

Ülkemizdeki Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Örgütlenme Sorunları ve Bazı Öneriler¹

ORGANIZATION PROBLEMS IN MENTAL HEALTH SERVICES AND A NEW MODEL PROPOSAL

Erol GÖKA*, Özge YENİER DUMAN**

* Doç.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Psikiyatri Kliniği, Şefi,

** Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Psikiyatri Kliniği, Asis., ANKARA

Özet

“Psikiyatrik hospitalizasyon” kavramı, psikiyatrinin modern tıbbın ayrılmaz bir parçası olması mücadelesinde, birçok aşamadan geçerek bugünlere kadar ulaşmıştır. Bu alandaki çabaların sonucunda bugün için geçerli yaklaşım, yataklı psikiyatrik hizmet veren kurumun ruhsal bozuklukların tedavisini ve iyileşmesini kolaylaştırmak için güvenli, emin, sonuçları tahmin edilebilir, bakım ve eğitim yuvası olması ve hastaneye yatışın alabildiğine sınırlandırılması gerektiğidir. Bu yaklaşım, psikiyatrik hospitalizasyonun özellikle süresiyle ilgili olarak önceki yaklaşımlardan köklü bir biçimde farklıdır. Psikiyatrik hospitalizasyona yeni yaklaşımımızla birlikte, psikiyatrideki örgütlenmeye ve klinik yönetimine bakışımızın da değişmesi gerektiği, gelişmiş ülkelerde bile, uygulamada ortaya çıkan sorunlardan bellidir. Bu kadar kısa yatış süreci, psikiyatrik tedavileri yeniden gözden geçirmemizi, tedavi ve bakım kavramları arasında net bir ayırım yapmamızı ve bugüne kadar yeterince üzerinde durulmamış olan “psikiyatrik rehabilitasyon” kavramına daha kapsayıcı ve gerçekçi bir bakışı zorunlu kılmaktadır. Bu yazının amacı “psikiyatrik hospitalizasyon” kavramını eksen alarak psikiyatrinin modern tıbbın bir dalı olma mücadelesi sürecinde yaşanan gelişmeleri ve bugün gelinen yeri, ruhsal bozuklukların tedavisinde psikiyatri kliniklerinin yükümlülüklerinin sınırlarını kuramsal bir kapsam içinde ortaya koyarak, Türkiye için mevcut yapıdaki sorunları ve çözüm önerilerini tartışmaya açmaktır.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatrik hospitalizasyon,
Psikiyatrik rehabilitasyon,
Toplum psikiyatrisi

T Klin Psikiyatri 2002, 3:80-92

Summary

The concept of “psychiatric hospitalization” has been shaped till today through passing many stages within the framework of the struggle of psychiatry in order to be an indispensable part of the modern medicine. As a result of the studies in this field, as of today, it is accepted that the institution providing the psychiatric hospitalization should be a reliable and safe care and training center stipulating guessable results in order to facilitate the treatment and the recovery of the psychiatric disorders and the hospitalization should be limited as far as it is possible and finalized at the immediate time. This approach is fundamentally different from the previous ones especially from those regarding the duration of the hospitalization. Apart from our new approach to the psychiatric hospitalization, through the problems emerged in practice in the developed countries, it has been clear that our current method in the psychiatric institutionalization and clinic management should be changed. Such a short time of hospitalization requires the reexamination of psychiatric treatment methods setting a distinction between treatment and care and developing a more comprehensive and realistic view for the psychiatric rehabilitation. This article takes the psychiatric hospitalization as the main centre of argument and in that respect, it aims to discuss the problems of Turkey in the current system and the solutions for them through examining the developments experienced within the struggle of psychiatry to be an indispensable part of the modern medicine and the recent status of it and putting the limits of the obligations taken over by psychiatric clinics during the treatment of psychiatric disorders into an institutional framework.

Key Words: Psychiatric hospitalisation,
Psychiatric rehabilitation,
Community psychiatry

T Klin J Psychiatry 2002, 3:80-92

Psikiyatri kliniği tanı ve ayırıcı tanının yapıldığı, çeşitli tedavilerin uygulandığı (sorunlu ve karmaşık psikofarmakolojik girişimler, somatik tedaviler, psikoterapiler), tedavi sürecinde hastala-

rının bakım, korunma ve stres etkenleri bulunan ortamlardan uzak kalabilme gibi gereksinimlerinin karşılandığı, hastaneden çıkarıldıktan sonraki yaşam koşullarına uyum sağlama kapasitelerinin

değerlendirildiği, düzenli ayaktan izleme programlarının yürütüldüğü ve hastayı uygun rehabilitasyon programlarına yönlendiren yapılandırılmış bir ortam olmalıdır. Aile, sivil toplum kuruluşları ve sosyal devlet tarafından sağlanması gereken yaşam boyu bakım koşullarını sağlamakla psikiyatri klinikleri yükümlü olmamalıdır.

Bu sözler, bir psikiyatri kliniğinde çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin, yazık ki yalnızca kendilerinin anlayacağı ve yalnızca onların kulağına hoş gelecek sözlerdir. Psikiyatri-dışı tıp çalışanları bile “bakım” (care), “tedavi” (treatment), “psikiyatrik acil” ve “psikiyatrik rehabilitasyon” gibi kavramlara yabancıdır. Ruh sağlığı alanında birçok gelişme olmuş ancak bu gelişmeler, henüz kendilerine uygun bir örgütlenme ve uygulama olanağına tam anlamıyla kavuşmamıştır. Çağdaş gelişmeler ışığında yeni ruh sağlığı politikalarının belirlenmesi, uygulanmaya konması ve ruh sağlığı bilincinin artırılması gerekmektedir. Bu yazının amacı “psikiyatrik hospitalizasyon” kavramını eksen olarak psikiyatrinin modern tıbbın bir dalı olma mücadelesi sürecinde yaşanan gelişmeleri ve bugün gelinen yeri, ruhsal bozuklukların tedavisinde psikiyatri kliniklerinin yükümlülüklerinin sınırlarını kuramsal bir kapsam içinde ortaya koyarak, Türkiye için mevcut yapıdaki sorunları ve çözüm önerilerini tartışmaya açmaktır.

Modern Psikiyatrinin Gelişim Süreci

Modern psikiyatrinin kuruluş yılları, Aydınlanma Hareketi ve Fransız Devrimi'nin sağladığı toplumsal değişikliklerin ortaya çıktığı on sekizinci yüzyıl sonları ve on dokuzuncu yüzyıl başlarına rastlamaktadır. Bu dönem Pinel'in geliştirdiği tedaviye atfen “Moral Tedavi” dönemi olarak adlandırılmaktadır. Pinel, ruh hastalarının büyük hastanelerde tutulmasını zararlı buluyor ve her durumda destekleyici psikoterapi yöntemleri öneriyordu (1-4). Bu dönemde Avrupa'nın birçok ülkesindeki hekimler, tıpkı Pinel gibi ruh hastalarına insanca davranmanın temel alındığı çeşitli tedaviler uyguladılar (2-4). 19. yüzyılın sonlarında birçok gelişmelere karşın ruh hastalarının durumu hala pek iç açıcı değildi.

20. Yüzyılın başlarında psikiyatri organikçi yönelimden psikolojik yöne, psikanalize yön değiştirdi, 1930'lu yıllarda popüler psikanalitik görüşler psikiyatrik hastanelere de uyarlanmaya başlandı ancak tedavi ortamlarının iyileşmesine bu görüşlerin belirgin bir katkısı olmadı. 20. yüzyılın ortalarına doğru organikçi yönelim yeniden ivme kazanarak tanı ve tedavi alanında yeni yöntemsel ve kuramsal başarılar elde etti. Tüm bunlar olup bitirken ruh hastaları “tımarhanelerde” olumsuz koşullar altında kalmaya devam ettiler (1,3).

İkinci Dünya Savaşı'nın bitimiyle birlikte medyanın ve sosyal psikoloji araştırmalarının etkisiyle ABD'nde gözler akıl hastanelerine çevrilerken buralar şiddetli eleştirilere tutulmuş, ruh sağlığı için çaba gösterme bilincinin ortaya çıkmasında ve örgütlenmesinde büyük başarılar sağlandı. Maxwell Jones (1953) somatik ve psikolojik tedavi yöntemlerine ek olarak “tedavi topluluğu” (therapeutic community) adlı bir tedavi yöntemi önerdi; bir psikiyatri ünitesini, üyelerin birbirlerinin davranışlarını karşılıklı olarak etkilediği bir sistem olarak betimledi(1,3). 1956'da Thomas Rennie “sosyal psikiyatri” kavramını ortaya atarak psikiyatrinin ekolojik, disiplinler ve kültürler arası boyutlara uzanmasının yolunu açtı (3). 1950'li yıllarda akıl hastanelerindeki sağlıksız ortama dikkat çeken pek çok inceleme yayınlandı (1). Bu dönemde ABD ve Avrupa'da başlayan ulusal ruh sağlığı hareketlerinin etkisiyle ruh sağlığı için ayrılan fonlar artırıldı, pek çok ruh sağlığı merkezi kuruldu, tımarhaneler hastanelere dönüştürüldü, genel hastaneler içinde psikiyatri klinikleri kurulmaya başlandı. Sosyal psikiyatri anlayışının gelişimiyle koruyucu ruh sağlığı önem kazandı ve ruh hastalarının bakımları kurumlardan toplum içinde bakıma yönlendirildi (1,3,5-7). “Gündüz hastanesi”, “kısmi hospitalizasyon” gibi hospitalizasyona alternatif öneriler de, bu dönemde üretildi ve uygulamaya konuldu (8-10). Yalnızca hastaların tedavisine değil, psikiyatri personelinin eğitimine, ruh sağlığı alanındaki araştırmalara, ruhsal rahatsızlıkların önlenmesi ve rehabilite edilmesine yönelik hizmetleri amaçlayan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüleri kuruldu (8). Bu çabalar 1960' dan sonra “ruh

sağlığı için eylem” hareketiyle birlikte sivil haklar hareketinin bir parçası haline gelerek günümüze dek sürdü (1,11).

Tüm bu değişme ve gelişmelerden psikiyatrik bireylerin kendileri ve hastanede yatış süreleri de etkilendi. ABD’de 1963’ deki toplumsal ruh sağlığı çalışmalarının etkisiyle tüm dünyada psikiyatrik hospitalizasyon, toplumsal temelli araçların önemi vurgulayan genel hastanelerdeki psikiyatri kliniklerine doğru kaydırıldı, uzun süreli hastane tedavileri olabildiğince sınırlandırılmaya, onun yerini kısa süreli tedavi protokolleri almaya başladı (11,12).

1963’te başlayan toplumsal ruh sağlığı hareketinin ana amaçlarından biri olan kurumsuzlaştırma (deinstitutionalization), hastaların toplum içinde tedavilerini öngörüyordu. İkinci Dünya Savaşı sonrasında toplumsal hareketliliğinin ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin yarattığı ortamın gelişen etkileri, psikiyatrinin kendi kendisini ciddi biçimde sorgulamasına yol açtı; “anti-psikiyatri” akımı bu dönemde sahneye çıktı (3,11,13). İngiltere ve ABD’de örnekleri olan “therapeutic community” modelini İtalya koşullarına uyarlayan Franco Basaglia, 1971’de Trieste ilinin ruh sağlığı örgütlenmesini sağlama görevine getirilen Basaglia yeni bir deneye girişerek yerel akıl hastanesinin yatak sayısını çok ciddi oranda azaltarak işe başladı. Bununla birlikte hastaların yeniden toplumla kaynaşmasını sağlamak için sosyal çalışmalar önerdi (3,14).

Bu anlayış ve girişimlerin etkisiyle yatırılan hastaların hastanede kalma süreleri belirgin olarak azaldı. 1985’te ABD’nde hastanelerde ortalama kalış süresi 39 gün iken 1993’te 13 güne düştü (8). Ruh sağlığı harcamalarında gözlenen orantısız artışlar hastaneye yatırma endikasyonlarının yeniden gözden geçirilmesine neden oldu. 1999 yılında Leslie ve Rosenheck tarafından yapılan ve 1993-1995 yılları arasında herhangi bir ruhsal bozukluk nedeniyle tedavi edilmiş 3.9 milyon hastanın sağlık harcamalarını inceledikleri çalışmanın sonuçlarına göre, yatarak tedavi gören hastaların maliyetleri %30 oranında azalma gösterdi, bu azalmanın en

büyük nedenini hasta başına yıllık yatış günündeki azalmanın oluşturduğu anlaşıldı (15).

Sonuç olarak 1970’lerden başlayarak akıl hastanelerinde tedavi edilen hastaların sayısı giderek azaldı. Ciddi ruhsal hastalığı olanlar, genel hastanelerin psikiyatri birimlerinde ve bazen özel olarak oluşturulmuş ev halkı ya da özel evler çerçevesinde hastane dışında tedavi edilmeye başladılar. Kronik hastalar, özellikle yaşlı bakımevleri, pansiyon-bakımevleri, hastane ve toplumsal yaşam arasında bir yerleşimleri olması nedeniyle yarı-yol evleri adı verilen evler, denetimli ya da yarı denetimli grup apartmanlarında bakılmaya başlandılar. Gündüz hastaneleri, psikososyal kulüp-evleri, uğraş rehabilitasyonu, destekli iş ve eğitim programlarının uygulanmaya çalışıldığı örgütlenmeler kurulmaya çalışıldı (1,8,11).

Psikiyatrik uygulamaların yapıldığı ortam ve mekanla ilgili gelişmeler konusunda özetle şunlar söylenebilir: Ruh hastalığı olanların toplumsal normları bozan suçlular, öldürücü veya ağır şekil bozukluğu ve işlevsel yıkım yapan lepra gibi bulaşıcı hastalığı olanlar, doğuştan veya sonradan ağır fiziksel ya da zihinsel özürlü olanlar, epileptikler, çalışmayı reddeden serkeşler ve hatta yoksullarla birlikte kaldıkları ve halka sergilendikleri yerlerden depo akıl hastanelerine, oradan da toplum içinde tedavi merkezlerine (community psychiatry) (1,3,11,16,17) ve genel hastane içinde yer alan psikiyatri kliniklerine doğru ilerleyen süreç, bugünkü aşamada adli gözetim gerektiren suç işlemiş psikiyatrik hastalar dışında tüm hastaların olabildiğince ayaktan (outpatient) izlendikleri, yatırılarak tedavinin oldukça sınırlı sayıda hastaya gerekli olduğu, hastaneye yatırılma süresinin ayırıcı tanının yapılması, hastayı ve çevresini risk altında tutan aktif belirtilerin yatırılmasıyla sınırlı hale geldiği, hastanın izlenmesinde kendi doğal veya sağlık sisteminin sağladığı sosyal destek ağına büyük önem verildiği bir şekle dönüşmüştür. Her ne kadar gelişmiş ülkelerde bile bu uzun ve yorucu sürecin değişik aşamalarına ait anlayış ve örgütlenmelerin izlerine hala rastlansa da, sürecin yönü bu doğrultuda görünmektedir. Sürecin bu son aşamasında, psikiyatrinin bir tıp dalı olması yönünde

atılan adımlara koşut olarak, nasıl ruh hastasına herhangi bir hasta gibi yaklaşım gösteriliyor, aradaki farklılıkların değil benzerliklerin altı çiziliyorsa, psikiyatri klinikleri de kendi özgünlüğünden kaynaklanan bazı gereksinimler dışında, tamamen hastanenin herhangi bir kliniğine benzemeye başlamıştır. Bu noktada, psikiyatrik hastaların özgün durumlarını betimleyebilmek, onların gereksinimlerini bu özgünlük içinde karşılayabilmek için “psikiyatrik acil”, “psikiyatrik rehabilitasyon”, “konsültasyon-liyazon psikiyatrisi” gibi kavramlar ve onların yol göstericiliğinde yeni girişimler yapılmaktadır.

Ancak tüm bu gelişmeler olurken bunların bazı yan etkilerinin ortaya çıktığı da bir gerçektir. Bugün, tüm bu gelişmelere karşın, hastaları kurumsuzlaştırmanın sorunları çözemediği, hatta tabloya yeni sorunların katıldığı giderek daha çok anlaşılmakta; bazı hastaların sürekli bakıma gereksinim duydukları gerçeği her geçen gün kendisini daha yoğun olarak hissettirmektedir (1,5,8,11,18-21). 1990’lı yıllarla birlikte tüm dünyada etkisini göstermeye başlayan yeni dünya düzeni devletlerin küçülmesi önermesiyle birlikte sağlık ve sosyal hizmetler alanlarını sahihsiz bırakmıştır. Ulus devletler kamu alanındaki hizmetleri özel sektöre terk etmişlerdir. Sağlık sigortaları özelleşmeye başlarken yaşlı ve kimsesiz bakımı gibi ruh hastalarının bakımı da kamu hizmet alanı olmaktan çıkmaya başlamıştır. Genel işlevsellikte ortaya çıkardığı yıkım nedeniyle kişiyi toplumsal yaşamda sosyoekonomik anlamda geride bıraktıran ruhsal hastalıkların yarattığı kısır döngü bu hastaların kendi gelecekleri için mücadele etmelerini olanaksız kılmaktadır. Bugün ABD’de ve pek çok Avrupa ülkesinde her gün inanılmaz sayıda ruh hastası, evsizler ordusuna katılmaktadır (18-21). Evsiz kalmış, kendileri güç durumda olan fakat aynı zamanda yakınlarını ve çevrelerini de güç durumda bırakan hastalar için mutlaka bir şey yapılması gerektiği konusunda fikir birliği vardır (8,18,22,23).

Bu yazıda amacımız, ülkemizdeki ruh sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesinde özellikle yataklı tedavi kurumlarındaki sorunlara dikkat çekmektir. Psikiyatri tarihindeki gelişim sürecini bu nedenle

ele aldık. Şimdi de psikiyatrik hasta yatışlarıyla ilgili bazı kavramlar üzerinde biraz daha durup, onları açıklığa kavuşturduktan sonra, ülkemizdeki sürece bir göz atmak ve tartışmaya açmak üzere bazı önerilerimizi sunmak istiyoruz.

Psikiyatrik Hospitalizasyon

Psikiyatrik yataklı tedavi kurumlarının işlevleri son yıllarda özellikle hastane bakımının çok pahalı olması ve uzun süreli hastaneye yatışın psikolojik sakıncalarını temel alan çeşitli eleştiriler almış ve değişmeye başlamıştır. 1970’lerde hastane tedavisiyle alternatif tedavileri karşılaştıran deneysel çalışmalar hastane tedavisi lehine bir sonuç vermeyince alternatif arayışları hızlanmıştır. 1972’de D.L. Rosenhan’ın ünlü deneyinde, hiçbir hastalığı olmayanlar, beş eyaletteki on iki psikiyatri hastanesine başvururulanca ortaya çıkan gerçekler, psikiyatrik hospitalizasyonun iyice gözden düşmesine neden olmuştur. Bu çalışma, psikiyatrik hospitalizasyonun hastayı “güçsüz bırakma” (powerless), kişiliğini ortadan kaldırma (depersonalisation), ayrımcılık yapma (segregation), onurunu kırma (mortification) ve etiketleme (self-labeling) gibi tedavi karşıtı işlevleri olduğunu ortaya koymuştur (8). Tüm bu çabaların sonucunda bugün için geçerli yaklaşım, yataklı psikiyatrik hizmet veren kurumun ruhsal bozuklukların tedavisini ve iyileşmesini kolaylaştırmak için güvenli, emin, sonuçları tahmin edilebilir bir bakım ve eğitim yuvası olması ve hastaneye yatışın alabildiğine sınırlanması ve erken sonlandırılması gerektiğidir (8,10,24,25).

Soruna psikodinamik açıdan yaklaşan Gunderson ise, bir psikiyatri kliniğinde olması gereken nitelikleri hastanın gereksinimlerine göre belirleyen bir bakışa sahiptir (26). Ona göre hastanın gereksinimleri, dahil olma (containment; kendini ortama ait hissetme, ortam tarafından alınmış, benimsenmiş hissetme), tanımlanmış bir yapı (structure), katılım (involvement), destek (support) ve geçerlilik (validation) kavramlarıyla karşılanabilir. “Dahil olma”, hastaların fiziksel iyilik halinin devamını sağlamak ve kendini kontrolün kabul edilemeyen yüklerini veya büyüklümesini duyguları

ortadan kaldırmak amaçlarına yöneliktir; böylece hastaların güvenlikleri sağlanarak, başkalarına ve kendilerine zarar vermelerinin önüne geçilir. “Tanımlanmış yapı”, hastaların aşırı kontrol ve yalnızlık hissetmeksizin güvenle bağlandığı zaman, yer ve kişi organizasyonunu sağlayan ortamdır. “Katılım”, grup aktivitelerine, personel ve hastalarla yapılan toplantılara katılarak hastaların egolarını güçlendirmeyi, terapötik bir çevrede etkileşim içinde bulunurlarken sorunlu kişiler arası örüntülerini değiştirmeyi amaçlar ve açık bir iletişime dayanır. “Destek”, hastanın benlik saygısını koruması ve kendisini daha iyi hissetmesi için tedavi ekibinin gösterdiği bilinçli çabadır. “Geçerlilik” ise, tedavi yaklaşımlarının ve kişiselleştirilmiş tedavi planının hastaya sağladığı bireysel katkılardır. Bir psikiyatri kliniğinde birbirleri ile işbirliği içinde çalışabilen, hastaların değişik düzeylerdeki gereksinimlerine yanıt verebilen, psikiyatrist, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve uğraş terapistinden oluşan eğitimli bir ekip bulunmalıdır. Doğru tanı konulması ve uygun tedavinin yürütülmesi ekip içi işbirliğinin niteliği ile yakından ilişkilidir (26).

Nöropsikiyatrik bilimlerde, araştırma, laboratuvar ve görüntüleme tekniklerinde son yıllarda yapılan dev atılımlar ve genel hastanenin bir birimi olarak psikiyatri kliniklerinin yönetimindeki gelişmeler, psikiyatri kliniğine hasta yatırmayı artık dört amaçla sınırlar hale getirmiştir: *Koruma, Kontrol, Hızlı ve yoğun tanısal değerlendirme, Denetimli bir ortamda tedaviye başlama*. Bunları değerlendirmenin ölçütleri de yalnızca üç parametreyle yapılabilir: Tehlikelilik derecesi, destek sistemlerinin yeterliliği ve bakım ekibiyle işbirliği yeteneği (27). Tanı, bir psikiyatrik hastanın hastanede yatış süresini belirlemek için yeterli değildir, psikiyatrik hastalarda tanıya bağlı gruplarda yapılan çalışmalarda, aynı tanıyı alan hastaların yatış sürelerinin farklı olduğu bulunmuştur (28). Cinsiyet farkı olmaksızın uzun yatış süreleriyle ilişkili tek klinik durum olarak şizofreni saptanmıştır. Psikotik olmayan hasta grubunda ise alkol ve madde bağımlılıkları ile uyum bozuklukları anlamlı düzeyde daha kısa yatış süreleriyle uyumludur (28-

31). Yatış süresini belirleyebilmek için, tanı, hastanın kişisel özellikleri, çevresel etkenler ve tedaviyi etkileyen öğeler gibi birçok değişkenin bir arada ele alınması gerekmektedir; bu etkenleri belirleyebilmek için bazı çalışmalar yapılmaktadır (32). Son yıllarda ortalama yatış süreleri 15 ile 20 gün arasında kabul görmektedir(8,33,34). Dört haftaya kadar olan yatışlar “kısa süreli hospitalizasyon,” dört haftadan uzun süreli yatışlar ise “uzun süreli hospitalizasyon” olarak adlandırılmaktadır (8). Kısa süreli hospitalizasyonun amaçları, akut belirtilerin azaltılması, savunmaların restorasyonu, çevrenin düzenlenmesi, hastalığı kaldıramaz duruma gelmeyi (dekompanzasyonu) artıran kriz etkeninin değerlendirilmesi, ilaçların dozunun ayarlanması ve ayaktan sağlanamayan konsültasyonların yapılmasıdır. Hastaların daha sonra ayaktan izleme, gündüz hastanesi, parsiyel hospitalizasyon gibi biçimlerde devam edecek olan tedavi sürecini başlatabilmek için gerekli olan kısa süreli yatışlar da kısa süreli hospitalizasyonun amaçları arasında sayılabilir. Bazı hastalar ise uzun süreli hospitalizasyona gereksinim duyarlar. Bu tip hastaların oranı oldukça düşük olmasına karşın (%10) psikiyatrik harcamaların % 70’den fazlası bu hastalara yapılmaktadır (35). Kısa süreli yatış da dahil olmak üzere daha önceki tedavi girişimlerinin yetersiz kaldığı ileri derecede impulsif ve pozitif psikotik belirtiler sergileyen şizofreni tanısı almış hastalar, impuls kontrol bozukluklarının baskın olduğu kişilik bozuklukları; ağır ikinci eksen patolojileriyle komplike olmuş birinci eksen bozuklukları; ısrarlı ve yineleyici intihar ve kendine zarar verme davranışı gösteren hastalar; tedaviye dirençli, mesleki ve toplumsal işlevselliği engelleyen yeme bozuklukları, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk gibi rahatsızlığı olanlar; tedavi ile ilgili komplikasyonların ortaya çıktığı durumlar uzun süreli yatışı gerektirirler (8,32).

Ülkemizde Psikiyatri Hizmetlerinin Kısa Tarihçesi ve Durumu

Türkiye’de 19. yüzyıl sonunda, eğitim görmüş ilk ruh hekimi, 1898 ‘de Gülhane Askeri Tıp Okulu’nda psikiyatri derslerini başlatan Raşit Tahsin’dir. Raşit Tahsin Berlin’de Emil Kraepelin ile

çalışarak eğitim almıştır. Onu izleyen Mazhar Osman Uzman Türk psikiyatrisinin kurucusu olarak anılmaktadır. Raşit Tahsin'in Gülhane'den ayrılarak Haydarpaşa'daki İstanbul Üniversitesi'nde çalışmaya başlaması üzerine onun yerine atanmış ve I. Dünya Savaşı sırasında Haydarpaşa Askeri Hastanesi'ne atanana dek bu görevde kalmıştır. Savaş sonrası ise Toptaşı Bimarhanesi başhekimliği görevine getirilen Mazhar Osman büyük çabalarla burayı kapatarak 1927'de Bakırköy'de geniş bir arazi içinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (Bakırköy Emrazı Akliye ve Asabiye Hastanesi)'ni kurmuştur. Mazhar Osman'ı Gülhane'de Nazım Şakir Şakar, İstanbul Üniversitesi'nde İhsan Şükrü Aksel ve Fahrettin Kerim Gökay izlemişler ve Türkiye'de Kraepelin okulunu öğretmişlerdir. Ankara'da ise 1946'da Rasim Adasal Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kürsü Direktörlüğü'ne getirilmiştir. 1950'lerden sonra batı ülkelerinde psikiyatri eğitimi görmüş birçok ruh hekimi üniversitelerde görev alarak Türk psikiyatrisinin gelişimine katkıda bulunmuş, tanımlayıcı psikiyatrinin yanı sıra, dinamik psikiyatri de gelişmiş, biyolojik psikiyatri ve psikofarmakoloji alanında da çağdaş araştırma ve eğitim yapabilecek bir düzeye gelinmiştir (2,3,36,37).

1950'li yıllarda başlayan modern psikiyatrik gelişmeler ve kurumsuzlaştırma hareketi batıyı yakından izlemeye çalışan Türkiyeli ruh sağlığı çalışanlarını da etkilemiş, 1962 yılında kurulan Ruh Hastalarını Readaptasyon Derneği'nin çabalarıyla bu yıldan başlayarak çok sayıda ruh sağlığı dispanseri açılmıştır(36). Ruh sağlığı dispanserleri ruh sağlığı hastanelerine bağlı olarak hastane dışında ve toplum içi ruh sağlığı hizmeti vermek ve bölgelerinde yaşayan toplumun ruh sağlığını korumak amacıyla kurulmuşlardı. Türkiye'deki ilk gündüz hastanesi ise 1970' de Sağlık Bakanlığı'nın "ödenek yokluğu" nedeniyle Readaptasyon derneğinin çabalarıyla İstanbul Beşiktaş'da açılmış, grup ve bireysel terapiler, rehabilitasyon çalışmaları ile toplumsal yaşama katılımları için çaba harcanmıştır (36).

1984 yılında Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri bünyesinde Ruh Sağlığı Daire Başkan-

lığı kurularak, 1986 yılından itibaren etkin olarak çalışmaya başlamıştır (38). Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, ruh sağlığı ve hastalıkları dalında ülkemizin uzman hekim gereksinimini büyük ölçüde karşılayan Bakırköy başta olmak üzere, Manisa, Adana, Elazığ ve Samsun ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin olduğu yöreler ve İç Anadolu Bölgesi ile ruh sağlığı hizmetini toplam altı bölgeye ayırmıştır (39).

Ülkemizde 1991 yılı itibariyle tüm tedavi kurumlarının sahip olduğu 136.638 hasta yatağı (kadro olarak) sayısı 2001 yılında 175.190'a ulaşmıştır. 1996 yılında 3879 olan kullanılır(fiili) durumda ruh hastası yatağı 2001'de 4332'ye ulaşmıştır. Ülkemizde ruhsal bozuklukların ciddi bir sağlık sorunu oluşturmasına karşın, psikiyatride hasta yatak sayısındaki artış %11,6 ile sınırlı kalmıştır (39).

2001 yılı rakamlarıyla ülkemizde altısı Sağlık Bakanlığı bünyesinde olmak üzere dokuz ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi bulunmaktadır. 5620'si (tüm yataklar içindeki payı %6,4) Sağlık Bakanlığı bünyesinde olmak üzere toplam 6196 (tüm yatakların %3,5'u) psikiyatrik hasta yatağı bulunmaktadır. Ülkemizdeki tüm psikiyatri yataklarının %90,7'si Sağlık Bakanlığı bünyesindeki bölgesel ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerindedir. Adana'da 565 fiili(500 kadro), Bakırköy'de 1924 fiili (3270 kadro) Elazığ'da 460 fiili (1000 kadro), Manisa'da 441 fiili (400 kadro), Samsun'da 351 fiili (400 kadro), Trabzon'da(henüz sadece iki pratisyen hekimle poliklinik yapılmakta, hasta yatışı olmamaktadır) 20 fiili (50 kadro) yatak olmak üzere toplam 3741 fiili (5570 kadro) psikiyatri yatağı bölgesel hastanelerde bulunmaktadır. Yatılan gün sayısı ve bir hasta için ortalama kalış süresi 2001 yılında sırasıyla 1.175.464 ve 31,1 gün olarak saptanmıştır (39). Ülkemizde on bin kişiye düşen toplam psikiyatri yatağı sayısı 1,3'tür, bunun on binde 0,8'i özel dal hastanelerinde, kalan on binde 0,5'i ise genel hastanelerde bulunmaktadır (40).

Ülkemizde yüz bin kişiye 1 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 1 psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanı düşmektedir (40). Ülke genelinde 359'u

Sağlık Bakanlığı, 100'ü Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), 233'ü üniversiteler, 64'ü özel ve 28'i diğer kurumlarda olmak üzere toplam 784 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı vardır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan 359 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının 226'sı toplam sayısı 751 olan devlet hastanelerinde görev yaparken 122'si sayıları altı olan ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışmaktadır. Adana'da 17 (33,2 yatağa 1), Elazığ'da 6 (76,6 yatağa 1), Bakırköy'de 77 (24,9 yatağa 1), Manisa'da 12 (36,7 yatağa 1), Samsun'da 10 (35,1 yatağa 1) ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunurken 20 yatak kapasitesi olan Trabzon'da uzman bulunmamaktadır (39). Ülkemizde yatarak tedavi gören hastaların çok büyük bir bölümü bölgesel ruh sağlığı hastanelerinde tedavi edilmiş, ilaçla ayaktan tedavi gören hastaların büyük çoğunluğu ise devlet hastanelerinde tedavi edilmişlerdir. Bu tablo göstermektedir ki bölgesel ruh sağlığı hastanelerinin ciddi bir hasta yatış yükü söz konusudur.

Psikiyatri ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı dışındaki en büyük sağlık örgütlenmesi Çalışma Bakanlığı bünyesindeki SSK hastanelerince gerçekleştirilmektedir. SSK'nın birkaç hastanesi dışında, hastanelerinde tıpkı Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler gibi psikiyatri kliniği bulunmakta, ruh sağlığı hizmetleri çeşitli hastanelerdeki psikiyatri uzmanlarınca sağlanmaya çalışılmaktadır. SSK'nın ayrıca İstanbul Erenköy ve Ordu Ünye'de iki adet özel dal ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi bulunmaktadır. Ülke nüfusunun %48,16'sı SSK, %20,31'i Emekli Sandığı, %22,31'i Bağ-Kur, %0,46'sı özel sigorta ile sağlık hizmetlerinden yararlanmakta, %9'unun ise herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır (41).

Ruh sağlığı dispenseri Ankara'da olmak üzere sadece bir tane kalmıştır. Gündüz hastanelerinin sayısı giderek azalmaktadır, örneğin zamanında başış olarak yaptırılmış olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kapatılmış ve bugün Bakırköy Merkez Sağlık Ocağı olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde ruh sağlığı alanında koruyucu hizmet veren kurumlar yok denecek durumdadır. Bu yetersizliğin nedeni, bu konudaki bilgi düzeyi-

nin yol gösterici olmaması ve halen işler bir modelin ortaya konamamasıdır.

Türkiye'de ruh sağlığı alanında tedavi hizmeti veren kuruluşlarda fiziksel yapı, organizasyon, eğitilmiş personel (özellikle psikiyatride tedavi ekibinin ayrılmaz bir parçası olan klinik psikolog, psikiyatri hemşireliği, psikiyatrik sosyal hizmet ve yardımcı sağlık personeli alanlarında, en az örgütlenme sorunları kadar önemli dev sorunlar bulunmaktadır) ve işleyişle ilgili yetersizliklerin yanında hizmet anlayışı ile ilgili önemli sorunlar bulunmaktadır. Yataklı kurumların yatış sonrası ayaktan izleme programları yetersiz görünmekte, birçok kez çeşitli kurumlarda yatırılarak ve ayaktan tedavi görmüş ve izlenmeleri gereken hastalar, tıpkı belirtilerinin dalgalanması gibi ailenin ve kurumların insafına göre oradan oraya savrulmaktadır.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırma sonuçları ruhsal rahatsızlık sıklığının yüzde 17.2 oranında olduğu ve en çok depresyona rastlandığını belirlemiştir. Kadınlarda ruhsal hastalık görülme oranı erkeklerin iki katı olarak saptanmış, kentlerde ruhsal hastalık görülme oranı kasaba ve köylerden fazla bulunmuştur. Coğrafi açıdan en yüksek ruhsal hastalık oranları batıda bulunmuş, ruhsal hastalık varlığının belirgin iş gücü kaybına yol açtığı ve bu oranın bedensel hastalıklardan yüksek olduğu saptanmıştır (42).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, Türkiye'de her yıl 6 binden fazla yeni şizofren hastanın ortaya çıktığı, 15-54 yaş grubu içinde en az 300 bin dolayında şizofrenik hastanın bulunduğu kabul edilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın "10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü" dolayısıyla hazırladığı çalışmaya göre, ruhsal bozukluklar, genel sağlık hizmetleri çerçevesinde tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de en başta gelen sorunlardan biri olarak ele alınmaktadır. Sağlık Bakanlığı, bunun nedenini, "epidemiyolojik hasta sayılarının büyük olması, bireye, aileye ve topluma en çok acı veren rahatsızlıkları içermesi, insan yetisini ve gücünü ağır derecede ve uzun süre düşürmesi bakımından büyük ekonomik kayıplara neden olması, bilgisizlik, korku ve önyargıların en çok görüldüğü ve bu

nedenle hastaların tanı ve tedavilerinin güçleştiği rahatsızlıklar olması” olarak açıklamaktadır (40).

Ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım yollarında ilk başvuru seçeneği olarak ruh sağlığı ve diğer dallardan uzman hekimler ağırlık taşımakta, pratisyen hekimler dolayısıyla sağlık ocakları daha sonra gelmektedir (42,43). Türkiye ruh sağlığı profili sonuçlarına göre ilk başvuru alan kişi %39 ruh sağlığı uzmanı, % 33 diğer dalların uzmanları, % 21 pratisyen ve % 3.6 hocadır (42). Ruhsal sorunları olan çok sayıda kişinin psikiyatri dışı uzmanlık dallarına başvurdukları, özellikle bedensel yakınmalarla gelenlerin gereksiz ve uygunsuz tanı-tedavi girişimlerine maruz kaldıkları gözlenmektedir (42). Bu nedenle son yıllarda yoğunlaşan birinci basamak hekimleri için ruh sağlığı ve hastalıkları konusundaki eğitimlerin diğer uzmanlık dallarındaki hekimlere de uygulanması önerilmektedir. Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasında toplumdaki her altı erişkinden birinin son bir yıl içinde tanı konulabilir bir ruhsal hastalığının olduğu, tedavi için başvuru oranlarının düşük kaldığı ve son bir yıl içinde ruhsal rahatsızlığı olanların ancak yedide birinin yardım için başvurdukları saptanmıştır. Aynı çalışma erişkin nüfusun %5’inin halan psikotrop ilaç kullanmakta olduğunu ancak bunların sadece yarısının son 12 ay içinde ruhsal hastalık tanısı aldığını ve üçte birinin bir yıldan uzun süredir ilaç kullanmakta olduğunu göstermiştir(42).

Ruh sağlığı hastalıklarından ve yarattıkları olumsuz koşullardan korunmada sosyal desteğin önemi bilinmektedir. Toplumumuzda söz konusu olan etiketleme ve dışlama hem ruhsal atıflarla hekime başvuruyu engelleyerek tanı ve tedaviden uzak kalmaya hem de ruh hastası ve yakınları için sosyal destekten yoksun kalmaya neden olmaktadır.

Bütün bu eksikliklerin sonucu olarak “Türk Psikiyatrisi”nde kendine özgü olumsuzluklar adeta “normal” ve “bilimin gereği” gibi görülmeye başlanmıştır. Bu olumsuzluklar kendisini daha çok psikiyatri hizmeti veren hastanelerin ve kliniklerin fiziksel yapılarında ve bu organizasyon bozukluğunun çaresizliği içinde “bulunverilmiş” tedavi

uygulamalarında göstermektedir. Hastalara en gelişmiş sınıflandırma yöntemleriyle en gelişmiş tedaviler uygulanabilmekte ancak hekim-hasta görüşmesindeki temel ilke ve tekniklere uyma konusunda çoğu kez aynı özen gösterilmemektedir. Ortaçağdan kalma bir tıp anlayışıyla klinik içinde dolaşan seyyar EKT, “ayak üstü psikoterapileri” (!) uygulanmakta bir sakınca görülmemektedir. Özellikle iş yoğunluğu çok yüksek olan hastanelerimizin polikliniklerinde ve acil servislerinde “Türk Psikiyatrisi”ne özgü bu olumsuz durumlara sıklıkla rastlanmaktadır. Adeta herkes “bu koşullarda bu kadar psikiyatrik hizmet” mottosunu içten içe benimsemiş durumdadır. Belki psikiyatrik hizmetlerde tüm yükü üstüne almış ve canla başla çalışan ruh sağlığı profesyonellerine gerçekten söylenecek söz yoktur ama gerçekleri dile getirmemenin de açıklanabilir bir yanı bulunmamaktadır..

Hastanelerimizin ve kliniklerimizin fiziksel koşulları ise bugüne kadar yeterince dikkat çekmemiş adeta sümen altı edilmiş bir konudur. Buralar yine hiçbir kitapta yeri olmayan, daha çok ceza hukukunun kavramları olan “tecrit”, “kapalı servis” gibi adlar verilen yerlerle kimi zaman Ortaçağ andırmaktadır. Söz konusu olan “kaçırılmaması” “fırar etmesinin engellenmesi” gereken psikiyatrik hasta olunca fiziksel koşullar ve verilen hizmetin kalitesi doğal biçimde ikinci plana düşmektedir.

Batılı ülkelerde yıllardır mevcut bulunan ve sayısız araştırmaya konu olan “psikiyatrik rehabilitasyon” kavramı ülkemizde neredeyse uygulanmamaktadır (44,45). Psikiyatrik sosyal hizmetlerin yeterince sağlanamamış olması, hastaların sosyal sorunlarının tedavi ekibince çözülmeye çalışılmasına neden olmakta, hastalarını taburcu edemeyen kliniklerin yükü artmakta, yatacak durumdaki birçok hasta uzun süreler beklemek zorunda kalmakta ve eğitim alan asistanlar bu durumdan olumsuz bir şekilde etkilenmektedirler.

Ülkemizde halen bir ruh sağlığı yasası bulunmamaktadır. Ruhsal hastalığı olan kimselerin bireysel hak ve özgürlüklerinin ne gibi koşullarda ve nereye kadar sınırlandırılacağı veya zorunlu yatış işleminin hangi koşullarda, ne şekilde gerçekleştirilmesi gerektiği gibi konulara açıklık getiren

yasa maddelerinin olmaması, hekimlerin yetki ve sorumlulukları ile ilgili sınırların belirsiz olmasına yol açmaktadır.

Sağlık Bakanlığı geçtiğimiz yıllarda ruh sağlığı hizmetleri ile ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin varolan durumlarını saptamak, bilimsel ve sosyal gelişmeler doğrultusunda yürütülecek programlar hakkında görüş vermek üzere Ruh Sağlığı ve Ruh Sağlığı Hastaneleri Reorganizasyon Üst Kurulu'nu oluşturmuştur. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamağa (sağlık ocaklarına) entegre etmek amacıyla, yürütülen programların kapsamının genişletilerek, ülke genelinde standart olarak uygulanmasını sağlamak amacıyla, 2001-2002 yıllarında "Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Toplum Ruh Sağlığını Korumaya Yönelik Hizmetlerin İyileştirilmesi" projesi adı altında bir program uygulanacağını duyurmuştur (46).

Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetleri Örgütlenmesinin Restorasyonu İçin Bazı Öneriler

Ülkelerin kendilerine özgü koşullar gereği ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasında bazı farklılıklar olması kaçınılmazdır. Ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasıyla ilgili dünyada evrensel olarak kabul edilmiş bazı genel ilkeler olsaydı, işimiz yalnızca bunları ülkemizin özgün koşullarına uyarlamakla sınırlı ve daha kolay olurdu. Oysa bugün ruh sağlığı hizmetlerinin durumu açısından böyle genel bir şablona sahip olmaktan çok uzak bulunmaktayız. Önceki bölümlerde anlatmaya çalıştığımız gibi bir yanda kuramsal olarak yatışları alabildiğine sınırlayan, toplum içinde ve ayaktan tedavilere önem veren bir anlayış egemenken elimizde sadece ruh sağlığı hastaneleri ve kliniklerinin yönetilmesi konusunda geçmiş dönemlerin uzun süreli yatışlara göre ayarlanmış birikimleri bulunmaktadır. Ülkemiz ise, ruhsal hizmetlerin örgütlenmesi konusunda neredeyse kaosa yakın bir tablo sergilemektedir. Bu durum genel anlamda ülkemizin sağlık sisteminin sorunlarından elbette bağımsız değildir. 1923' de %2.3 olan Sağlık Bakanlığı bütçesi bugün %2.6 düzeyindedir. Şimdiye dek en yüksek değer olarak

1960' da %5.27'ye ulaşmıştır(47). Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunumu giderek devletin sorumluluk alanının dışına atılmaktadır. Varolan sağlık sisteminin sorunlarına ruh sağlığı alanına özgü sorunlar eklenince oldukça iç karartıcı bir durumla karşılaşmaktadır. Ruhsal hastalıkların gerek toplumda gerekse sağlık çalışanları arasında hoşnutsuzlukla karşılanan, damgalanmaya neden olan durumlar olması başvuruları geciktirmekte, engellemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ruh sağlığına yönelik bir politikası olduğunu söylemek olası değildir. Ruh sağlığı yasası yoktur. Bu nedenle hem bu kaotik görüntüye belli ölçülerde çözüm getirecek hem de çağdaş gelişmeleri ve ülke gerçeklerini hesaba katacak bir modele şiddetle gereksinim vardır. Bu yazıda böyle bir model için katkıda bulunabileceği umulan bazı önerilerde bulunulacaktır. Bu öneriler, uygulanılmaya geçilmeden önce, bir ruh sağlığı yasası çıkartılmasını ya da hiç olmazsa varolan yasal sistemde bazı düzenlemeleri zorunlu kılmaktadır.

Ruh sağlığı hizmetlerinin gelişmiş ülkelerdeki örgütlenmelerine bakıldığında, son yıllarda özellikle ruhsal rahatsızlıkların birincil düzeyde önlenmesi, evde bakım (homecare) ve hastalara yerleşim mekanları sağlama (housing) gibi konularda, sivil toplum kuruluşları ve belediyeleri ruh sağlığı hizmetlerine dahil etmede önemli projeler üretildiği görülmektedir. Ülkemizde de ruh sağlığı alanında kalıcı ve işe yarar projeler oluşturabilmek için ise öncelikle psikiyatrik hizmetlerle ilgili temel kavramları, çağdaş anlayışları uygulamaya koymak ve organizasyon sorunlarını çözmek gerekmektedir.

Psikiyatrik tedavi ve bakım hizmeti verecek kurumları üç ana başlıkta inceleyerek önerilerimizi tartışmaya açacağız:

1-Genel hastanenin birimi olan psikiyatri klinikleri: Ruh sağlığı hizmetleri örgütlenmesinin temeli olarak ele alınmalıdırlar. Ruhsal rahatsızlığı olanların ilk başvuruları (ya da hastaların birinci basamaktan sevkleri) bu kliniklerin polikliniklerine veya acil servislerine (varsa kriz merkezlerine) yapılır. Bu hastaneler ayrıca konsültasyon-lijasyon

psikiyatrisi (KLP) hizmetleri için de örgütlenmişlerdir. Poliklinik, acil servis ve KLP'nde verilen hizmetler sırasında, endikasyona uyan bazı hastalar yataklı tedavi bölümüne, bazıları ise ayaktan tedavi bölümlerinden birisine alınırlar.

a)Yataklı tedavi bölümü: Olabildiğince kısa yatış süresini amaçlar. Hastayı yatırmaktan amaç, poliklinik koşullarında yapılamayan ayırıcı tanının yapılabilmesi; akut belirtilerin azaltılması; savunmaların restorasyonu; kriz etkenlerinin, ilaç etki ve yan etkilerinin değerlendirilmesi; ilaç dozunun ayarlanması; EKT yapılacak veya başka tıpsal sorunları nedeniyle psikiyatrik tedavinin yakın gözlem altında sürdürülmesi zorunlu olan hastaların tedavilerinin düzenlenmesi; ayaktan sağlanamayan ileri tetkiklerin, konsültasyonların yapılabilmesi; hastanın daha sonraki ayaktan izleme, gündüz hastanesi, kısmi yataklı tedavi gibi tedavi projelerine hazırlanmasıdır. Yataklı tedavi bölümleri, “gündüz hastanesi”, “kısmi yataklı tedavi” gibi versiyonların yaşama geçirilebilmesi için esnek bir yönetim tekniğine ve donanıma sahip olduğu gibi, başta şiddete başvuranlar olmak üzere acil psikiyatri sınırları içine giren, yoğun bakım ve kısıtlama gerektiren hastalar için özel olarak hazırlanmış “yoğun bakım birim”lerine de sahip olmalıdır. Bu bölüm, kısa süreli yatışı amaç edinmiş olsa bile, şüphesiz kimi durumlarda hastanın dört haftayı geçen uzun süreli yatışları gerekebilmektedir.

b) Ayaktan tedavi bölümü: Genel hastanenin psikiyatri polikliniğinden, acil servislerinden, KLP'nden ve yataklı tedavi bölümünden özellikle psikoterapi gereksinimi olan hastalar, bireysel, grup, çift/aile tedavileri ve cinsel tedaviler için bu bölümlere gönderilirler.

Gelişmiş ülkelerin deneyimleri, genel hastanenin psikiyatri kliniği çalışmalarının evde ve toplum içinde sürdürülmesi amaçlarına yönelik ayrı bir ruh sağlığı örgütlenmesinin pahalı ve gereksiz olduğunu ortaya koymuş durumdadır. Ruh sağlığı hastaları ile genel hastanenin psikiyatri kliniklerinin bağlantıları için en uygun görünen sistem birinci basamak sağlık hizmetleridir. Bu nedenle birinci basamak hekimlerinin ruh sağlığı konusundaki eğitimleri önem kazanmaktadır.

Genel hastanenin ruh sağlığı alanında deneyimli sosyal hizmet uzmanları ve hastaya evde, işyerinde ulaşmak üzere oluşturulmuş bir mobil tedavi ekibi, toplum (community) psikiyatrisinin işlevlerinin çoğunu yerine getirebilir gibi durmaktadır. Ülkemiz açısından öncelikle genel hastanelerin kapsamında psikiyatri klinikleri açılması ve büyük kentler dışında da yaygınlaştırılması gerekli görünmektedir.

2-Psikiyatri özel dal hastanesi, özelleşmiş yataklı tedavi klinikleri veya genel hastanenin psikiyatri kliniğine bağlı özelleşmiş yataklı ve/veya ayaktan tedavi birimleri: Ülkemizde “ruh sağlığı özel dal hastanesi”, ruh sağlığı örgütlenmesi içinde en çok tartışılması gereken kavramlardandır. Bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin durumu bu açıdan yeniden gözden geçirilmeli, “özel dal hastanesi” sıfatı yalnızca eğitim hastanesi özellikleri taşıyan (Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi gibi) kurumlar için verilmelidir. Varolan bölge hastanelerinin çok yüksek sayıda hasta yatağı barındırıyor olması buraların ruhsal hastalığı olanların bir araya toplandığı, toplumdaki yalıtılmış “depo”lara dönüşmeye aday hale gelmesine neden olmaktadır. Mimari, teknik donanım, personel eğitimi ve hasta bakımı açısından ne denli modern yapılandırmalarla buraları değiştirmeye çalışırsak çalışalım kendi içinde bir dünyayı andıran durumlarıyla, tam da “güçsüz bırakma”, “kişisizleştirme”, “ayrımcılık yapma”, “onurunu kırma” ve “etiketleme” açısından hastaneye yatışın ağır ve olumsuz sonuçlarına gebe dirler. Buldukları şehirde genel hastane içinde psikiyatri yatağı bulunmayan hastalar büyük yatak kapasiteleri nedeniyle bölge hastanelerine gönderilmekte, akut tedavileri sonlandıktan sonra yapılması gereken tüm izlem ve rehabilitasyon açısından sosyal destekten yoksun oldukları yabancı bir kentte pek çok ruhsal hastalığı olan kişi ile birlikte yaşamlarını sürdürmekte ya da izlem ve rehabilitasyondan yoksun oldukları kendi kentlerine dönmek üzere taburcu edilmektedirler. Bu nedenle bölge hastanelerinin yatak sayıları azaltılarak sosyal destekten yoksun kronik hastalar için rehabilitasyon merkezlerine dönüştürülmesi

uygun olabilecektir. Bu merkezler kimi hastalar için meslek edindikleri işlikler, kimileri için gündüz toplum içine katılımlarının sağlandığı iş ve uğraşların ardından gece kalabilecekleri yer sağlayan ve bazı ağır durumda hastalar için de yaşamlarını sürdürmeleri için gerekli desteğin sağlandığı mekanlar olarak düzenlenebileceklerdir.

Genel hastanenin psikiyatri kliniğinde tedavileri eldeki olanaklarla pek olası görülmeyen, özel mekanlara ve tedavi ekiplerine gereksinim gösteren “alkol ve madde kullanım bozuklukları”, “yeme bozuklukları”, “kriz” gibi sorunlar için özelleşmiş birimler kurulabilir. Ancak bu birimlerin kolay ulaşılabilir bir genel hastanenin psikiyatri kliniğine bağlı ve bağlantılı olmaları koşuldur.

3-Uzun süreli tedavi gerektiren ve tedavileri olanaksız hastalar için psikiyatrik rehabilitasyon ve bakım merkezleri: “Psikiyatrik rehabilitasyon” kavramı, özellikle de psikiyatrik rehabilitasyon gerektiren hastalar için özel merkezler kurulması fikri oldukça yenidir. Son zamanlara dek bu tip hastalar, uzun süre yataklı tedavi gerektirenler içinde yer alıyor ve özellikle depo hastanelerdeki berbat kurumsal yaklaşımların getirdiği kötü şöhret yüzünden bu hastalar için özelleşmiş merkezler kurma fikri pek dile getirilemiyordu. Oysa çok açıktır ki, hemen her tanı grubundan ruhsal rahatsızlık yaklaşık %30 oranında tedaviye direnç göstermektedir ve bu dirençli hastaların çok önemli bir kısmı da toplumsal ve mesleki yeti yitimi içindedirler. Başta şizofrenisi olanlar olmak üzere, tedaviye dirençli, toplumsal ve mesleki yeti yitimi içinde olan hastalar, varolan ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri ve kliniklerini doldurmaktadırlar. Yineleyen hasta yatışlarının çok önemli bir kısmını da bu hasta grubu oluşturmakta; tedavi ekiplerinin enerjilerinin çok büyük bölümünü bu hastalar tüketmektedir. Bu hastalara ya rehabilitasyona yönelik girişimler (uğraşı terapisi, sanat terapileri, psikoeğitsel yaklaşımlar, token ekonomi gibi davranışı yapılandırmaya yönelik çabalar) ya da yalnızca yaşamsal işlevlerini sürdürmeye yönelik bakım gerekmektedir.

Modern psikiyatrinin tıbbın bir dalı olma mücadelesinde şimdi atılması zorunlu hale gelmiş

adım, göz boyamacı tutumlardan vazgeçerek, tedaviye dirençli, ağır mesleki ve toplumsal yeti yitimi içinde olan hastalar için özelleşmiş rehabilitasyon merkezleri açılmasıdır. Modern psikiyatrinin bugüne kadar attığı adımların her birisinin önemini yeterince bilinçle kavrayanlar ve psikiyatri tarihindeki olumsuzluklardan gerekli dersleri çıkararak, psikiyatrik rehabilitasyon merkezlerinin gerçekten rehabilitasyon ve bakım amaçlarına yönelik olarak çalışan, tıp etiğinden ve hasta haklarından ödün vermeyen yerler olacağına gerçek güvencesi olmalıdırlar. Rehabilitasyon merkezlerinin kronik hastaların toplandığı depo hastanelere dönüşme tehlikesinden korunabilmesi için, öncelikle ülke genelinde genel hastanenin bir birimi olan psikiyatri kliniklerinin yaygınlaşması, rehabilitasyon merkezlerinin bu kliniklere bağlı olarak, çok sayıda, büyük kentler dışında da ülke geneline yayılmış, kent içinde, çok fazla sayıda hasta kapasitesi olmayan merkezler olarak düzenlenmeleri uygun olabilecektir. Şimdi görev, psikiyatrik rehabilitasyon ve bakım merkezlerinin kurulması gerektiği bilincinin uyandırılmasıdır. Psikiyatrik rehabilitasyon merkezleri açılıp yaygınlaştığında genel hastanenin bir birimi olan psikiyatri klinikleri, tanısı ve tedavi programı belli kronik hastaların yükünden kurtulacak; tanı belirleme, tedavi programını düzenleme, tedavi sorunlarını giderme ve ayaktan izlem programlarına enerji akıtabileceklerdir. Bu gelişmelerle psikiyatri kliniklerinin hastanenin diğer bir kliniğinden ayırt edilmesi olanaksızlaşacak, bu çehre değişikliği toplumun ‘psikiyatri hastası olma’ durumuna bakışını önemli ölçüde etkileyecektir.

Ruh sağlığı hizmetlerinde örgütlenme ve hastaneye yatış sorunlarına çözüm üretme çabaları, genel sağlık sistemi örgütlenmesinin varolan sorunlarından ayrı düşünülemez. Ülkemizde psikiyatri hastaları için tedavi kurumuna ulaşabilme; tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyon süreçlerinde yer alabilme girişimleri sağlık hizmetlerinin sunumunda ve erişilmesinde söz konusu olan yakıcı engellerden soyutlanamaz. Bu nedenle önerilerimizin hayata geçirilebilmesi için sağlığın tüm diğer alanlarında olduğu gibi ruh sağlığı alanında da toplumun tüm kesimlerinin aile, sivil toplum kuruluşu

ya da ruh sağlığı profesyonellerinin özel ve insan üstü çabalarına gerek kalmadan temel bir hak olan sağlıklı yaşama hakkından yararlanılabilmemesinin koşulları yaratılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Colp R, Jr. History of psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock WA, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000; 3301-33.
- Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 5. Basım Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1994: 1-9.
- Babaoğlu A. *Psikiyatri Tarihi*. İstanbul: Okuyanüs Yayınevi, 2002.
- Göka E. *Psikiyatri ve Düşünce Dünyası Arasındaki Geçişler*, Ankara: Vadi yayınları, 1997.
- Lamb HR. Deinstitutionalization at the beginning of the new millennium. *Harv Rev Psychiatry* 1998;6(1):1-10.
- Davidsson L. Deinstitutionalization and community based psychiatry--some aspects from literature. *Med Arh* 1999;53(3):135-8.
- Hickling FW. Community psychiatry and deinstitutionalization in Jamaica. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45(11):1122-6.
- Menninger WW. Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness. Sadock BJ, Sadock WA (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore; Williams and Wilkins seventh edition, 2000; 3210-8.
- Kennedy LL. Partial Hospitalisation. In: Tasman A, Riba MB, eds. *Review of Psychiatry volume 11* Washington DC: American Psychiatric Press, 1992: 555-69.
- Tantam D. Alternatives to psychiatric hospitalisation. *Br J Psychiatry* 1985;146:1-4.
- Elpers JR. *Public Psychiatry Comprehensive Textbook of Psychiatry*. In: Sadock BJ, Sadock WA, eds. 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000: 3185-99.
- Laengle G, Durr F, Renner G, Guenther A, Foerster K. What is the benefit of involuntary short-term psychiatric hospitalisation? *Med Law* 2000;19(1):73-85.
- Cooper D. *Psikiyatri ve Anti-psikiyatri*. Öteki Yayınevi. Ankara; 1992.
- Jones K, Wilkinson G, Craig TK. The 1978 Italian mental health law--a personal evaluation: a review. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 556-61.
- Leslie D, Rosenheck R. Shifting to outpatient care? Mental health care use and cost under private insurance. *Am J Psychiatry* 1999;156: 1250-7.
- Hennessy KD, Greenberg RP. Four decades of mental health trends: an empirical analysis of Hospital and Community Psychiatry. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45(10):1034-9.
- Valbak K, Sorensen LV, Lindhardt A. Evaluation of community psychiatry: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85 (3) :183-8.
- Martens WH. A review of physical and mental health in homeless persons. *Public Health Rev* 2001;29(1):13-33.
- Folsom D, Jeste DV. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of literature. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105(6):404-13.
- Odell SM, Commander MJ. Risks factors for homelessness among people with psychotic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35(9):396-401.
- Kuno E, Rothbard AB, Averyt J, Culhane D. Homelessness among persons with serious mental illness in an enhanced community-based mental health system. *Psychiatr Serv* 2000 ;51(8):1012-6.
- Rosenheck R, Seibyl CL. Homelessness: health service use and related costs. *Med Care* 1998 Aug;36(8):1256-64.
- Lehman AF, Dixon L, Hoch JS, Deforge B, Kernan E, Frank R. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1999;174:346-52.
- Özbay H, Göka E, Öztürk E, Hınçal G, Güngör S. *Psikiyatri kiniklerinin uygulamalarındaki gelişmeler ve bir klinik çalışmasının sonuçları*. Toplum ve Hekim 1988; Mart : 22-30.
- Berber S. Bir psikiyatri kliniğinin çalışmalarının değerlendirilmesi ve yeni öneriler. (Uzmanlık tezi) Ankara; 1995; 3-14.
- Gunderson JG. *Principles and Practice of Milieu Therapy*, Jason Aronson, New York:1983.
- Sifenos PE, Greenberg WE. Patient Management. In: Nicholi AM, ed. *The New Harvard Guide to Psychiatry*, Cambridge: The Belknap press of Harvard University Press, 1988; 589-603.
- Caton CLM, Gralnick A. A review of issues surrounding length of psychiatric hospitalisation. *Hosp. Community Psychiatry* 1987; 38: 858-63.
- Nieminen P, Isohanni M, Winblad I. Length of hospitalization in an acute patients' therapeutic community ward. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 466-72.
- Creed F, Tomenson B, Anthony P, Trammer M. Predicting length of stay in psychiatry. *Psychol Med* 1997; 27: 961-6.
- Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *BMJ* 1999; 3:319(7201):13-6.
- Gabbard GO. Comperative Medications for Brief and Extended Hospitalisation. In: Tasman A, Riba MB, eds. *Review of Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1992; 11: 503-517.
- Heeren O, Dixon L, Gavirneni S, Regenold Wt. The association between decreasing length of stay and readmission rate on a psychogeriatric unit. *Psychiatr Serv*. 2002;53(1):76-9.
- Ries RK, Russo J, Wingerson D, Snowden M, Comtois KA, Srebnik D, Roy-Byrne P. Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders. *Psychiatr Serv* 2000;51(2):210-5.
- Sharfstein SS. Managed Mental Health Care. In: Tasman A, Riba MB, eds. *Review of Psychiatry volume 11* Washington DC: American Psychiatric Press, 1992; 570-84.
- Bayülkem F. *Türkiye'de Psikiyatri-Nöroloji ve Nöroşirürjinin Tarihi Gelişimi*. Ruh Hastalarını Readaptasyon Derneği yayını. İstanbul; 2000.
- Erkoç Ş. 50. Ölüm yıldönümünde Mazhar Osman. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2001; 9 (3): 417-522.

38. Önder ME, Şahin AR. Türkiye’de psikiyatrinin bugünü. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1993; 1(1): 64-71.
39. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü , Ankara; 2002.
40. Dünya Sağlık Örgütü İrtibat Bürosu. 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü Nedeniyle Sağlık Bakanlığınca Hazırlanan Basın Bülteni, Ankara; 2001.
41. SSK İstatistikleri Yıllığı. DİE. Ankara;2000.
42. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. I. Baskı Eksen Tanıtım, Ankara; 1998: 77-96.
43. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir İlinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(2): 115-24.
44. Okay T, Göka E. Psikiyatrik hospitalizasyondan rehabilitasyona. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 2000;4 ek sayı(8):5-10.
45. Sercan M. Örgütlenme üzerine gözlemler, izlenimler, görüşler, öneriler: İsrail’de psikolojik sorunu olanların rehabilitasyonu. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 2000;4 ek sayı(8):51-3.
46. Sağlık Bakanlığı Web Sitesi. www.saglik.gov.tr.
47. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000. Türk Tabipleri Birliği yayını Ankara; 2000.

Geliş Tarihi: 27.08.2002

Yazışma Adresi: Dr. Özge YENİER DUMAN
Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
1. Psikiyatri Kliniği
oyduman@hotmail.com

[¶]*Değişik versiyonları 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi (3-7 Ekim 2000/ Belek/ Antalya) ve 6. (28-31 Ekim 1999 Kapadokya) ve 7. (1-4 .Kasım 2000 Bodrum) Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi’nde sunulmuştur.*