)
Olguya yapılan işlem	
Asli tedavi	77 (%63,1)
Konsültasyon	14 (%11,5)
Rapor düzenleme	31 (%25,4)
Uygulanan tedavi	
Medikal	79 (%64,8)
Rapor düzenleme	32 (%26,2)
Cerrahi	1 (%0,8)
Medikal ve elektrokonvülf tedavi	6 (%4,9)
Takip	1 (%0,8)
Tedavi yok	3 (%2,5)

(%1,5) ve 1 olgu kardiyomiyopati (%1,5). 10 olgunun (%15,4) ölüm nedeni bilinmemektedir. Ölümle sonuçlanan olguların 50'sine otopsi yapılmış (%76,9), 15'ine otopsi yapılmamıştır (%23,1). Olguların 71'i poliklinikte (%58,2), 38'i serviste (%31,1), 10'u acil serviste (%8,2) ve 3'ü muayenehanede (%2,5) muayene edilmiştir. Olgularından 105'inde (%86,1) dosya ile E.C. değerlendirmesi sonucu klinik uyum bulunurken, 17'sinde bulunmamıştır (%13,9). Olgulardan 17'sinde (%13,9) kusurlu bulunmuş, 95'inde (%77,9) kusurlu bulunmamış ve 10 olguda da kusurlu olup olmayacağı bilinemez (%8,2) kararı verilmiştir (Tablo 4).

Kusurlu bulunan ve bulunmayan olguların Tablo 1-4'teki değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik olarak Fisher Freeman Halton testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre kusurlu bulunma durumu ile Tablo 1-4'teki değişkenler arasında bir ilişki bulunamamıştır. Kusurlu bulunan olgular kusur türü açısından incelendiğinde, 7 olguda (%41,2) tanı ve rapor uyumsuzluğu, 3 olguda (%17,6) tetkik eksikliği, 3 olguda (%17,6) takip eksikliği, 1 olguda (%5,9) tetkik ve takip eksikliği, 1 olguda (%5,9) özen eksikliği, 1 olguda (%5,9) ilacı kesmeme ve 1 olguda (%5,9) endikasyon dışı tedavi olduğu

Tablo 4. Değerlendirme ile ilgili özellikler

Değişken	Frekans (Yüzde)
Ölüm durumu	
Ölüm	65 (%53,3)
Sağ	57 (%46,7)
Ölüm nedeni (n=65)	
Intihar	19 (%29,2)
Kalp krizi	13 (%20,0)
SVH/beyin kanaması	4 (%6,3)
Psikoaktif madde intoksikasyonu	4 (%6,3)
Menenjit/ensefalit	3 (%4,6)
Pnömotoraks/hemotoraks	2 (%3,1)
Nöroleptik malign sendrom	2 (%3,1)
Lityum intoksikasyonu	1 (%1,5)
Akciğer kanseri	1 (%1,5)
Kalp tamponadı	1 (%1,5)
Nötropenik ateş	1 (%1,5)
Akut batın	1 (%1,5)
KOAH	1 (%1,5)
Asfiksi	1 (%1,5)
Kardiyomiyopati	1 (%1,5)
Bilinmiyor	10 (%15,4)
Ölüm sonrası otopsi (n=65)	
Evet	50 (%76,9)
Hayır	15 (%23,1)
Dosya değerlendirmesi sonucu klinik tanı uyumu	
Var	105 (%86,1)
Yok	17 (%13,9)
Kusurlu bulunma durumu	
Evet	17 (%13,9)
Hayır	95 (%77,9)
Bilinemez	10 (%8,2)

görülmüştür. Kusurlu bulunan 17 olguda, kusurlu bulunan 13 hekim (%76,5), 2 hemşire (%11,8) ve 2 hekim ve hemşire (%11,8) bulunmaktadır. Kusurlu bulunan olgularda psikiyatristlerin 16'sı uzman doktor (%94,1) ve 1'i profesör (%5,9) kadrosundadır. Son olarak, kusurlu bulunan personellerden 13'ü erkek (%76,5), 1'i kadın (%5,9), 1'i 1 kadın ve 1 erkek (%5,9), 1'i 1 erkek doktor, 2 hemşire kadın (%5,9) ve 1'i 2 kadın hemşiredir (%5,9) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Son yıllarda tıbbi uygulama hata iddiası ile hekimler aleyhine açılan davalarda ciddi bir artış olduğu görülmektedir (9). Bunun başlıca nedeni olarak toplumun sağlık hakkı ile ilgili bilinçlenmesinin olduğu ifade edilse de (2) açılan davalar sağlık çalışanlarının endişelerini arttırmakta ve bunun sonucu olarak defansif tıp uygulamalarının yaygınlık kazandığı belirtilmektedir (10). Araştırmamız psikiyatrik tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili Türkiye'de yapılmış ilk çalışma olup; sonuçların ruh sağlığı çalışanlarının klinik uygulamalarına önemli katkılar sunacağı umulmaktadır.

Araştırmamızın sonuçları, psikiyatrik tıbbi uygulama hatası nedeniyle değerlendirilen olguların 2/3'ünden fazlasının (%67,2) erkek olduğunu göstermektedir. 2012 – 2015 yılları arasında nöroloji branşı ile ilgili tıbbi uygulama hatası olgularını ele

Tablo 5. Kusurlu bulunan olguların özellikleri (n=17)

Değişken	Frekans (Yüzde)
Kusur türü	
Tanı ve rapor uyumsuzluğu	7 (%41,7)
Tetkik eksikliği	3 (%17,6)
Takip eksikliği	3 (%17,6)
Tetkik ve takip eksikliği	1 (%5,9)
Özen eksikliği	1 (%5,9)
İlacı kesmeme	1 (%5,9)
Endikasyon dışı tedavi	1 (%5,9)
Olayla ilgili kusurlu bulunan personel	
Hekim	13 (%76,4)
Hemşire	2 (%11,8)
Hekim ve hemşire	2 (%11,8)
Kusurlu bulunan psikiyatristin kadrosu	
Uzman doktor	16 (%94,1)
Profesör	1 (%5,9)
Kusurlu bulunan personelin cinsiyeti	
Kadın	1 (%5,9)
Erkek	13 (%76,5)
1 kadın, 1 erkek	1 (%5,9)
1 erkek doktor, 2 kadın hemşire	1 (%5,9)
2 kadın hemşire	1 (%5,9)

alan bir başka çalışmada da, sonuçlarımıza benzer şekilde olguların büyük bir kısmının erkek olduğu rapor edilmiştir (2). Sonuçlarımıza bakıldığında, adli başvuruların büyük kısmının hasta yakınları tarafından ve yarısının bir yıldan sonra yapıldığı dikkat çekmektedir. Bilir Balıkçı'nın (2019) çalışmasında da benzer olarak başvuruların %81'inin 12 aydan sonra olduğu görülmektedir (11). Bu durum hastalığın ya da yapılan işlemin sonuçlarının geç ortaya çıkabilmesinden ya da hasta yakınlarının hukuki süreçle ilgili daha sonradan bilgilenesinden kaynaklanıyor olabilir.

Tanı hatası, yapılan incelemeler ya da yeni ortaya çıkan bulgularla saptanan yanlış veya gecikmiş bir teşhis olarak tanımlanmaktadır (2). Hatalı tanı koymak, sağlık çalışanının deneyimsiz olması, yeni geliştirilen tıbbi yöntemlerin gerisinde kalmak da hatalı tedavi uygulamalarını beraberinde getirebilmektedir. İlgisizlikten kaynaklanan hatalar da tetkik/ tedavi sırasında yapılmaması gereken bir eylemin gerçekleşmesidir. Çalışmamızda, eksik/hatalı tedavi, ilgisizlik/özensizlik, yanlış tanı ve tedavi sebebiyle, intihar girişimi, hatalı rapor ve ilaç yan etkisi sebebiyle yapılan şikayetlerin fazlalığı dikkat çekmektedir. Doğru tanı koyma ve tedavi etme her hekim için en temel yükümlülüklerden biridir. Psikiyatrik hastalıklar ve tedavileri medyada sıklıkla yanlış tasvir edilmekte ve genellikle tedaviler baskıcı ve etkisiz olarak sunulmaktadır (12). Bu durum psikiyatri hastalarının yanı sıra ruh sağlığı uzmanlarının ve tedavilerinin de damgalanmasını pekiştirmektedir (13). Çalışmamızda yanlış/eksik tanı nedeniyle başvuruların fazla olmasında bu damgalanmanın rol oynuyor olabileceği söylenebilir. Araştırmamızdaki olguların yaklaşık %14'ü tamamlanmış intihar sebebiyle dava konusu olmuştur. Bir psikiyatrist, hastalarının doğrudan ve dolaylı sorulara verdiği yanıtlar, bilinen risk faktörleri, hastanın geçmişte benzer durumlarda nasıl davrandığına ilişkin bilgiler ve tamamlayıcı bilgiler dahil olmak üzere mevcut tüm bilgilerine dayanarak intihar riskini değerlendirmekle yükümlüdür (14). İntihar riski olduğu tespit edilen bir hastanın bazı önlemlere tabi tutulması gerekebilmektedir. İntihar düşüncesi olan bazı kişiler, istem dışı hastaneye yatış gibi istenmeyen müdahalelerden kaçınmak için intihar düşüncelerini gizlemekte veya reddedebilmektedir (15). İntihar eden hastanın yakınları için oldukça örseleyici olabilecek

tamamlanmış intihar gibi bir eylem tıbbi uygulama hatası davalarının açılmasına neden olabilmektedir (16). İntihar riski olan ya da intihar girişimi sonrası hekime başvuran bir hastaya yaklaşırken acil kriz müdahalesinde bulunulmalı ve hastanın verileri, yapılan müdahaleler detaylandırılarak kayıt altına alınmalıdır. Zorunlu tedavi ve yatış gerektiren durumlarda hekimlerin karar sürecini ve gerekçelerini kapsamlı bir şekilde belgelemeleri, ileride malpraktis iddiası ile dava açılrsa dahi hekimler açısından koruyucu olacaktır. Araştırmamızdaki şikayetlerin en büyük nedeninin ise hatalı rapor düzenlenmesi iddiası olduğu görülmektedir. Hekimler, hastaların sağlık durumu ile ilgili değerlendirmelerini ve tanıları "hekim raporu" ya da "sağlık raporu" adı verilen özel bir tıbbi evraka işlemektedir. İstirahat ve işgöremezlik, engellilik halleri, askeri ve emniyet personel değerlendirmeleri, sürücü adayı ya da özel güvenlik başvuruları, silah taşıma yetkinliği, evlilik öncesi durumun değerlendirilmesi için sağlık raporları düzenlenebilmektedir (17). Bu raporlarda hatalı değerlendirme ya da usulsüzlük iddiası söz konusu olduğunda raporu düzenleyen hekim tıbbi uygulama hatası kapsamında değerlendirilebilmektedir.

Araştırmada incelenen olayların yaklaşık %55'i Marmara ve Ege Bölgeleri'nden gönderilirken sadece yaklaşık %10'u Güneydoğu ve Doğu Anadolu Bölgeleri'nde gerçekleşmiştir. Büyükakıncak'ın (2016) araştırmasında da olguların en çok Marmara Bölgesindeki sağlık kuruluşlarından gönderildikleri belirtilmektedir (2). Olguların bölgelere göre bu şekilde dağılımının nedeni olarak bölgelerin hastane ve hekim sayıları ve nüfus yoğunluğunun etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda, olayın gerçekleştiği sağlık kuruluşları bakımından eğitim ve araştırma hastaneleri ve devlet hastanelerinin, hasta ve yakınları tarafından tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunulması açısından ilk sırada olduğu görülmektedir. Türkiye'de yürütülen daha önceki araştırmalarda da tıbbi uygulama hatası iddiası olan sağlık kuruluşları arasında devlet hastanelerinin ilk sırada yer aldığı saptanmıştır (18, 19). Devlet hastanelerine ve eğitim ve araştırma hastanelerine başvuruların yoğun olması, bu kurumlardaki sağlık çalışanlarının uzun çalışma saatleri ve hastalara ayrılabilen sürelerin kısa olması tıbbi uygulama hatalarını arttırıyor olabilir.

Çalışmamızda, dava konusu olaya müdahil olan personellerin çok büyük bir bölümünün (%92,6) hekim olduğu saptanmıştır. Psikiyatri hekimlerinin de büyük çoğunluğunun uzman hekim olduğu (%83,6), olguların yalnızca %2,5'inde asistan hekimlere dava açıldığı görülmektedir. Uzman hekimlerin büyük bir kısmı iş yükünün fazla olduğu devlet hastaneleri ya da eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışmaktadırlar (20). Artan iş yükü ve sorumluluklar, hastalara ayrılan zamanın azalması hekim-hasta arasındaki güveni zedeleyebilmekte bu da tıbbi uygulama hatalarına ya da olası iddialara zemin hazırlamaktadır. Tıbbi uygulama hatalarını önleyebilmek için hastalara yeteri kadar zamanın ayrıldığı bir çalışma ortamı tahsis edilmesi gerekmektedir. Bunun yanında, hekimlerin de hastalarını bilgilendirmeye ve gerektiğinde aydınlatılmış onam almaya, gizliliği korumaya, kayıt tutmaya ve bilimsel bilgiler doğrultusunda tedavilerini yürütmeye özen göstermesi önemlidir (21,22).

Olguların çoğunluğunun depresyon (%23,8), psikotik bozukluk (%22,1), bipolar bozukluk (%16,5) tanıları aldığı görülmektedir. Yine çalışmamızdaki olguların bir kısmına yatarak ya da ayaktan tedavi uygulanmış bir kısmı ise rapor düzenlenmesi gibi farklı amaçlarla başvurmuştur. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların ve duygudurum bozukluklarının tedavisinde yaşanan zorluklar, uzun süreli tedavi gereksinimleri, bu hastalara uygulanan tedavilere bağlı görülebilen yan etkiler, hastaların ve hasta yakınlarının yükü hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilmekte bu da hekim ve hasta arasında anlaşmazlıklara neden olabilmektedir (23,24).

Olguların ölüm duruma bakıldığında, çalışmamızdaki olguların %53,3'ünün ölmüş olduğu görülmektedir. Ölen 65 olgunun %29,2'si intihar nedeni ile hayatını kaybetmiştir. Psikiyatrik uygulamalarla ilgili en yaygın tıbbi uygulama hatası sebeplerinden biri, hastaların intihar girişiminde bulunmasına karşı makul korumanın sağlanamamasıdır (16). Bir hastanın intihar potansiyeli öngörülebilir ve belirgin hale geldikten sonra uygun bir güvenlik planı uygulamamak, hastanın bir intihar olayı nedeniyle zarar görmesi durumunda hekimi sorumlu tutabilir (16). Hastanın klinik durumuyla ilgili değişikliklerin tanımıyla birlikte değerlendirmelerin ve tedavi müdahalelerinin

dikkatli bir şekilde belgelenmesi, klinik ve yasal olarak uygun psikiyatrik ilkelere göre hareket edilmesi önemlidir. Araştırmamıza alınan hastaların önemli bir kısmı duygudurum bozulmaları ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanıları ile takip edilmektedir. Bu da çalışmamızdaki tamamlanmış intihar oranlarının yüksek olmasının altında yatan neden olarak görülebilir.

Olgulardan %13,9'unda sağlık çalışanları kusurlu bulunmuş, %8,2 olguda da kusur olup olmadığının bilinmeyeceği kararı verilmiştir. Kusurlu bulunma durumu ile araştırmanın değişkenleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Kusurlu bulunan (17 kişi) ve bulunmayan (95 kişi) gruplar arasındaki sayısal farkın yüksek olmasının istatistiksel fark ortaya çıkmamasında etkili olduğu düşünülebilir. Yine kategorik değişkenlerin çok kategorili olması da gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamasına sebep olmuş olabilir.

Kusurlu bulunan olgular kusur türü açısından incelendiğinde, 7 olguda tanı ve rapor uyumsuzluğu, 3 olguda tetkik eksikliği, 3 olguda takip eksikliği, 1 olguda tetkik ve takip eksikliği, 1 olguda özen eksikliği, 1 olguda ilacı kesmeme ve 1 olguda endikasyon dışı tedavi olduğu görülmüştür. Kusurlu bulunan 17 olguda, kusurlu bulunan kişilerin büyük bir kısmının hekim olduğu, hekimlerin de %94,1'inin uzman doktor olduğu görülmektedir. Nöroloji ve nöroşirurji branşlarını kapsayan bir çalışmada tanı (%53) ve tedavi hatası (%63) ile hukuka aykırı hareketin (%80) en sık uzman doktorlarda görüldüğü (25), nöroloji branşını kapsayan başka bir çalışmada ise tanı (%14,3) ve takip (%35,7) hatası ile görevi ihmalin (%92) en sık uzman doktorlar tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir (2). Kusurlu bulunan hekimlerin büyük bir kısmının uzman doktor olması, Türkiye'deki hastanelerde çalışan psikiyatristlerin çoğunluğunun uzman doktor kadrosunda çalışıyor olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmanın yürütüldüğü Acıbadem Maslak Hastanesi üst kurum olarak çalıştığından, sadece tek bir üst kuruma yönlendirilen dosyaların incelenmesi araştırmanın önemli bir kısıtlılığıdır. Ayrıca araştırma verilerinin, düzenlenen raporlar üzerinden geriye dönük olarak incelenmesi ve malpraktis iddiasında bulunan kişilerle yüz yüze

görüşülememiş olması çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır.

SONUÇ

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik tıbbi uygulama hatası iddialarında son zamanlarda belirgin bir artış görülmektedir. Araştırmamız Türkiye’de psikiyatri branşına yönelik tıbbi uygulama iddiası ile ilgili yapılan ilk araştırmadır. İddiaların büyük kısmı hastane sayıları ile doğru orantılı olarak en fazla sayıda devlet hastanelerine yönelik olmuştur. Kusur iddia edilen hekimler içinde uzman hekimler ilk sırada bulunmuştur. Uzman hekim kadro sayısının diğer kadrolara göre fazla olması, uzman hekimlerin artan iş yükü ve sorumlulukları, hastalara ayrılan zamanın azalması hekim-hasta arasındaki güveni zedeleyebilmekte bu da tıbbi uygulama hatalarına ya da olası iddialara zemin hazırlamaktadır. Çalışmamızda hekim hatası olduğu saptanan olguların en önemli kusur nedeni tanı ve rapor uyumsuzluğudur. Hekimlerin tıbbi uygulama hatası iddialarıyla karşılaşma ihtimalini azaltmanın yolu, ilgili hekimlerin mesleki bilgi ve becerilerini arttırmaları olarak düşünülse de, asıl azalmanın, hasta ve yakınları ile olan ilişkinin kalitesinin arttırılması ve tıbbi kayıtların düzenli

tutulmasıyla sağlanabileceği düşünülebilir. Hekimler hastalarının sağlığını düzeltmek için büyük bir çaba ile çalışmalarının yanı sıra, suçlamalardan korunabilmek için, hukuksal açıdan görev, yetki ve sorumluluklarını da çok iyi bilmektedir. Sağlık çalışanlarının hastalarla güvene dayalı ilişki kurması, hastalardan uygun biçimde onam alması, hastaların gizliliğini koruması gerekmektedir. Hata ve zarar oluşumunu önlemek için düzenli kayıt tutmaya özen gösterilmeli ve uygulanan tıbbi girişimlerin bilimsel dayanağından emin olunmalıdır. Alanyazında, tıbbi uygulama hataları ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların arttırılması, klinisyenlerde bu konu ile ilgili farkındalık oluşturulmasına, tıbbi uygulama hatası iddialarının önlenmesine ve bu hataların en aza indirilmesine katkı sağlayacaktır. Yine tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasanın düzenlenmesi ve uygulamaya geçirilmesi önemlidir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Ender Cesur, Acıbadem Maslak Hastanesi Darüşşafaka Caddesi Sarıyer/İstanbul İstanbul - Türkiye, ender_cesur@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Bal BS. An introduction to medical malpractice in the United States. *Clin Orthop Relat Res* 2009; 467(2): 339–347.
2. Büyükkıncak E. 2012–2015 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Tarafından Görüş Bildirilen Nöroloji Branşı İle İlgili Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olguların Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Kurumu, Uzmanlık Tezi*, 2016.
3. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. *Multidiscip Respir Med* 2015; 10(1): 12.
4. Özkara E, Naderi S, Gündoğmuş Ü, Arda N. 1994-1998 Yılları Arasında İncelenen Spinal Cerrahi Malpraktis Olgularının Değerlendirilmesi. *Türk Nöroşirürji Derg* 2004; 14: 151–157.
5. Koç S. Adli Tıbbi Açısından Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. *Toraks Cerrahi Bülteni* 2014; 5(1): 14–22.
6. Odabaşı AB, Tümer AR. Çekinik (Defansif) Hekimlik: Yeni Türk Ceza Kanunu’nun Uygulanma Aşamasında Toplumu Bekleyen Tehlike. *Sted* 2006; 15(4): 55–59.
7. Frierson RL, Joshi KG. Malpractice Law and Psychiatry: An Overview. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2019; 17(4): 332-336.
8. Ahn SI, Lee W, Song DH. A Descriptive Study on the Civil Lawsuits of Medical Malpractice Occurred during Psychiatric Ward Treatment. *Psychiatry Investig* 2020;17(9): 865-870.
9. Üzün İ, Özdemir E, Melez İE, Melez DO, Akçakaya A. Ölümle sonuçlanan acil ve elektif genel cerrahi olgularında tıbbi uygulama hatasının değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2016; 22(3): 1.
10. Baungaard N, Skovvang P, Assing Hvidt E, Gerbild H, Andersen MK, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined and understood in European medical literature: protocol for a systematic review. *BMJ Open* 2020; 10: e034300.
11. Bilir Balıkcı M. Tıbbi Uygulama Hatası İddialarında Ölümle Sonuçlanan ve Sonuçlanmayan Olguların Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, 2019.
12. Pirkis J, Blood RW, Francis C, McCallum K. On-screen portrayals of mental illness: extent, nature, and impacts. *J Health Commun* 2006; 11: 523–541.
13. Till B, Arendt F, Niederkrotenthaler T. Effects of media portrayals of alleged malpractice in psychiatry and response strategies to mitigate reputational damage: Randomized controlled trial. *J Psychiatr Res* 2021; 138: 456-462.
14. Sher L. Preventing suicide. *Q J Med* 2004; 97: 677–680.
15. Sher L. Teaching medical professionals about suicide prevention: what’s missing? *Q J Med* 2011; 104: 1005–1008.
16. Sher L. Suicide medical malpractice: an educational overview. *Int J Adolesc Med Health* 2015; 27(2): 203-206.

17. Özkan ZA. Hekim Raporlarının Türleri ve Düzenlenmesi. *Yaşar Hukuk Dergisi* 2021; 3(1): 4-54 .
18. Gündoğmuş UN, Bilge Y, Kendi O, Hancı IH. Hekimlerin Yasal Sorumluluğunun Yüksek Sağlık Şurası Açısından Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bulteni* 1997; 2(3): 127-130.
19. Büken E, Ornek Büken N, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. *J Clin Forensic Med* 2004; 11(5): 233-247.
20. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020. <https://www2.tbmm.gov.tr/d27/7/7-22769sgc.pdf>
21. Polat O, Pakiç I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 2(3): 119-125.
22. Çom U, Üzün İ, Gümüş B. Ölümle Sonuçlanan Kadın Hastalıkları ve Doğum Olgularında Tıbbi Uygulama Hatası İddialarının Değerlendirilmesi. *J Contemp Med* 2020; 10(4): 567-572.
23. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26(2): 149-162.
24. Zendjidian XY, Boyer L. Challenges in measuring outcomes for caregivers of people with mental health problems. *Dialogues Clin Neurosci* 2014; 16(2): 159-169.
25. Coban I. 2007-2011 arası Adli Tıp Kurumu'nca Görüş Bildirilen Nöroloji ve Nöroşirürji Dalında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olgularının Değerlendirilmesi, Adli Tıp Kurumu, Uzmanlık Tezi, 2012.
