

Psikiyatride Malpraktis Malpractice in Psychiatry

Melisa Bulut¹, Neşe Mercan², Çiğdem Yüksel¹

Öz

Tıbbi malpraktis ihmal, bilgi ve beceri eksikliği, dikkatsizlik nedenleriyle standart tedavi ve bakımın yapılmaması sonucunda ortaya çıkan tıbbi uygulama hataları olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatri alanı, malpraktis açısından düşük riskli bir alan olarak görülmesine rağmen, tüm tıbbi malpraktis davalarının %3'ünü oluşturmaktadır. Bu derlemenin amacı literatürde psikiyatri alanındaki malpraktis vakalarının ele alındığı çalışmalar incelenerek psikiyatri alanındaki malpraktis davaları içeriğinin ve psikiyatride malpraktis için alınacak önlemlerin belirlenmesidir. İnceleme sonucunda psikiyatri alanındaki malpraktis davalarının içeriğini; intihar vakalarının, zorla yatışların, tanı koyamamanın, yanlış psikofarmakoloji uygulamalarının, yetersiz tedavi ve mesleki sınır ihlalleri konularının oluşturduğu görülmüştür. Bu davalarda ilk sırada intihar vakalarının olduğu saptanmıştır. Çalışmaların çoğunda psikiyatride malpraktis için alınacak önlemlere odaklanılmıştır. Bu önlemlerin hastane ortamlarında psikiyatri profesyonelleri, hasta, hasta yakınları ve yönetim ile ilgili olduğu ve işbirliği içinde ele alınması gerektiği görülmüştür. Sonuç olarak, malpraktisi önlemede hasta ve psikiyatri profesyonellerinin haklarının korunması, istemsiz ya da zorunlu tedavi ve yatışlardaki uygulamaların net olarak belirlenmesi, hasta ve sağlık çalışanlarının savunucularına kolay ulaşabilmeleri, denetim kurulunun oluşturulmasının gerektiği ve bu konuda ruh sağlığı yasaının yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Malpraktis, psikiyatri, hatalı uygulama

Abstract

Medical malpractice is defined as medical practice errors caused by a lack of standard treatment and care due to neglect, carelessness, lack of knowledge and skills. Despite psychiatry is seen as a low-risk area for medical malpractice, it constitutes 3% of all medical malpractice lawsuits. The purpose of this review is to describe the content of malpractice lawsuits in psychiatry and to determine the measures to be taken for malpractice in psychiatry by reviewing the studies in the literature dealing with malpractice lawsuits in the field of psychiatry. As a result, the content of malpractice lawsuits in the field of psychiatry consists of suicide lawsuits, involuntary admission to psychiatric hospitals, failure to diagnose, psychopharmacologic agents prescribing errors, inadequate treatment, and boundary violation in professional practice. It was determined that suicide lawsuits took first place in these legal cases. Most of the studies focused on the measures to be taken for malpractice in psychiatry. It has been seen that these measures are related to psychiatric professionals, patients, patient relatives and management in hospital settings and need to be handled in cooperation. As a result, in order to avoid malpractice in mental health settings, the rights of patients and psychiatric professionals must be protected, involuntary or compulsory treatments and hospitalizations should be clearly identified, easy access to advocates of patients and health workers and a supervisory board should be established. In this respect, it is thought that an establishment of national legislation about mental health will guide this issue.

Keywords: Malpractice, psychiatry, practice error

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara

² Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Bilecik

✉ Melisa Bulut, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği ABD, Ankara, Turkey
melisaaabulut@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 09.05.2019 | Kabul tarihi/Accepted: 01.07.2019 | Çevrimiçi yayın/Published online: 21.10.2019

TÜRK Dil Kurumu malpraktisi Hemşirelik Sözlüğünde “Tanı, tedavi, bakım hizmetlerinde sağlık ekibi üyelerinin tedbirsizlik ve dikkatsizliği sonucunda hastanın yaşamı ve sağlığını sürdürmesine doğrudan etki eden istenmeyen uygulama ve olaylar” ve “Tıbbi hata” olarak tanımlamaktadır. Tıp terimleri klavuzu ise malpraktisi “kusurlu uygulama” olarak tanımlamaktadır. Tıbbi malpraktis ise literatürde ihmal, bilgi ve beceri eksikliği, dikkatsizlik nedenleriyle standart tedavi ve bakımın yapılmaması sonucunda ortaya çıkan tıbbi uygulama hataları olarak tanımlanmaktadır. Malpraktisin ortaya çıkmasında gerekli sayı ve nitelikte sağlık personelinin bulunmaması, finansal yetersizlik, artmış hasta yükü, olumsuz çalışma koşulları, konsültasyonlarda işbirliği yetersizliği ve yönetsel sorunlar gibi sağlık çalışanına ve sağlık sistemine bağlı birçok neden bulunmaktadır (Türkmen 2009, Ersoy 2014).

Psikiyatri, tıbbi malpraktis açısından düşük riskli bir uzmanlık alanı olarak kabul görmektedir. Buna rağmen, yıllar içinde tıbbi ihmal raporları, yanlış uygulama iddiaları ve psikiyatristlere açılan malpraktis davalarında hızlı bir artış olmuştur (İlnem ve İlnem 1999). Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan ve 17 tıp disiplininin incelendiği bir araştırmada (Kent 2011), her yıl hekimlerin %7.5’inin malpraktis davaları ile karşı karşıya kaldığı saptanmıştır. Psikiyatri alanı, açılan bu davaların %3’ünü kapsamaktadır (Kent 2011). Malpraktis davalarını; yanlış tanı, yanlış veya etkisiz tedavi, ilaç hataları, hastanede zorla tutma, hasta-hekim ilişkisindeki sınır ihlalleri ve intihar eden hastanın yanlış değerlendirilmesi ve yönetimi ve benzeri konularının oluşturduğu bulunmuştur (Herbert ve Modlin 1990, Reich ve Schatzberg 2014, Martin-Fumadó ve ark. 2015, Reuveni ve Pelov 2017).

Psikiyatri alanında artan malpraktis vakalarına rağmen, malpraktis konusunda Türkiye’de yapılmış çalışmalar incelendiğinde, tıpkı dünya literatüründe olduğu gibi, yeterli sayıda araştırmanın olmadığı saptanmıştır. Bu derlemenin amacı literatürde psikiyatri alanındaki malpraktis vakalarının ele alındığı çalışmalar incelenerek psikiyatri alanındaki malpraktis davaları içeriğinin ve psikiyatride malpraktis için alınacak önlemlerin belirlenmesidir. Bu çalışmada literatüre katkı sağlanması, psikiyatri alanında malpraktis konusunda farkındalığın oluşturulması ve sonraki çalışmalar için yol gösterici olması hedeflenmiştir. Bu amaçla bu çalışmada, Scopus ile Elsevier/ClinicalKey/ScienceDirect ve PubMed, Google Scholar veritabanlarında 10 Mart- 6 Haziran 2019 tarihleri arasında “malpraktis, psikiyatri ve malpraktis, psikiyatride hatalı uygulama, malpractice, malpractice and psychiatry, medical malpractice, medical malpractice and psychiatry” anahtar kelimeleri kullanılarak literatür taraması yapılmıştır. Taramalar sonucunda ulaşılabilen ve psikiyatride malpraktis konusunu kavramsal çerçevede ele alan 29 çalışma incelenmiştir. İnceleme sonucunda psikiyatri alanındaki malpraktis davalarının içeriğini; intihar vakalarının, zorla yatışların, tanı koyamamanın, yanlış psikofarmakoloji uygulamalarının, yetersiz tedavi ve mesleki sınır ihlalleri konularının oluşturduğu görülmüştür.

İntihar düşüncesi/girişimi ve malpraktis

Çoğu zaman hastalık semptomları ya da bu semptomlarla etkili şekilde baş edilmemesi bireyin karar vermede zorlanmasına neden olabilmektedir. Bireyin yararına en uygun olanı yapmak, bireyin isteklerine aykırı dahi olsa hasta güvenliğini sağlamak için karar vermek, yasalara ve etik kurallara göre psikiyatri profesyonellerinin sorumluluğundadır. Buna örnek olarak intihar girişimi riski olan bir hastanın rızası dışı hastaneye yatırılması verilebilir (Hal ve ark. 2013). Psikiyatri tedavisinde yer alan bazı uygulamalar sağlık çalı-

şanları açısından zorlayıcı özelliklere sahiptir. İntihar düşüncesi olan ya da intihar girişimi riski yüksek olan hastayı tedavi etmek bunlardan birisidir. Sağlık çalışanları hem hastanede yatan, hem ayaktan tedavi gören, hem de taburcu edilmiş hastaların intihar girişiminden sorumlu tutulmaktadır.

Bu sorumluluk nedeni ile gerçek bir intihar riski karşısında tedbir alınmadığında ve intihar girişimi ölümle sonuçlandığında yasal sorunlar ortaya çıkmaktadır (Hal ve ark. 2013). Alexander ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan araştırmada, psikiyatristlerin %67'sinin intihar girişimi nedeniyle en az bir hastasını kaybettiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Bu oranlar ile paralel olarak psikiyatri ile ilgili gerçekleştiği iddia edilen malpraktis uygulamalarının önde gelen sebepleri arasında %17 oranında intihar sonucu ölümler ve intihar girişimleri yer almaktadır. İntihar düşüncesini ve girişimini önlemek için yapılan uygulamalar, psikiyatri pratiğinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Yapılandırılmamış klinik değerlendirmeler intihar düşüncesini ve girişimini fark etmede yetersiz olabilmektedir. O nedenle yapılandırılmış klinik değerlendirmeye ve intihar risk düzeyini belirlemek ve azaltmak, koruyucu faktörleri tanımlamak için intihar riski değerlendirme ölçeklerinin ve klinik intihar riski tahmini ve değerlendirme sürecini yöneten modellerin kullanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Literatürde bu model ve ölçekler "İşbirlikçi Değerlendirme ve İntihar Yönetimi Modeli (CAMS), İntihar Durum Formu (SSF), Columbia İntihar Düşüncesi Derecesi Ölçeği (C - SSRS), Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (SSI), Oxford Zihinsel Hastalık ve İntihar Değerlendirme Aracı (OxMIS) ve Hemşirelerin Küresel İntihar Riskini Değerlendirme Aracı (NGASR)" olarak yer almaktadır (Cutcliffe ve Barker 2004, Oquendo ve Bernanke 2017, Fazel ve ark. 2019). Araçlarla güçlendirilen yapılandırılmış klinik değerlendirme ile malpraktis uygulama oranlarının ve bu uygulamalardan kaynaklanan malpraktis dava oranlarının azalacağı aşıkardır. Klinik değerlendirmelerin yanı sıra çok yönlü yaklaşımın, kaliteli klinik bakımın ve belgelerin kayıt edilmesinin de malpraktisi azaltmada katkısı olmaktadır (Alexander 2000). Bu uygulamalar, intihar girişimini ve malpraktisi azaltarak hem hastayı hem de sağlık çalışanını korumaktadır.

Kendisine ve başkalarına zarar verme ve malpraktis

Sadece intihar vakaları değil, aynı zamanda hastanın kendisine ve başkalarına zarar vermesi de malpraktis davalarına yol açabilmektedir. Jašović-Gašić ve arkadaşları (2009) yaptıkları bir araştırmanın sonucunda kendilerine zarar verme ve diğer kişilere karşı fiziksel saldırganlıkla sonuçlanan dört psikiyatri hastası vakasını sunmuşlardır. Bu vakalar; 1) akut organik zihinsel bozukluğu olan bir hastanın hastane penceresinden atlaması nedeni ile yaralanmasını, 2) akut zihinsel bozukluğu olan bir hastanın yoğun bakım ünitesinden kaçtıktan sonra kendini boğarak gerçekleştirdiği intiharı, 3) depresif bir hastanın düşük güvenli bir psikiyatri ünitesinden kaçtıktan sonra gerçekleştirdiği intiharı, 4) kronik zihinsel engelli bir hastanın kendisi ve diğer kişilerin yaşamlarını tehdit edecek kadar fiziksel şiddet uygulamasını içermektedir. Bu vakalara ilişkin değerlendirmelerde şiddet içeren davranış risklerinin tahmin edilebilir olduğu ve psikiyatri profesyonelleri ve hastane yönetiminin hastanın korunmasını sağlaması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu ve benzeri durumlarda psikiyatri profesyonelleri, zararlı sonuçları önlemek için uygun teşhis ve tedavi prosedürlerini ve uygun ortam sağlamak kaydı ile gerekli tüm önlemleri uygulamıyorlarsa, bu tür eylemlerde psikiyatri profesyonellerinin ihmali olduğu sonucuna varılmaktadır.

Psikofarmakoloji ve malpraktis

Psikiyatride malpraktis konularından birisi de hatalı psikofarmakolojik tedavidir. Bu konudaki davalar ilaç üreticilerine, reçeteyi yazan hekime, hastaneye, hemşirelere, eczacılara karşı açılabilir (İlnem ve İlnem 1999). Psikofarmakolojik malpraktis nedenleri arasında hastanın tıbbi geçmişinin iyi değerlendirilmemesi, tedavi planından önce klinik değerlendirmenin yapılmaması, yanlış ilaç yazılması, yanlış dozda ilaç yazılması ve uygulanması, uygun olmayan süre boyunca ilaç kullanılması, ilacın yanlış uygulanması, tedavi sırasında hastanın gözlenmemesi, yan etki ve toksisite belirtilerinin tanınmaması, ilaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimlerinin önlenmemesi, gerekli konsültasyonun istenmemesi ve uygulanan tedavinin kayıt altına alınmaması yer almaktadır (İlnem ve İlnem 1999, Haw ve Stubbs 2003). Ayrıca psikofarmakolojik ilacın geç yan etkileri ve uzun tedavinin riskleri konusunda hasta ve ailesine bilgi verilmemesi de malpraktis davalarının açılmasına neden olmaktadır. Antipsikotiklerin neden olduğu geç diskinezi, benzodiazepinlerin neden olduğu deliryum ve ani ölüm, antidepresanların uygun kullanılmaması nedeni ile gerçekleşen intihar girişimleri, lityum karbonatın takibinin yapılmamasına bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar, psikotrop ilaç kullanımı sırasında araç kullanmanın riskleri konusunda hastanın uyarılmaması sonucunda ortaya çıkan kazalar ve üçüncü kişilerin zarar görmesine ilişkin açılan ve davacıların kazandığı davalar bulunmaktadır (İlnem ve İlnem 1999).

Meagher ve Snowden (2003) yaptıkları bir araştırmada, ilaç tedavisi düzenlenirken kanıta dayalı kılavuzlardan yararlanılmadığını saptamışlardır. Antipsikotik ilaç kullanan 217 hastanın 169'unun yalnızca oral, 71'inin uzun süre etkili intramüsküler ilaç ve 34'ünün oral ve intramüsküler ilaçları birlikte kullandığı saptanmıştır. Yine benzer bir çalışmada (Yorston ve Pinney 2000) polifarmasinin hastalar arasında yaygın olduğu ve 258 hastadan 30'unun kılavuzlarda önerilen ilaç dozunun çok üstünde antipsikotik ilaç kullandığı bulunmuştur. Paton ve Banham (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, 400 yataklı bir psikiyatri hastanesinde çalışan eczacılar tarafından tespit edilen reçete hatalarının bir analizi incelenmiştir. İki danışman psikiyatrist ve bir eczacı ilaç reçetelendirme hatalarını taramış ve sınıflandırmışlardır. Tespit edilen 311 hatanın %56'sının klinik açıdan önemsiz olduğu, %9'unun hastaya zarar verme potansiyeline sahip olan fakat yaşamı tehdit etmeyen hatalar olduğu saptanmıştır. Reçete yazım hataları %88 ile, ilaca karar verme hatalarından daha yaygın bulunmuştur. Psikotrop olmayan ilaç hata oranı, psikotrop ilaç hatalarının iki katı olarak bulunmuştur. Bu durum psikiyatristlerin psikotrop ilaç reçetelemeye olan aşinalıkları ile açıklanmıştır.

Tedavi edici girişimlerde mesleki sınırlar ve malpraktis

Psikiyatrideki malpraktis konularından bir diğeri ise tedavi edici girişimlerdeki mesleki sınırların ihlalidir. Mesleki uygulamalarda sınır, profesyonel ve kişisel kimlik arasındaki ayrımın belirlenmesidir. Sınırlar hem profesyonellerin hem de hastaların güvenliği için gereklidir. Bu nedenle sınır ihlalleri sağlık çalışanı ve hasta arasındaki ilişkinin güvenliğini zedelemektedir. Sınır ihlalleri ile ilgili verileri elde etmek oldukça zordur. Sadece çok ciddi ihlallerin bildirildiği, daha küçük olanların ise bildirmeme ihtimalinin yüksek olduğu bilinmektedir. Sınır ihlallerini cinsel ve cinsel olmayan sınır ihlalleri olarak sınıflandırmak mümkündür. Cinsel olmayan sınır ihlalleri; kendi kişisel yaşantını aşırı açıklama, düşük ücret alma veya hiç ücret almama, terapi süresini kasıtlı olarak uzatma, seanslarda

telefon görüşmelerine izin verme, hasta ile sosyal bir ilişki kurma, hasta ve hekimin birbirlerine isimleriyle hitap etmesi, hastaya tedavi süresince arkadaş veya sırdaş gibi davranma, sık dokunmalar veya sık kucaklaşmalar olarak tanımlanabilir (Sarkar 2004). Cinsel sınır ihlalleri ise çok daha ciddi bir sorundur. Etik ihlal olmaktan çıkmakta ve birçok ülkede yasadışı olarak kabul edilmektedir. Bu durum hastanın yalnızca o anki tedavi sürecini etkilememekte, daha sonraki tedavi sürecini de olumsuz etkilemektedir. Bu bilgilerin yanı sıra tedavi edici ilişki sonlandıktan sonra yeni bir romantik ilişkinin başlaması ve tedavi sürecinde elde edilen güven, bilgi ve duyguların kullanılması da etik ihlal olarak kabul edilmektedir (American Medical Association 2002). Sınır ihlalleri sonucunda hastalar duygusal karmaşa ve kimlik karmaşası yaşamakta ve utanç, korku, öfke, suçluluk hissetmektedirler. Sınır ihlalleri hastaların paranoya, depresyon, cinsel işlev bozuklukları, kendine zarar verme ve hatta intihar girişiminde bulunmalarına neden olabilmektedir (Sarkar 2004).

Bu durum göz önüne alınarak psikiyatri alanı cinsel sınır ihlalleri açısından resmi bir duruş sergileyen ilk tıbbi uzmanlık alanı olmuştur. Bu duruşun gerekçesi tedavi edici ilişkinin hassasiyeti, sınır ihlalinin kolaylığı ve hastaların birçok yönden incinebilir olmalarıdır.

Kanada Tabipler Birliği'nin belirlediği etik kurallar içinde "Bir doktor, kendi duygusal, finansal ve cinsel gereksinimlerini karşılamak için doktor-hasta ilişkisini kullanmaktan titizlikle kaçınacaktır" maddesi yer almaktadır (Canadian Psychiatric Association 2002). Amerikan Tabipler Birliği "Doktor-hasta ilişkisi ile eşzamanlı olarak meydana gelen cinsel temas, cinsel kötüye kullanımı" tıbbi etik ihlal olarak bildirmektedir. İngiltere'de benzer şekilde İyi Tıbbi Uygulamalar Etik Rehberi'nde ve Kraliyet Psikiyatri Koleji Etik Kuralları'nda doktor ve hasta arasındaki cinsel yakınlık ilişkilerinin tamamen kabul edilemez olduğu açıkça belirtilmektedir (Royal College of Psychiatrists 2002). Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association 2014), psikiyatri ve akıl sağlığı hemşireliği uygulamalarının kapsamı, standartları ve mesleki etik kodlarında "profesyonel sınırların, mesleki kişilerarası sürecin ayrılmaz bir parçası olduğu ve cinsel yakınlık içeren davranışların etik olmadığı" yer almaktadır. Türkiye'de uygulanan Ruh hekimliği (Psikiyatri) Meslek Etiği Kurallarına göre (Türkiye Psikiyatri Derneği 2002) ise hasta-hekim ilişkisinin dışına çıkmama ilkesi doğrultusunda "Ruh hekimi, hastayla ilişkisinde tanı ve sağaltım amacının dışında bir ilişki türünün oluşmasına izin vermemelidir. Hastasına herhangi bir cinsel yakınlaşmada bulunmamalıdır." ifadesine yer verilmiştir. Alınan bu etik kararlar, yararlılık ilkesini koruyarak hastanın zarar görmesini engellemektedir. Ek olarak tedavi edici ilişkinin sağlanmasını, güven ilişkisinin korunmasını, tedavinin amacına uygun şekilde uygulanmasını ve devamlılığını, tedavide objektif kararların alınmasını sağlamaktadır.

Sınır ihlallerinin bildirim ve sonucundaki yaptırımlar ülkeden ülkeye değişim göstermektedir. İngiltere'de 1998-1999 yıllarında, psikiyatristlere karşı 23, psikoterapistlere karşı 60 sınır ihlali şikâyeti bildirilmiştir (Sarkar 2004). Amerikan Psikiyatri Birliği son on yıl boyunca yılda ortalama on psikiyatristin cinsel sınır ihlali nedeniyle ihraç edildiğini rapor etmiştir. Bunun yanı sıra birçok suistimal davası para cezası veya lisansın askıya alınması gibi yollarla sonuçlanmaktadır (Garrett 2002). Uygunsuz davranışa yönelik yaptırımlar, mesleği bir profesyonelle yakışmaz hale getirme bağlamında değerlendirilmekte ve profesyonel kuruluştan geçici veya kalıcı olarak açığa alınmayı, işten çıkarılmayı ve uygulama lisansının kaldırılmasını içermektedir. ABD'de, rızası olan bir hastayla cinsel ilişki bile, en az 18 eyalette suç olarak kabul edilmektedir. İngiltere'de ise mesleki

kurumlara ihlallerin bildiriminin daha seyrek; yaptırımların daha az olduğu görülmektedir (Sarkar 2004). Diğer psikiyatri profesyonellerine ilişkin sınır ihlali ile ilgili literatürde kaynağa rastlanmamıştır.

Sınır ihlallerinin önlenmesi için sağlık profesyonelleri ile eğitim ve farkındalık çalışmaları yapılmalıdır. Yasalar ve etik ilkeler sınır ihlalleri konusunu net bir biçimde tanımlamalı, ihlal bildirimlerinin yapılmasını sağlayacak düzenlemeler yapılmalı, sınır ihlali gerçekleştiği takdirde mesleki birlikler ve derneklerin yaptırımların yanı sıra yasalar ile hem hasta hem de sağlık çalışanları koruma altına alınmalıdır. Ayrıca kurumlar da yönetim düzeyinde stratejiler geliştirmelidirler (Sarkar 2004).

Psikiyatride malpraktis için alınacak önlemler

Alınacak önlemler ile malpraktisi önlemek mümkündür. Psikiyatride hatalı tıbbi uygulamaların %80'inin klinik uygulama sürecinde olduğunu göz önünde bulundurursak, önlemlerin de yine klinik uygulamayı kapsamaması gerekmektedir (Herbert ve Modlin 1990). Literatür incelenmesi sonucunda malpraktis için alınabilecek önlemler aşağıda sunulmuştur (Herbert ve Modlin 1990, İlnem ve İlnem 1999, Türk Tabipler Birliği 1999, Alexander ve ark. 2000, Türkiye Psikiyatri Derneği 2002, Sarkar 2004, Jašović-Gašić ve ark. 2009, Oren ve Santopietro 2013, Reuveni ve Pelov 2017).

1. Sağlık çalışanı malpraktis konusunda bilgi sahibi olmalıdır.
2. Malpraktisi önlemek için sağlık çalışanları, hasta, hasta yakınları ve hastane yönetimi işbirliği içinde olmalıdır.
3. Hastanın tedavisini planlayan psikiyatristin, tercihen hastanın muayenesini yapan psikiyatrist olması sağlanmalıdır.
4. Hastanın klinik değerlendirmesi yapılandırılmış olmalı, gereken süre ayrılmalı ve intihar risk düzeyini belirlemek ve azaltmak, koruyucu faktörleri tanımlamak için gerekli araçların kullanılması sağlanmalıdır.
5. Hastanın kendisine veya başkalarına zarar vermesi açısından risk düzeyi değerlendirilmeli ve bu değerlendirme ve buna ilişkin alınan tedbirler kayıt altına alınmalıdır.
6. Psikofarmakolojik malpraktisi önlemek için hastanın tıbbi geçmişi iyi değerlendirilmeli, tedavi planından önce klinik değerlendirme yapılmalıdır.
7. Psikiyatride çalışan ve tedavi ve bakımda rol alan sağlık çalışanlarının tamamı, doğru ilaç/doğru dozun yazılması ve uygulanması, gereken süre boyunca ilaç kullanılması, ilacın doğru uygulanması, tedavi sırasında hastanın gözlenmesi, yan etki ve toksisite belirtilerinin tanınması, ilaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimlerinin hastaya öğretilmesi, izlenmesi ve önlenmesi, gerekli konsültasyonun istenmesi ve uygulanan tedavinin kayıt altına alınması konusunda üzerine düşen rolleri gerçekleştirmelidirler.
8. Tedavi planı, riskler, etki ve yan etkiler hasta ve ailesine açıklanmalı, alternatif tedavi seçenekleri anlatılmalı ve hastadan ve gerekli durumlarda hasta yakınlarından onam alınmalıdır.
9. Psikiyatri profesyonelleri tedavi ve bakımın planlanmasının hangi aşamasında rol aldıklarını ve hangi uygulamanın tıbbi sorumluluğunu aldıklarını detaylı bir şekilde açıklayan form veya belgeleri imzalı olarak bulundurmaldırlar.
10. Psikiyatri profesyonelleri hastanın önceki tıbbi kayıtlarına, klinik değerlendirmesine, teşhis sonuçlarına, tedavi planına, tedavinin risk-yarar hesabına ilişkin

hekimin düşüncesine ve bir aile üyesi ile yapılan görüşme de dahil olmak üzere tedavi planını oluşturmada yol gösterecek klinik kayıtlara sahip olmalıdır.

11. Sınır ihlallerinin önlenmesi için sağlık profesyonelleri ile eğitim ve farkındalık çalışmaları yapılmalı, ilgili etik ilkeler ve yasalar konusunda çalışanlar bilgilendirilmeli ve kurumların da bu konuda yönetim düzeyinde stratejiler geliştirmesi sağlanmalıdır.
12. Gerekli durumlarda diğer psikiyatri profesyonellerinden veya başka uzman hekimlerden konsültasyon istenmelidir. Bu istem kayıt altına alınmalıdır.
13. Psikiyatri profesyonelleri tedavi ve bakım verdiği hastayı bir başka profesyonele devretmesi gereken bir durum ile karşılaştığında hastanın bilgilerini eksiksiz bir şekilde aktarmalı ve bu durumu kayıt altına almalıdır.
14. Malpraktisi önlemek için alınan önlemlerin yetersiz kaldığı durumlarda sağlık çalışanının kendini korumak için geliştirdiği bazı davranışlar engellenmelidir. Bu davranışlar savunma tıbbı olarak tanımlanmaktadır.

Malpraktise karşı gelişen savunma tıbbı

Savunma tıbbı, temel olarak yanlış uygulama yükümlülüğüne maruz kalmayı azaltmak veya bir malpraktis davası durumunda yasal koruma sağlamak için gerçekleştirilir. Malpraktis davaları ile karşı karşıya kalmamak için sağlık profesyonelleri genellikle savunma tıbbına yönelmektedirler. Ancak özellikle de psikiyatri alanında savunma tıbbı tedavi kararını güvenilir uygulamalardan uzaklaştırabilir. Bu davranış iki şekilde olabilir. İlki, ayakta tedavi edilebilecek ve tedavi edilmesi gereken intihar düşüncesi olan bir hastanın, yalnızca savunma nedenleriyle hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gibi “güvence davranışı” sergilemektir. İkincisi, hekimin yüksek riskli hastaların tedavisinde yer alma konusundaki isteksizliğini ifade etmesi ile “kaçınma davranışı” sergilemesidir (Reuveni ve Pelov 2017). Alınan bu iki karar malpraktis riskini azaltmak adına hastanın zararına, gereksiz ekonomik yüke, gereksiz test ve prosedürlere neden olabilmektedir. Ayrıca yapılan kanıta dayalı çalışma sonuçları savunma tıbbını desteklememektedir (Kessler ve McClellan 1996, Reuveni ve Pelov 2017).

Literatürde savunma tıbbını farklı çerçevede inceleyen çalışmalar bulunmaktadır ancak bu çalışmalar çoğunlukla hekimlerin yaptığı uygulamalar üzerine yoğunlaşmıştır. Kessler ve McClellan’ın (1996) araştırmasında savunma tıbbı toplam sağlık harcamasının yaklaşık yüzde onundan sorumlu bulunmuştur. Studdert ve ark. (2016) çalışmalarında yanlış uygulama yükümlülüğüne maruz kalınabilecek bir durumda psikiyatristlerin %93’ünün savunma tıbbı uyguladığını saptamışlardır. Başka bir çalışmada Reuveni ve Pelov (2017) asistanların ve kıdemli psikiyatristlerin savunma davranışlarını incelemişler ve asistanların intihar riski olan hastayı hastaneye yatırma, hamile ve yaşlı hastalara farmakolojik tedavi uygulama konularında daha fazla savunmacı davranış sergilediklerini bulmuşlardır. Bu çalışmaya katılan psikiyatristlerin %62.1’i hastalarının en az yarısına savunma tıbbı uyguladığını dile getirmişlerdir. Psikiyatristlere malpraktis iddialarından nasıl etkilendikleri sorulduğunda; 58 katılımcıdan 36’sı endişeli, 33’ü kızgın, 26’sı huzursuz, 16’sı güvenilmez, 14’ü suçlu, 14’ü enerjik veya yorgun hissettiğini bildirirken, 16’sı uyku sorunları olduğunu, 11’i çalışmakta işlevsiz olduğunu ifade etmiştir.

Savunma tıbbı ele alınması gereken önemli bir konudur. Bu konu ile ilgili kanıta dayalı araştırma sayısı, savunma tıbbı ile başa çıkma yolları ve çözüm önerisi kısıtlıdır. Savunma tıbbına başvurma sıklığı, hem psikiyatri profesyonellerinin hem de hastaların

bakış açıları ve davranışlarındaki değişimle azaltılabilir. Ayrıca, riskli klinik durumları hedef alan klinik uygulama kılavuzlarının geliştirilmesinin ve uygulanmasının hem savunma tıbbını hem de malpraktisi engelleyeceği düşünülmektedir (Reuveni ve Pelov 2017).

Sonuç ve öneriler

Psikiyatri uygulamalarında malpraktise neden olabilecek alanlar bulunmaktadır. Malpraktisin çoğunlukla “intihar düşüncesi/girişimi, kendisine ve başkalarına zarar verme, psikofarmakoloji, tedavi edici girişimlerde sınır ihlalleri” söz konusu olduğunda yapılabildiği görülmüştür. Malpraktisin önlenmesi için alınması gereken bazı önlemler bulunmaktadır. Bu önlemlerin alınmasında psikiyatri profesyonelleri, hasta, hasta yakınları ve yönetimin işbirliği içinde olması gerekmektedir. Yeterli önlemler alınmadığında psikiyatri profesyonelleri, temel olarak yanlış uygulama yükümlülüğüne maruz kalmayı azaltmak veya bir malpraktis davası durumunda yasal koruma sağlamak için savunma tıbbını tercih edebilmektedir.

Malpraktis psikiyatri profesyonellerini, hastayı, sağlık harcamalarını ve yönetimi olumsuz etkileyebilmektedir. Malpraktisi önlemek için yasal ve etik olarak kabul edilmiş uygulamalar tercih edilmelidir. Ancak dünya genelinde bir çok yerde ve özellikle de ülkemizde malpraktisin gerek niteliğine gerek gerçekleşmesi halinde yaptırımlarının ne olacağına ilişkin yasal düzenlemelerin ve etik kuralların yeterince net olmadığı görülmektedir. Ayrıca malpraktis konusunda Türkiye’de yapılmış çalışmalar incelendiğinde, tıpkı dünya literatüründe olduğu gibi, yeterli sayıda ve güncel araştırmanın olmadığı, var olan literatürün ise psikiyatri profesyonelleri içerisinde genellikle hekime ilişkin çalışmaları kapsadığı saptanmıştır. Türkiye’de bu konunun ele alınması hususunda geç kalınmasının ruh sağlığı yasasının henüz olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ruh sağlığı yasasının olması ile hasta ve psikiyatri profesyonellerinin haklarının korunması, istemsiz ya da zorunlu tedavi ve yatışlardaki uygulamaların net olarak belirlenmesi, hasta ve sağlık çalışanlarının savunucularına kolay ulaşabilmeleri ve bu konuya ilişkin denetim kurulunun oluşturulması sağlanabilir. Bu sayede malpraktisi önlemeye yönelik yasal düzenlemelerin ve etik kuralların oluşturulmasının kolaylaşacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada psikiyatri alanında oluşan malpraktis davaların içeriği detaylı ve bütüncül bir şekilde ele alınmıştır. Malpraktis için alınacak önlemlerin neler olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda malpraktisi azaltmaya yönelik alınan önlemlerin niteliğini inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ek olarak ileride yapılacak olan çalışmaların sadece psikiyatristi değil, psikiyatri tedavi ve bakımında yer alan diğer profesyonelleri ve disiplinleri kapsamaması gerektiği önerilmektedir.

Kaynaklar

- Alexander DA, Klein S, Gray NM (2000) Suicide by patients: Questionnaire study of its effects on consultant psychiatrists. *BMJ*, 320:1571–1574.
- American Medical Association (2002) Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations, 2002–2003 ed. Chicago, IL, American Medical Association.
- American Nurses Association (2014) Psychiatric-Mental Health Nursing: Scope and Standards of Practice, 2nd ed. Maryland, Silver Spring.

- Canadian Psychiatric Association (2002) The 1996 CMA Code of Ethics Annotated for Psychiatrists. Available from: http://www.cpa-apc.org/Publications/Position_Papers/annotatedCodeOfEthics/codeOfEthics. (Accessed date: 12.03.2019).
- Cutcliffe JR, Barker P (2004) The nurses' global assessment of suicide risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *J Psychiatr Nurs*, 11:393-400.
- Ersoy V (2014) Tıbbi malpraktis. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, 5:29-32.
- Fazel S, Wolf A, Larsson H, Mallett S, Fanshawe TR (2019) The prediction of suicide in severe mental illness: Development and validation of a clinical prediction rule (OxMIS). *Transl Psychiatry*, 9:98.
- Garrett T (2002) Inappropriate therapist-patient relationships. In *Inappropriate Relationships* (Eds R Goodwin, D Cramer):147-170. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Hal S, Wortzel M, Matarazzo B, Homaifar B (2013) Model for therapeutic risk management of the suicidal patient. *J Psychiatr Pract*, 19:323-326.
- Haw C, Stubbs J (2003) Prescribing errors detected by pharmacists at a psychiatric hospital. *Pharmacy in Practice*, 13:64-66.
- Herbert C, Modlin MD (1990) Forensic psychiatry and malpractice. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 18:153-162.
- İlnem C, İlnem M (1999) Psikiyatri pratiğinde hatalı uygulamalar. *Dusunen Adam*, 12:4-15.
- Jašović-Gašić M, Aleksandar J, Lečić-Toševski D (2009) Medicolegal aspects of hospital treatment of violent mentally ill persons. *BMJ*, 137:292-297.
- Kent A (2011) What's new in the other journals? *BJOG*, 118:1682-1683.
- Kessler DP, McClellan M (1996) Do doctors practice defensive medicine? *Q J Econ*, 111:353-390.
- Martin-Fumadó C, Gómez-Durán EL, Rodríguez-Pazos M (2015) Medical professional liability in psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr*, 43:205-212.
- Meagher DJ, Snowden H (2003) Sub-optimal prescribing in an adult community mental health service: Prevalence and determinants. *Psychiatr Bull*, 27:266-270.
- Oquendo MA, Bernanke JA (2017) Suicide risk assessment: tools and challenges. *World Psychiatry*, 16:28-29.
- Oren D, Santopietro J (2013) Psychiatrist liability and treatment planning in outpatient clinic services: Commentary. *Community Ment Health J*, 49:47-49.
- Paton C, Gill-Banham S (2003) Prescribing errors in psychiatry. *Psychiatr Bull*, 27:208-210.
- Reich J, Schatzberg A (2014) An empirical data comparison of regulatory agency and malpractice legal problems for psychiatrists. *Ann Clin Psychiatry*, 26:91-96.
- Reuveni I, Pelov I (2017) Crosssectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. *BMJ*, 7:1-7.
- Royal College of Psychiatrists (2002) *Vulnerable Patients, Vulnerable Doctors: Good Practice In Our Clinical Relationships*. London, Royal College of Psychiatrists Council Report.
- Sarkar SP (2004) Boundary violation and sexual exploitation in psychiatry and psychotherapy: A review. *Adv Psychiatr Treat*, 10:312-320.
- Studdert DM, Bismark MM, Mello MM (2016) Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. *N Engl J Med*, 62:354-374.
- Türk Tabipler Birliği (1999) *Hekimlik Meslek Etiği Kuralları*. Ankara, Türk Tabipler Birliği
- Türkiye Psikiyatri Derneği (2002) *Ruh Hekimliği (Psikiyatri) Meslek Etiği Kuralları*. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Türkmen HÖ (2009) "Malpraktis" kavramı neleri çağırıyor? *Türkiye Biyoetik Derneği e-Bülteni*, 19:5-16.
- Yorston G, Pinney A (2000) Chlorpromazine equivalents and percentage of British national formulary maximum recommended dose in-patients receiving high-dose antipsychotics. *Psychiatr Bull*, 24:130-132.

Yazarların Katkıları: Tüm yazarlar, her bir yazının çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladığını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmişlerdir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir

Authors Contributions: All authors attest that each author has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.