

- Ruh Sağlığı Yasası, Sağlıkta Dönüşüm ve Psikiyatrinin Gündemi
- Küresel Ekonomik Kriz ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri



Mental Mask



Türkiye Psikiyatri Derneği adına sahibi
Şeref Özer

Yazı İşleri Müdürü

Burhanettin Kaya

Yayın Kurulu

**Çezar Atasoy, Tolga Binbay,
Ali Savaş Çilli, Neşe Direk,
Altan Eşsizoglu, İnci Özgür İlhan,
Umut Karasu, Cengiz Kılıç,
Mustafa Sercan, Halis Ulaş,
Doğan Yeşilbursa, Ejder Akgün
Yıldırım, İrem Yıldız, Mehmet
Yumru, Şahika Yüksel**

Yazışma adresi

Tunus Cad. No. 59/5
Kavaklıdere, Ankara
Tel. 0-312 468 74 97
0-312 426 04 53

Bülten ile ilgili iletişim, geri bildirim,
haber, duyuru ve görüş yazıları için:

Doç. Dr. Burhanettin Kaya,
TPD Bülteni Yayın Yönetmeni
E-posta: burha65@yahoo.com

Tasarım ve Uygulama

BAYT Bilimsel Araştırmalar
Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Tel. 0-312 431 30 62
Faks 0-312 431 36 02
E-posta: info@bayt.com.tr
www.bayt.com.tr

Baskı

Miki Matbaacılık Ltd. Şti.
Matbaacılar Sitesi, 560, Sk, No:27,
İvedik, Ankara
Tel. 0-312 395 21 28

Baskı tarihi: 7 Ocak 2009

İçindekiler

1 Sunu

3 Ruh Sağlığı Yasası, Sağlıkta Dönüşüm ve Psikiyatrinin Gündemi

- Ruh Sağlığı Yasası Hemen Şimdi!...
- Sağlıkta Dönüşümün Psikiyatriye Etkileri
- Psikiyatrinin Penceresinden Kamu Hastaneleri Birlikleri Kanun Tasarısı ve Geleceğe Yönelik Öngörüler
- Aile Hekimliği ve Psikiyatri Üzerine Etkileri
- Tam Gün Yasa Tasarısı ve Psikiyatriye Yansımaları
- Ekonomik Kriz ve Ruh Sağlığı

36 Psikiyatri ve Sanat

- Psikiyatri ve Sinema: Issız Adam'ı Seyretmek

44 Dernekten Haberler

- TPD Basın Çalışmaları: Yüzümüzü Topluma Dönmek
- TPD 2008 Yeterlik Sınavında Başarılı Olanlar
- Temel Asistan Eğitimi Üzerine

47 Görev Grupları

- TPD Psikiyatrik İlaçların Resmi Endikasyonları Dışında Kullanımı Görev Grubu Raporu
- TPD Özel Eğitim Merkezleri Görev Grubu Ara Raporu
- TPD Hastane Standartları Görev Grubu Ara Raporu
- TPD Özlük Hakları Görev Grubu Raporu
- TPD Psikiyatride Ücretlendirme Görev Grubu Ara Raporu
- İstanbul Yuvarlak Masa Toplantısı Raporu

70 Basın Açıklamaları

- 25 Kasım "Kadına Yönelik Şiddete Karşı Uluslararası Dayanışma Günü"
- 20 Kasım Dünya Çocuk Hakları Günü
- TTB Çocukların Cinsel İstismarı Konusundaki Bilirkişilik ve Adli Tıp Kurumu Raporu
- Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanelerinde Kadrolaşma Harekatına Hayır
- 3 Aralık Dünya Engelliler Günü
- Türkiye Ruh Sağlığı Platformu'ndan Tüm Milletvekillerine Çağrı

78 Merkez Onur Kurulu Kararları

80 Kongrelerden Haberler

- Gazi Nöropsikiyatri Buluşmaları "Nörofelsefe Sempozyumu"
- XIV. Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurultayı
- 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildiri (Araştırma) Ödülleri

86 Şubelerden Haberler

- TPD Ankara Şubesi'nden Tez Desteği

87 Diğer Haberler

- Dr. Hande Karakılıç ISHHR Konsey Üyeliğine Seçildi.
- Dr. İnci Vural Beraat Etti

Yitirdiklerimiz (Arka kapak içi)

- Prof. Dr. Yusuf Savaşır (1932-2008)

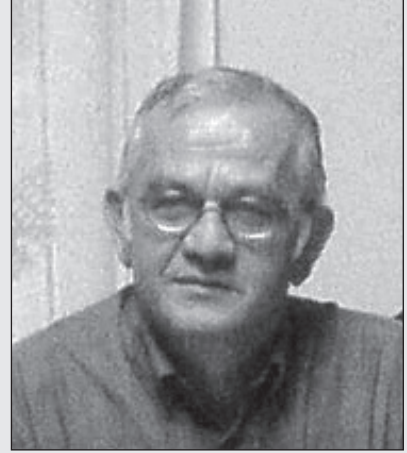
Toplantı ve Duyurular (Arka kapak)

Değerli Üyelerimiz,

Bültenimizi yine oldukça yüklü bir içerikle size ulaştırmanın mutluluğunu yaşıyoruz.

TPD'den haberlerin yanısıra içerdiği nitelikli dosyalarla beğeninizi kazanacağını umuyoruz. Makale türünde kaleme alınan bu yazıları ileride kitap haline getirmeyi de düşündüğümüzü de bu arada bildirmek isterim..

Bu sayımızda, **Ruh Sağlığı Politikaları** dosyamızda ilginizi çekecek bir çok önemli yazı yer alıyor. Mustafa Sercan **Ruh Sağlığı Yasasının** neden bu kadar önemli olduğunu yazdı. Tolga Binbay AKP iktidarı tarafından adım adım uygulamaya konulan **Sağlıkta Dönüşüm Projesini**, Ejder Yıldırım **Hastane Birlikleri Yasa Tasarısını**, Umut Karasu **Aile Hekimliği Modelini** Burhanettin Kaya ise **Tam Gün Yasasını** inceleyerek psikiyatiye etkilerini, ne getirip ne götüreceğini yazdılar.



Ekonomik krizin katlanarak arttığı günümüzde, Halis Ulaş'ın **Ekonomik Krizin Ruhsal Etkileri** konusundaki incelemesi daha da önem kazanmıştır.

Bir yenilik olmak üzere, bu sayıdan itibaren bültenimizde **Psikiyatri ve Sanat** üzerine yazılarımız yer alacak. Çağan Irmak'ın çok seyirci toplayan filmi **Issız Adam** hakkında Selçuk Candansayar'ın yazısının ilginizi çekeceğini umuyoruz.

İlk kez 44. Ulusal Psikiyatri Kongresinin hemen öncesinde gerçekleştirdiğimiz TPD **I. Temel Asistan Eğitimi** hakkındaki izlenimlerini, bu eğitime katılan bir asistanımız Özlem Helin Poşpoş'un kaleminden okuyacaksınız.

Görev Gruplarımız, Türkiye Psikiyatri Derneğinin çalışmalarına ivme kazandıran organlarımız oldular. Bültenimizde çeşitli sorunlarımız için MYK tarafından oluşturulan Görev Gruplarının raporlarını okuyacaksınız.

TPD'nin geçtiğimiz aylarda yaptığı basın açıklamaları ve basın bültenleri yazılı ve görsel basında ciddi yankı buldu. Bir çok gazete, dergi, radyo ve televizyon kanalı TPD'nin açıklamalarına yer verdi, Bir çok üyemiz TPD adına çeşitli kanallarda konuştular. TPD'nin kurumsal kimliğinin kamuoyu tarafından benimsenmesi açısından son derece önemli olan bu çalışmaları 2009'da da sürdürmeye kararlıyız. Bültenimizde bu basın açıklamalarına da yer verdik.

Gelecek sayıda görüşmek üzere.

Şeref Özer

TPD Genel Başkanı

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Bülteni yılda üç sayı olarak yayımlanır ve dernek üyelerine ücretsiz gönderilir. Her sayıda psikiyatri dünyasından haberlere, TPD çalışmalarına ve belirli dosya konularına yer verilir. Bültende yer alacak yazılar dergi yayın kurulunca belirlenir. Yayın yönetmeni ve yayın kurulu TPD Merkez Yönetim Kurulu'na atanır.

Bülten tüm TPD üyelerinin katılımına açıktır. Yayın kurulu TPD üyeleri dışındaki kişilerden istenen yazılara da yer verebilir. TPD Bülteni dosyaları, yayın kurulunca belirlenecek konularda yazarlara ısmarlanacak yazılardan oluşur. Diğer yazılar ve haberler ise üyelerin ya da bilimsel çalışma birimlerinin katkılarından oluşur.

Bültene gönderilecek yazılarda aşağıda belirtilen yazım ilkelerine uyulması gerekmektedir.

1. TPD Bülteni'ne gönderilecek yazıların bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.
2. TPD Bülteni'nin yayın dili Türkçe'dir.
3. Yazılarda dipnot kullanılmamalı, açıklamalar yazı içinde verilmelidir.
4. Dergide yayımlanan yazılar için ücret ya da karşılık ödenmez.
5. Yazının başlık kısmında yazar(lar) adı ve çalıştığı kurum belirtilmelidir.
6. Kaynaklar metinde parantez içerisinde numaralandırılarak verilmelidir.

Örnek: "Yapılan çalışmalar psikiyatrik bozuklukların bireylerin, toplumların ve sağlık hizmetlerinin üzerinde önemli bir yük oluşturduğunu ve önümüzdeki yıllarda da bu yükün artacağını göstermektedir (1, 2)."

Metin sonunda kaynaklar ayrı bir liste olarak kaynaklar başlığı altında metin içerisinde geçiş sırasına göre numaralandırılıp dizilmelidir. Kaynakların doğruluğundan yazar (lar) sorumludur. Tüm kaynaklar metinde belirtilmelidir. Tüm yazarlar belirtilmeli, "ve ark." ibaresi kullanılmamalıdır. Kaynak dergi adlarının kısaltılması Index Medicus'a uygun olmalıdır. Index Medicus'ta indekslenmeyen bir dergi kısaltılmadan yazılmalıdır.

Örnekler:

1. Dergilerdeki makaleler: Lindenmayer JP, Khan A, Eerdeken M, Van Hove I, Kushner S. Long-term safety and tolerability of long-acting injectable risperidone in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17: 138-44
2. Kitaptan alıntılar: Taylor R. Depression and gynaecological disorders. In *Textbook of Gynaecology*, Robertson MM, Katona CLE (editors). 3rd ed., New York: John Wiley & Sons, 1997: 133-144. Diener HC, Wilkinson M (editors). Drug-induced headache. In *Headache*. 3rd ed., New York: Springer-Verlag, 1988: 45-67.
3. Tezden alıntı için: Yumru M. İkiüçlü bozukluk alt tiplerinde oksidatif dengesizlik. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Gaziantep: 2007.

Yazışma adresi

Tunus Cad. No. 59/5, Kavaklıdere, Ankara
Tel. 0-312 468 74 97, 0-312 426 04 53

Bülten ile ilgili iletişim, geri bildirim, haber, duyuru ve görüş yazıları için:

Doç. Dr. Burhanettin Kaya, TPD Bülteni Yayın Yönetmeni
E-posta: burha65@yahoo.com

Ruh Sağlığı Yasası Hemen Şimdi!!!

Dr. Mustafa Sercan

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Bolu

ymsercan@ttmail.com

Yaşanmış bir olay

Yaşanmış bir olayla başlayalım yazıya: Hasta paranoid şizofreni. İl dışından getirilmiş, isteği dışında yatırılmış. Babasından zarar göreceği yönünde sanrıları var, dolayısıyla babasına zarar verici davranış gösterme olasılığı var. Bir hafta sonu ziyaret saatinde babasını “iyi olduğuna” ve kendisini hastaneden çıkarmaya ikna etmiş. Baba hastayı çıkarmak için ısrar ediyor. Nöbetçi hekim hastayı tanımıyor. Ama “baba olası olumsuzlukların sorumluluğunu üstlenerek” çıkarmaya istekli. Hekim hastayı babaya belge imzalatılarak hastaneden çıkarıyor. Ertesi günü başlıklarda bir haber: Oğul babayı öldürmüştü.

Sorumluluk

Bu ölümün, öldürümün sorumlusu kim. Hekim olabilir mi? Belki konu dava edilse, “babanın sorumluluğu” üstlenmesi ne kadar savunulabilir? Yargıç bu savunmayı kabul etse ve hukuken aklanılsa bile yüreğin bir köşesinde bir acı kalmaz mı? Bu acının sorumlusu kim olacak? Olayda öldüren hastanın da mağdur olduğunu, olağan tedavi sürecindeki psikiyatrik bir hastanın, adli psikiyatri sürecine girmesi, genç bir insanın “önleyemeyeceği nedenlerle baba katili olması” üstelik duyarlılığın çok yüksek olduğu bir hastalığı olan genç bir insanın... az yük değil.

Bu örnekten esinlenerek söylemek istediğim, “sorumluluğu alma”yı ifade eden bu belgeler işlevsiz değil, kesinlikle imzalatılmalı. Ama bilinmeli ki bu belge hukuken, vicdanen, etik yönden yalnızca hekimin hastayı çıkarmayla ilgili tıbbi yetkisini, tıbbi gerekçelerle değil, ailenin isteğini “kabul etme” yoluyla kullandığı, ailenin de sorumluluğu kısmen paylaştığı anlamına gelir. Hekimin yetki kullanmaktan kaynaklanan sorumluluğunu bu belge ortadan kaldırmaz. Örneğin bu hastanın annesi, hekimin babanın ısrarına direnmesi ve hastayı hastaneden çıkarmaması gerektiği gerekçesiyle dava açarsa,

hastanın ve toplumun iyiliği yönünden hekimin görevini ek-sik yaptığını iddia ederse, kanımca yargıç davayı reddetmez. Yargılama sürecinde de “yüz elli yıllık teamül böyle” ya da “ruh sağlığı yasası yok” savunması ne ölçüde geçerli olur tahmin zor... Üstelik Anayasa ve Türk Medeni Kanunu’nun ilgili maddeleri varken...

Ruh Sağlığı Yasası’nın 10 yıllık öyküsü

Türkiye Psikiyatri Derneği’nin ruh sağlığı yasası ile ilgili çalışmaları 1998’de başladı. 1993’de Sağlık Bakanlığı’nın yarım kalan bir girişimi dışında daha önceden bu konuda bir çaba yoktu. 3 yılda TPD’nin birçok şube ve kurulunda tartışılarak bir taslak hazırlandı ve 2003 yılında Sağlık Bakanlığı’na gönderildi. 2006 yılında TPD taslağına dayalı bir yasa tasarısı, bir milletvekili tarafından yasa önerisi olarak sunuldu. Sağlık Bakanlığı bazı meslektaşlarımızı bu yasa hazırlığı için görevlendirdi. Sonu gelmedi, o yıl yasama dönemi kapandı ve iki yıldır yeniden açılmadı.

2006 – 2008 arasındaki gelişmeler

Bu arada 2001 yılında yasalaşmış yasanın gecikeceği anlaşılınca bazı ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri (Samsun, Bakırköy, Bolu) TC Anayasası ve Türk Medeni Kanunu’nda yer alan maddelere dayanarak bir uygulama başlattı. Nedir bu uygulama?

Anayasamızın 19. Maddesi şöyle der: “Herkes, kişi hürriyeti ve güvenliğine sahiptir. Şekil ve şartları kanunda gösterilen : (...) toplum için tehlike teşkil eden bir akıl hastası, uyuşturucu madde veya alkol tutkunu (...) bir kişinin bir müessesede tedavi, eğitim veya ıslahı için kanunda belirtilen esaslara uygun olarak alınan tedbirin yerine getirilmesi (...) halleri dışında kimse hürriyetinden yoksun bırakılamaz”.

“Halen anayasadaki genel ve Medeni Kanun’daki özel hükümlerin dışında, istemsiz yatışlarda hastanın haklarını ve hekimin yetki ve sorumluluklarını tanımlayan bir yasal metin bulunmamaktadır.

Var olan düzenlemede beden sağlığı ile ilgili yasa ve yönetmelikler yetersiz kalmaktadır. Bugüne dek bu konuda sınırlı sayıda dava açılmış olması böyle sürüp gideceği anlamına gelmez. Dava açıldığında da hem hasta haklarını koruyan, hem de hekimi gereksiz sorumluluk altında bırakan bir yargı sonucu düşük olasılıktadır.”

Medeni Kanun’un 432. maddesi, de bu anayasa hükmünün hem koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasını açıklar hem de uygulamasını tanımlar: “Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı (...) sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alkonulabilir. Görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar”.

Hastane yönetimi önce hastanenin bulunduğu il ya da ilçenin Sulh Hukuk Mahkemesi ile bir ön konuşma yapıp anlaşmış oluyor. Sonra istemsiz yatışları TPD web sitesinde de yer alan formları doldurarak mahkemeye bildiriyor. Mahkeme kişinin hastanede istemsiz yatışını onaylıyor. Hastanın tıbben iyileşmesi durumunda hastanın çıkarılması mahkemeye bildiriliyor. Her ne kadar Medeni Kanun 433. maddesi “yatıran mahkemenin çıkarmaya da yetkili olduğunu” söylüyorsa da, “bu maddenin çıkışta mahkeme kararını zorunlu kılmadığı” şeklindeki yorumla çıkışın yalnızca bildirildiği bir durum uygulamada bir zorluk çıkarmıyor. Bu uygulamada öncekine eklenen tek şey hastanın istemsiz yatışının 24 saat, tatillerde en çok 72 saat içinde mahkemeye bildirilmesi. Henüz mahkeme kararı olmadan istemsiz yatış yapan ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin, üniversite hastanelerinin, vakıf hastanelerinin, asker hastanelerinin de istemsiz yatışlarda bu uygulamaya bir an önce geçmelerinde yarar var.

Bu maddelerle yapılan uygulamanın ruh sağlığı yasası yokluğundan doğan boşluğu dolduramayacağı ortada ama yukarıda anlattığımız tarzda olaylarda ruh hekimi uygulamalarının, hasta ya da hasta yakınlarının isteklerinin yargıç denetimine alınmasının sağlayacağı yararlar da açık.

Ruh Sağlığı Yasası’nın ruhu

Ruh sağlığı yasasının ruhu anayasamızın yukarıda bir bölümü

verilen 19. maddesinin başlığında belirtilmiştir: Kişi hürriyeti ve güvenliği. Bu madde yukarıda anılan istisnalar dışında kişi özgürlüğünün yalnızca mahkeme tarafından kısıtlanabileceğini kurala bağlar. Medeni Kanun’daki 432. Maddenin başlığı da anlamı iyice pekiştirir: Koruma amacıyla özgürlük kısıtlanması.

Halen anayasadaki genel ve Medeni Kanun’daki özel hükümlerin dışında, istemsiz yatışlarda hastanın haklarını ve hekimin yetki ve sorumluluklarını tanımlayan bir yasal metin bulunmamaktadır. Var olan düzenlemede beden sağlığı ile ilgili yasa ve yönetmelikler yetersiz kalmaktadır. Bugüne dek bu konuda sınırlı sayıda dava açılmış olması böyle sürüp gideceği anlamına gelmez. Dava açıldığında da hem hasta haklarını koruyan, hem de hekimi gereksiz sorumluluk altında bırakan bir yargı sonucu düşük olasılıktadır.

Ruh sağlığı yasası çalışmalarına meslektaşlarımızın tutumu

Doğrusu TPD içinde 10 yıla varan ruh sağlığı yasası çalışmalarının, TPD yönetimleri ve bu hazırlıklarda çalışan meslektaşlarımız dışında meslek ortamımızda pek ilgi çektiğini söylemek güç. Genelde tartışmalar yasanın olmamasından doğacak sakıncalar ya da yasanın olmasından doğacak olumsuzluklar üzerinde yürümedi. Yasanın “ruh hekiminin yetkilerini kısıtladığı”, “yoğun çalışma koşullarında işini artırdığı”, “TPD’nin hasta hakları yerine hekim haklarıyla uğraşması gerektiği” gibi başlıklarda yürütülen tartışmalardan da bu konuda çalışanların çevresinde toplanan küçük bir grup dışında meslek ortamı bu konuyu “görmezden geldi”.

Bu görmezden gelinecek bir konu mudur? Değil. TPD’nin bu konuda 10 yıldan beri Sağlık Bakanlığı’nda, TBMM’de ve daha birçok alanda sürdürdüğü, kampanyalar düzenlediği bu çalışmalar, “testi kırılmadan” yani hastalarımız ve meslektaşlarımız zarar görmeden önlem almak anlayışının bir sonu-



çudur. Zaman içinde ruh hastalarının hastane koşullarındaki haklarını korumak ve özgürlüklerinin yalnızca kendisi ve toplum yararı doğrultusunda kısıtlanması konusundaki mesleki tutumun değişmesini ve çalışma ortamımızın rahatlamasını amaçlamaktadır. Bu rahatlamamızın meslektaşlarımızın haklarını koruma anlamına geldiğini daha çok açıklama gerekmediğini umuyorum.

Ruh sağlığı yasası TPD taslağı neler öneriyor?

Ruh sağlığının korunması için alınması gereken önlemler.

Ruh sağlığı tedavi ve rehabilitasyon kurumlarının, gündüz hastaneleri ve ruh sağlığı merkezleri, yarıyol evleri ve korukların tanımı ve işleyişi. Bu kurumların resmi ve sivil kuruluşlarca denetimi.

İstemli ve istemsiz yatışın koşullarının, birbirine dönüşümünün tanımlanması, istemsiz yatışın sulh hukuk mahkemesine bildirilmesi, yargıcın yatışa karar vermesinde isterse kurum dışı bir ruh hekiminden rapor alması, tedavi sonrası çıkışta yapılacak işlemler, uzun süren yatışlarda mahkemenin bilgilendirilmesi.

Tedavi kabul ya da red hakkı, ruh hastasının gizlilik hakkı

Ruh sağlığı yasası TPD taslağı metni, derneğin internet sitesinde yer almaktadır. Ayrıntılı okunmasını ve her türlü eleştiri ve önerinin mail adresime ya da iş adresime gönderilmesini diliyorum. Yasalaşma sürecinde taslağın güncellenmesi ve bu nedenle değişiklikler yapılması gündeme geldiğinde eleştiri ve öneriler taslağı zenginleştirecektir. Ortamda yer alan ruh sağlığı yasası taslağını hazırlayan altkurullarda başkan olarak çalıştığımından bu yazıyı benim yazmam istendi. Ben de öneri ve eleştiri olursa toplayacağımı, güncelleme için bir altkurul topladığımda ben de birikmiş bu metinleri iletebileceğimi düşündüm.

Ruh sağlığı yasası hemen şimdi!!!

Çalışma ve hastalarımızın tedavi ortamlarının düzenlenmesini en iyi bizim yapabileceğimizi biliyoruz. Haklarımızı, hastalarımızın haklarını biz korumazsak başkasının korumayacağını artık gördük ve kabul ediyoruz. Bir yandan mesleki uygulama ve eğitim, araştırma koşullarımızın bozulmakta olduğu günümüzde daha hastalarımızı insani koşullarda hastanede tutmamızın hastalarımız kadar bizlerin ruh sağlığı bakımından da yararlı olacağını görüyoruz.

Ruh sağlığı yasası mesleki alan savunmamızda önemli bir yapı taşı. Öyleyse... haydi çalışmaya... ■

Sağlıkta Dönüşümün Psikiyatriye Etkileri

Tolga Binbay

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

Her ne kadar birbirinden ayırmak olası olmasa da bir uygulamalar toplamı olan sağlıkta dönüşümün kapsadığı değişiklikler finansman, hizmet sunumu ve istihdam biçimi olmak üzere üç başlıkta toplanabilir. Her üç başlıktaki değişikliklerin ise psikiyatriye ya da özel olarak akıl sağlığına ve genel olarak da toplum sağlığına doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki farklı sonucu olacaktır. Bu etkiler de psikiyatristler, sağlık çalışanları ve toplum için farklı özellikler taşıyacaktır. Her üç kesimin de doğrudan ve dolaylı olarak karşı karşıya kalacağı etkiler de genel olarak psikiyatriyi etkileyecektir. Bu nedenle her bir düzeydeki olası etkilenme biçimlerine bakmak yararlı olacaktır. Ancak her bir sonucun bir diğeriyle bağlantılı olacağı ve aynı sonucun farklı alanlarda da görülebileceği, değişimin bütüncül doğası nedeniyle göz önünde bulundurulmalıdır.

Finansman modelinde değişim: Farklı kamu kurumları tek bir çatı altında (Sosyal Güvenlik Kurumu) birleştirilmiştir. Birleşmenin ardından ise genel sağlık sigortasına geçilmiştir. Genel sağlık sigortasının temelini kişinin ödeme gücü ile orantılı primler oluşturmaktadır. Prim ödeyemeyecekler için fakirlik sınırı ve sunulacak sağlık hizmetleri için temel teminat paketi belirlenecektir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin alınacağı kurumlarla (birinci basamak ya da hastane) hizmet sözleşmelerinin yapılması gerekmektedir.

Finansmanla ilgili en önemli değişim sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesiyle hizmet sunumu ile hizmetin finansmanının birbirinden ayrılmasıdır. Bu sayede hizmet bir kurumdaki satın alınacaktır. Söz konusu kurumun niteliğini ise piyasa rekabeti belirleyecektir. Bu durumda finansmandaki değişimin ikinci ana sonucu ortaya çıkmaktadır: Sistem bireye odaklanmaktadır. Bireyin ne zaman hasta ne zaman müşteri olacağı ise yine piyasa rekabetine bırakılmaktadır. Finansmanın kontrolü ve yönlendirilmesi için her bir harcama kalemi fiyatlandırılmak ve faturalandırılmak zorundadır.

Psikiyatristler için doğrudan etkisi: Gerekli tetkikleri isteme, girişimleri yapma ve uygun ilacı reçetelemede zorluklarla karşılaşma, özel sektörde çalışmanın artması ancak muayene-ciliğin zorlaşması.

Psikiyatristler için dolaylı etkisi: Bireysel iş yükünün artması (kodlamalar, kayıtlar vb.), hastanın finansal zorluklarıyla daha çok karşı karşıya gelme, uzmanlığa dayalı psikiyatri hizmetlerinin maliyetinin artması.

Diğer sağlık çalışanları için doğrudan etkisi: Uzmanlık dışı psikiyatri başvurularının artması, uzmanlık dışı psikiyatrik müdahalelerin artması, gerekli durumlarda psikiyatrik ilaç reçetelemede kısıtlılıklarla karşılaşma.

Diğer sağlık çalışanları için dolaylı etkisi: Bireysel iş yükünün artması (kodlamalar, kayıtlar vb.), hastanın finansal zorluklarıyla daha çok karşı karşıya gelme, psikiyatriste yönlendirmede kısıtlılıklarla karşılaşma.

Toplum için doğrudan etkisi: Hizmetler için (muayene, girişim, ilaç vb.) cepten ödemelerin artması, prim ödemesinde aksaklık olması durumunda (örn. işsizlik) sağlık güvencesinin ortadan kalkması, temel teminat paketinin dışında kalan harcamalar için ek prim ödemelerinin devreye girmesi.

Toplum için dolaylı etkisi: Sağlığın özelleştirilmesi, sağlıklılık ya da sağlıksızlık halinin alınır ya da satılır bir biçime bürünmesi, sağlık hizmetlerine erişimde finansal kaynaklı zorlukların artması, geç başvuru oranının ya da tedavisiz geçirilen sürenin artması, toplumsal bütçeden sağlığa ayrılan payın artması ancak getirisinin sınırlı olması, sağlıklılık ve sağlıksızlık halinin tıbbileştirilmesi.

Hizmet sunumunda değişim: Üniversite hastaneleri dışında kamu hastaneleri tek çatı altında toplanmıştır ancak birleştirilen hastaneler ayrı işletmelere dönüştürülmektedir. Finans-

man modelindeki değişimle özel hastaneler de sisteme dâhil edilmiştir. Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri de küçük işletmeler üzerinden yürütülmeye başlanmıştır. Sistem etkin bir sevk zinciri öngörmektedir ancak henüz bu konuda adım atılmamıştır. Diğer yandan işletmeleri denetlemek üzere ise akreditasyon kurumlarının, ilaç ve tıbbi cihaz harcamalarının denetimi için ilgili kurumların ortaya çıkması gerekmektedir.

Psikiyristler için doğrudan etkisi: Artan hasta sayısı, artan parça başı iş yapma baskısı, artan rekabet nedeniyle mesleki uygulamalarda sıkışma.

Psikiyatristler için dolaylı etkisi: Tükenme, açık ya da örtük şiddetle baş başa kalma, mesleki belirsizliğin artması, iş değiştirme, mesleki değerlerin törpülenmesi.

Diğer sağlık çalışanları için doğrudan etkisi: Tanımlayamadığı ama tanı koymak zorunda kaldığı hasta toplamının artması, uzman hekime daha az yönlendirme, daha çok ilaç reçeteleme, çeşitli psikoterapiler gibi gereksiz girişimlerde bulunma.

Diğer sağlık çalışanları için dolaylı etkisi: Tükenme, açık ya da örtük şiddetle baş başa kalma, gelecek kaygısının artması, sık iş değiştirme.

Toplum için doğrudan etkisi: Hizmet ihtiyacında artış, hizmet seçeneklerinin artması ama hizmete ulaşımın güçleşmesi, yataklı servislerden yararlanmanın zorlaşması.

Toplum için dolaylı etkisi: Salgınlar (kuş gribi, kırım-kongo kanamalı ateşi, ishal vb.), sağlık çalışanlarına yönelen ancak aslında toplumun kendisine zarar veren öfke.

İstihdam biçimindeki değişim: Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması çalışanların yeni bir model içinde istidam edilmesini getirmektedir. Bu yeni modelin adı sözleşmeli çalışmadır ve istihdam edilenler performansla dayalı

çalışma ile değerlendirilmektedir. Buna göre parça başı işin miktarına göre ücretlendirme esas olmaktadır. Diğer yandan iş güvencesi ortadan kalkmaktadır ya da iş güvencesi için çeşitli ritüellerin (kredi toplanması, hizmet içi eğitim seminerlerine katılım, ek becerilere sahip olma) yerine getirilmesi gerekmektedir.

Psikiyristler için doğrudan etkisi: Kısa süreliğine ücretlerde iyileşme, emeklilik gibi sosyal hakların azalması, meslektaşlar arasında artan rekabet, psikososyal risk etkenlerinin artması.

Psikiyatristler için dolaylı etkisi: Uzun vadede ücretlerin düşmesi, işsizlik tehdidinin ortaya çıkması, iş saatlerinin artması ya da belirsizleşmesi.

Diğer sağlık çalışanları için doğrudan etkisi: Sosyal hakların erimesi, uzun ve yorucu iş saatlerinin artması, psikososyal risk etkenlerinin artması, ücretlerin belirsizleşmesi.

Diğer sağlık çalışanları için dolaylı etkisi: İşsizlik, çeşitli meslek grupları arasında rekabetin artması ve çalışma ortamının huzursuz olması, sık iş değiştirme, yeni beceriler (çeşitli kurslar, sertifika toplama vb.) elde etme zorunluluğu.

Toplum için doğrudan etkisi: Hasta-hekim ilişkisinin bozulması.

Toplum için dolaylı etkisi: Genel hizmet kalitesinde bozulma, hekimlere ve sağlık çalışanlarına duyulan güvenin azalması. ■

Kaynaklar

Binbay T. Sağlıkta dönüşümü anlamak. Akademik Düşünce Platformu. 2006; 1: 11-13.

Binbay T, Kaya B. Özelleştirmeler, sağlık çalışanları ve psikososyal etmenler. Toplum ve Hekim. 2006; 21: 160-164.



Psikiyatrinin Penceresinden Kamu Hastaneleri Birlikleri Kanun Tasarısı ve Geleceğe Yönelik Öngörüler

Dr. Ejder Akgün Yıldırım

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

50 yıl sonra nasıl bir gelecek bizi bekliyor. Yirminci yüzyılın ilk yarısının Freudiyen, ikinci yarısının ilaç ağırlıklı olduğunu belirten Samuel Bondares gelecek elli yılda ise DNA merkezli bir psikiyatrik yaklaşımın hakim olacağını öngörmektedir. Bondares gelecek projeksiyonunda ilk psikiyatrik muayenenin bir saat gibi uzun süreceğini iddia etmiştir (1).

Gelecekte nasıl bir psikiyatri ortamının olacağını kestirmek zor olsa da bu ortamın değişkenlerinin yalnızca bilgi ve teknoloji olmayacağını söyleyebiliriz. Bu günden yola çıkarak belirleyicilerin bilim, bilgi ve beceri kadar verimlilik, kalite, maliyet, pazar gibi ekonomik argümanlar öngörülebilir. Maalesef günümüzde bir hastaya ayırdığımız muayene zamanı, hastanın yatış süresi ya da ilaç seçiminde Freud'dan Akiskal'e psikiyatrinin duayenlerinden çok Şikago Okulu neoliberal programı, uygulayıcısı Margret Thatcher ve ardılları daha belirleyicidir. Bu neo-liberal akım ve belirleyicileri gelişen ve gelişmekte olan ülkelerdeki kamu kuruluşlarının ve kamuya ait hizmet kuruluşlarının özzerleştirilmesini ve ardından özelleştirilmesi gerektiği, bunun çağın gereği olduğunu bildirdiler. Sosyal devletin tasfiyesini, rekabeti, kamu harcamalarının kısılmasını, sosyal hakların daralmasını ve esnek üretimi savundular. Devlet üreten değil üretimi gözeten, piyasayı dengeleyen pasif belirleyici konuma çekilmeliydi. Bu mevcut tüm dengelemin değişmesi demektir.

Bu yazıda “Kamu Hastaneleri Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” ile ilgili psikiyatri ve hekimlik penceresinden değerlendirme yapılacaktır. Kanun tasarısı hekim kamuoyunda fazla bilinmemektedir. Diğer taraftan herkesin yaşamını yüksek yoğunlukta etkileyecektir. Burada kamu hastanelerinin yönetimden işleyişe yapısını kökten değiştirecek

bu kanun tasarısı ile ilgili eleştirel bir yazı hedeflenmiştir. Mevcut kamu hastaneleri işleyişinde bir çok yönetsel ve yapısal sorun vardır. Bu açıdan eleştirel tutum mevcudun çok iyi olduğunu savunan tutucu bir yaklaşımı içermemektedir. Nasıl bir yönetim biçimi olması gerektiği ise bu yazının konusu değildir.

Kanun tasarısının tarihçesi

Hastane Birlikleri Kanun tasarısı daha önce meclisten geçen ve bir çok kamu kuruluşunu kapsayan “Kamu Yönetimi Temel Kanununun” uygulanamaması nedeniyle sağlık alanına özgü hazırlanmış yeni ama daha öznel bir versiyondur. Bir önceki cumhurbaşkanı tarafından veto edilen Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile ademi merkezîyetçi, daha demokratik ve verimli bir kamu yönetimi modeli savunulmaktaydı. Diğer taraftan bu model aslında aşağıda ayrıntılı olarak bahsedilecek olan değişen üretim biçiminin yansımaları olarak sosyal devlet ve onun çalışanlar ve toplum yararına kazanımlarının verimlilik adına tasfiyesiydi. Bu reform girişiminin en önemli vurgusu yerelleşmek ve verimlilik olsa da asıl önemli kısım kamu çalışanlarının iş güvencesinin yok edilmesi ve hastanelerin yerel yönetimlere devri maddeleriydi. Tüm kamuyu ilgilendiren Kamu Yönetimi Temel Kanunu yerine sağlık alanına özgü “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” gündeme gelmiştir.

Bu tasarı sağlıkta dönüşüm programının önemli bir ayağıdır. Hükümetin acil eylem planında açıkladığı ve bir devrim olarak nitelendiği bu program bir çok tartışmayı da beraberinde getirmiştir. Program ile ilgili bakanlığın açıklamaları incelendiğinde iki nokta göze çarpmaktadır. Bunlar programın yeni olduğu ve devrim niteliğinde olduğudur.

“Gelecekte nasıl bir psikiyatri ortamının olacağını kestirmek zor olsa da bu ortamın değişkenlerinin yalnızca bilgi ve teknoloji olmayacağını söyleyebiliriz. Bu günden yola çıkarak belirleyicilerin bilim, bilgi ve beceri kadar verimlilik, kalite, maliyet, pazar gibi ekonomik argümanlar öngörülebilir. Maalesef günümüzde bir hastaya ayırdığımız muayene zamanı, hastanın yatış süresi ya da ilaç seçiminde Freud’dan Akiskal’e psikiyatrinin duayenlerinden çok Şikago Okulu neoliberal programı, uygulayıcısı Margret Thatcher ve ardılları daha belirleyicidir...”

Birinci tespit sağlıkta dönüşüm programı yeni bir yaklaşım değildir. Doğrudan bakanlığın dokümanları ile bu çok net olarak söylenebilir. Sağlıkta dönüşüm programı aslında 15 yıldır dillendirilen bir programın sistematik biçimde yaşama geçirilmesidir (2,3).

24 Ocak kararları ile başlayan bu dönüşüm yolculuğunda ilk adım 12 Eylül anayasası ile devletin işlevinin hizmeti sağladığından hizmetin sağlanmasına katkıda bulunan pasif sağlayıcı konuma geçmesi ile olmuştur. Sağlık ile ilgili ilk planlama ise 1986 yılında Dünya Bankası’na yaptırılan “Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması” ile başlamıştır. Mayıs 1987’de ANAP hükümeti ilk somut adımı atarak “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”nu çıkarmıştır. 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından “Türkiye Master Planı” hazırlanmış, 1990-91 yıllarında “Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü” faaliyete geçirilmiştir. Mayıs 1992’de “1. Ulusal Sağlık Kongresi” yapılmıştır. Mart 1993’de DYP-SHP koalisyon hükümeti tarafından “Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı” sağlıkta yeniden yapılanma çalışmaları hükümet değişikliğine rağmen devam etmiştir. Sınırlı ilerleme kaydedildiğinden FP-DYP koalisyon hükümeti Kasım 1996 tarihinde “Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu ile Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu tasarı taslaklarını hazırlamıştır. Nisan 1997’de aynı koalisyon döneminde söz konusu taslaklar revize edilerek yeniden kamuoyuna sunulmuş, ancak herhangi bir somut ilerleme sağlanamamıştır. Kısa süre hükümette kalan ANAP-DSP koalisyonu sırasında da bakanlığın eski projeleri devam ettirilmiş, üç taslak bir araya getirilerek “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu” tasarı taslağı hazırlanmıştır. Nisan 1999 seçimleri sonrası göreve gelen DSP-MHP-ANAP koalisyonu ise Marmara Depremi sırasında çıkardıkları Sosyal Güvenlik Yasası’nın hemen ardından Ekim 1999’de yalnızca isim değişikliği yapıp “Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu”nu hazırlamışlardır (3). Bu gün yapılan ya da yapılmakta olan sağlık politikaları uygulamaları, örneğin genel sağlık sigortası, sosyal sigortalar kurumuna ait hastanelerin tasfiyesi, aile hekimliği uygulaması ve kamu hastanelerinin özertleştirilmesi gibi ana uygulama alanları aslında yıllar öncesinde belirlenmiş adımlardır.

İkinci tespit ise uygulamalar yıllar öncesinde belirlenmiş olmasına rağmen yaşama geçirilememişken mevcut iktidarın sağlıkta dönüşüm programını çok sistematik, hızlı ve kararlı uygulamakta olduğudur (2). Bu açıdan bakanlığın büyük bir değişime yol açtığı doğrudur ama bunun ne kadar devrim ne kadar “Schumpeteryen” yenileşme olduğu tartışmalıdır. Bakanlık toplumun sağlık konforu üzerinden uygulama motivasyonunu artırmaktadır.

Kanun tasarısı bu kararlılığın uç noktalarından biridir.

HASTANELERİN BİRLİKLERİNE GENEL BAKIŞ

Kamu Hastaneleri Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı mevcut 900 civarındaki kamu hastanesinin 400’ü “birlik” adı altında işletmeleştirilecektir. Her 10 hastanenin bir araya gelmesi ile bir birlik oluşacaktır. Yasadaki düzenlemelerden toplam 400 hastaneden 40 birlik oluşturulacağı anlaşılmaktadır. Aynı ilde birden fazla kurulabileceği gibi birden fazla ili de kapsayabilecek olan Hastane Birlikleri, Sağlık Bakanlığı’nın ilgili kuruluş statüsünde kamu tüzel kişiliğinde yapıları olarak tanımlanmaktadır (4).

Kanun tasarısının tam metni ek olarak sunulmuştur. Burada tasarıda öne çıkan başlıklar irdelenecektir. Bunlar amaç ve gerekçeler kısmı, yönetim şekli, yöneticilerin formasyonu, personel rejimi, mali ve idari özerklik, gelir kaynakları gibi alt başlıklarda özetlenebilir. Okuyucunun tasarının bütününi okuması önerilir.

Amaç ve gerekçeler

Yasanın amaç kısmında “Bakanlar Kurulunun pilot olarak belirleyeceği illerde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esasları belirlemektir.” denmektedir. Gerekçeler bölümünde ise bu yapılanmanın kar amaçlı olmadığı vurgulanmak istenmiştir. Sağlıkta sosyal bir hak olduğu vurgusu da yapılmıştır. Diğer taraftan metinde işletme tanımı vurgulanmaktadır. İşletme yapısı ile kamu hizmeti veren ve kar amacı gütmeyen bir kuruluş tanımlamaları çelişmektedir.

Genel gerekçede, “Sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçiş süreci ve küreselleşme olgusu ile dünyada yaşanan ▶

hızlı değişim, yönetim anlayışında ve yapısında önemli değişiklikleri gündeme getirmiştir. İletişim ve ulaşım imkanlarının gelişmesi ile küçülen dünyamızda halkımızın artan ve çeşitlenen talepleri de, yönetim anlayışı ve yapılanmasında yeni beklentiler doğmasına yol açmaktadır.” denilerek ideolojik ve bilimsel gereklilik tanımlanmıştır. Aslında bu “postfordist” esnek üretim anlayışının tanımlanmasıdır. Bu anlayış aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Ayrıca 2008-2009 ekonomik krizi ile mevcut olan ekonomik paradigmalardan sarsıldığını vurgulamamız gerekir. Bu ekonomik gerekliliğin ne kadar geçerli olduğu da tartışmalıdır. Aynı bölümde Dünya genelinde merkezi idarelerin sağlık hizmeti ve özellikle de hastane hizmetleri sunumundaki rollerinin yeniden değerlendirildiği ve hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak sağlık işletmesi modeline geçildiği savunulmaktadır (5).

Genel gerekçede sağlık bakanlığının asli görevi sıradan bir daire başkanlığının yapacağı düşünce kuruluşuna indirgenmektedir. “Bu ve benzeri adımlarla yüklerinden arındırılan Sağlık Bakanlığı; stratejik düşünme, geleceğe dair tasarım geliştirme, misyon ve vizyon belirleme, temel amaç, politika ve öncelikleri şekillendirme, ölçülebilir başarı göstergeleri oluşturma, insan kaynakları geliştirme gibi esas görevlerine daha yoğun mesai ayırabilecektir.”

Madde gerekçeleri bölümünde “Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde idari, hukuki, mali ve teknik tüm iş ve işlemler başhekimin sorumluluğunda yürütülmektedir. İl düzeyinde sağlık hizmetlerinin planlanması ve koordinasyonu ise Bakanlık ve taşra teşkilatınca yerine getirilmektedir. Bu hizmetlerin yönetim kurulu kararları doğrultusunda genel sekreterlikçe yürütülmesi düzenlenmektedir. Böylece hastanelerin idari, mali ve hukuki konularda iş yükü önemli ölçüde hafifleyecek ve tıbbi hizmetler üzerinde yoğunlaşmaları sağlanacaktır.” denilmektedir. Bu gerekçe ekonomik gerçekler ve kanunun belirlediği görev tanımları ile çelişmektedir. İl bazında sağlık hizmetlerinin planlanmasını hastane birliklerinin yapması olanaksızdır. Çünkü bu kuruluşta görev ağırlığı ekonomi ve yönetim bilimi üzerindedir. Sadece iki hekimin olduğu bir yönetim kurulunun il ölçeğinde sağlık hizmetlerini gözetmesi beklenemez. Hekim dışı ve sağlık sektörü dışı meslek mensuplarının sağlık hizmetlerinin sunumu konusundaki yetersizlikleri hasta hakları kurullarında hekimlerin yaşadıkları ile sabittir.

Yasanın genel gerekçesinde bu düzenleme ile “hastanelerin madde ve insan gücü anlamında her türlü kaynağı sınırsızca merkezden talep etme yerine kendi kaynaklarından karşılamaları” hedeflenmektedir. Bunun sonucunda genel bütçeden kamu hastanelerine katkı yapılmasına son verilecektir (4). Gerçi bugün de kaynak aktarımı çalışanların maaşlarını ödeme düzeyine inmiştir.

Yönetim şekli ve yöneticiler

Yasanın en çok tartışılacak bölümü yönetim şeklidir. Eski yönetim anlayışını tamamen ortadan kaldıran holding tarzı bir yönetim şekli getirilmiştir. Tasarıda:

“Yönetim kurulu birliğin en üst karar organıdır ve aşağıdaki üyelerden oluşur; a) İl genel meclisi tarafından belirlenen hukuk öğrenimi görmüş bir üye. b) İl genel meclisi tarafından belirlenen yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir bir üye. c) Vali tarafından belirlenen işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye. ç) Bakanlıkça belirlenen tıp öğrenimi görmüş bir üye. d) Bakanlıkça belirlenen sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye. e) Ticaret ve sanayi odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası tarafından belirlenen, en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye. f) İl sağlık müdürü veya aynı ilde birden fazla birlik bulunması halinde Bakanlıkça belirlenecek il sağlık müdür yardımcılarının birisi.” Bu üyelerin yalnızca ikisinin tıp doktoru olması öngörülmektedir. Bu yasanın en göze çarpan tarafgirliği yönetimde sendikaların, sağlık çalışanlarının temsilcilerinin ve bir kamu kurumu niteliğinde olan tabip odası temsilcisinin olmamasıdır. Ticaret odası temsilcisine yer veren bir kanunun tabip odası temsilcisini istememesi her ne kadar gerekçe bölümünde amaç değil dense de artık hastanelere ticarethane olarak bakıldığına göstergesidir.

Görev alacakların mesleki nitelikleri ise kanun tasarısında şöyle belirtilmiştir. “(2) Genel sekreter, başkanlar, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcılarının; en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarının sağlık bilimleri, sağlık yönetimi, hukuk, kamu yönetimi, iktisat, işletme, maliye veya muhasebe, endüstri mühendisliği bölümlerinden ya da bunlara denkliği yetkili kurumca kabul edilmiş yurt dışındaki yükseköğretim kurumlarından mezun olmaları veya en az dört yıllık yükseköğrenim üzerine yukarıda sayılı alanlarda yüksek lisans veya doktora öğrenimi yapmış olmaları; teknik müdür yardımcılarını için inşaat, makine, elektrik-elektronik, biyomedikal, bilgisayar mühendisliği bölümlerinden mezun olmaları.”

Yasanın öngördüğü kurullar katı dikey yönetsel halkalar halindedir. Burada hizmet üretenlerin yönetime katılması gibi çağdaş kamusal yaklaşımlar olmadığı gibi hizmeti üretenlerin etkisi neredeyse sıfırlanmıştır. Örneğin yukarıda da bahsedildiği üzere çalışan temsilcileri yönetici halkalarda yoktur. Hastanelerde idari kararlar çalışma ve sağlığın sunulma ortamını da belirleyeceğinden aynı zamanda dolaylı tıbbi kararlardır. Bir hastanede en önemli görev sağlık hizmetinin sunulması ve hasta sağaltımıdır. Hasta sağaltım ortamında asepsi önemlidir, duvarın rengi ise bir teferruattır. Kantin hizmetinde hasta ve yakınlarının kaliteli hizmet almasından çok hastane hijyeninin korunması esastır. Bu kararlar hekimlerin gözetiminde ve denetiminde alınmalıdır. Bu tasarıda doğrudan ve dolaylı tıbbi kararların alınma aşamasında hekimlerin söz hakkı yoktur. Bu üreten kesimin doğrudan tasfiyesi gibi yorumlanabilir. Buradan açıkça anlaşılmaktadır ki hastaneler ve hastane yönetimi artık hekimlerin değildir.

Hekimler artık yönetilecek elemandırlar. Kar eksenli bakıldığında bu girişimin rasyoneli vardır. Hekimler tarihsel ve

kültürel özellikleri nedeniyle meslektaş dayanışması güçlü bir meslektir. Bu durum çalışan ve yönetici hekimin ilişkisini daha insani boyutta tutma riskini taşımaktadır. Oysa yönetici işçi ilişkisinde yönetici işletmenin maksimum karını gözeterek hareket etmelidir. Kültürel ve tarihsel gelenekleri olan bu dikey eksenle dayanışma esnek üretimin dinamiklerine uygun değildir. Yasa bu insani açığı iki yöntemle aşmaktadır. Hekim yöneticiler oldukça geri plana itilmişlerdir. Yönetici olacaklar- sa farklı formasyonlar edinmek zorundadırlar.

Yönetici sınıfların kalitesi en büyük eleştirilerden biridir. Aslında sermaye örgütleri özerkleşen kurumlara siyasileşmemiş, İtibarlı ve deneyimli yöneticilerin seçilmesini istemektedirler (6). Birlik yasası ise ülkenin hiç de tanıdık olmadığı yeni kadrolarla kaosu yönetmeye hazırlanmaktadır. Yönetim Kurulu'nun yedi üyesinin dördü doğrudan merkezi iktidarca saptanmakta, yani "40 Birlik"te toplam 160 kişi siyasi iktidar tarafından atanmaktadır (4). Böylece yerele devredilmiş olarak görülen yetki aslında daha küçük parçalar halinde merkezi iktidarca kullanılacaktır. Bu siyasi erkin daha fazla müdahalesi demektir. Görünürde bağımsız olacak bu yöneticiler piramidal bir örgütlenme ile seçilmekte bu durum yönetimi siyasi kaygılar karşısında kırılmalı hale getirmektedir. Yılların birikimine sahip hekimler devre dışı kalmakta, Oysa günümüzde kamu çalışanları devletin tanımladığı görevleri kamunun yararına uygulamaktadırlar, görev yetkileri ve hakları anayasa ile güvence altına alınmıştır. İdari hukuk bu görev sırasında usulsüzlük olduğunda kamu adına yetki kullanır. Bu yasa ile 5 yıllık meslek deneyimi olan vasfı belirsiz bir yöneticiye halkın sağlığı ve ülkenin en pahalı meslek grubu olan hekimler emanet edilmektedir.



Kanun kamu hastanelerini teslim edeceği yöneticilerde yalnızca 5 yıllık iş tecrübesi aramakta ve bunun özel sektör ya da kamu gibi bir ayrımı olmamaktadır. Bu durumda hayatında hiç kamu hastanesinde çalışmamış ve kamu sağlık hizmetini bilmeyen bir özel sektör çalışanı rahatlıkla bir ilin sağlık hizmetinin koordinasyonunda yer alabilecektir. "(b) Kamu veya özel sektörde yukarıda sayılı alanlarda en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmaları gerekir."

Personel rejimi

Personel rejiminde de köklü değişiklikler önerilmektedir. Kanun Tasarısı'na göre Birliği yönetim kurulu kararlarına göre yöneten en üst düzey bürokrat Genel Sekreter olacaktır. Birliğe bağlı hastaneler Hastane Yöneticisi tarafından yönetilecek, başhekimler de bu yöneticilere bağlı olarak çalışacaklardır. Hastanede çalışacak azami personel sayısı yönetim kurulunun görüşü alınarak bakanlıkça her yıl saptanacaktır. Halen devlet memuru olan personele şimdilik sözleşmeli zorunluluğu ge-

tirilmemekte ama geçiş olanağı sunulmaktadır. Nihai hedef sözleşmeli personeldir. Daha önceki özerkleşen ve özelleştirilen kurumlarda olduğu gibi zamanla personelin sözleşmeli olmaya zorlanması öngörülmektedir (4). Birlik gerekirse taşeron sağlık hizmeti alabilecektir. Birliği genel sekreter hastaneyi ise hastane yöneticisi tam yetki ile yönetir. Artık başhekimler hastane yönetiminde sıradan konumda eleman durumundadırlar. Yönetici konumundaki personelin iş güvencesi üç yıllık sözleşmeler şeklindedir.

"(4) Ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde personel istihdam edilir. Yönetim kurulu; genel sekreterle doğrudan, başkanlar ve hastane yöneticileriyle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar. Başhekim ve müdürlerle hastane yöneticisinin teklifi üzerine genel sekreter tarafından sözleşme yapılır. Uzman personel ile büro görevlilerinin sözleşmeleri genel sekreter tarafından yapılır. Yapılan sözleşmelerin süresi üç yılı aşamaz. Üç yıl sonunda tekrar sözleşme yapılabilir. Başhekim yardımcılarıyla başhekimin, müdür yardımcılarıyla ilgili müdürlerin teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılır. Başhekim yardımcıları ile müdür

yardımcılarının sözleşmeleri başhekim ve ilgili müdürün sözleşmesi sona erdiğinde kendiliğinden sona erer. Genel sekreterin sözleşmesi doğrudan, diğer personelin sözleşmeleri ise genel sekreterin gerekçeli teklifi ile süresinden önce yönetim kurulu kararıyla sona erdirilebilir. Yeni yönetim kurulu veya genel sekreterin göreve başlamasından itibaren iki ay sonunda, önceki yönetim kurulu veya genel sekreter

tarafından yapılan sözleşmeler, süreleri tamamlanmamış olsa da sona erer. Ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda açıktan istihdam edilenlerin herhangi bir suretle sözleşmeleri sona erdiğinde birlik ile ilişkileri kesilir." Yasa yönetici elitlerin iş güvencesini sınırlayarak çalışanlara karşı daha katı, kar ve verimlilik eksenli işletmeciler olmalarını istemektedir. İşletme karı düşük olduğunda yöneticiler açısından iş akdinin feshine kadar giden bir kırılmalı belirtilmektedir. Bu durum yöneticiyi agresif bir tutuma sokacaktır. Bu kırılmalı yapının sağlık sorununa müdahale eden ekip ilişkisini ne kadar bozacağı ön görülebilir.

Verimlilik

Kanun Tasarısı ile hastaneler hizmet alt yapısı, organizasyon, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti ölçütlerine göre aldıkları puanlarla A,B,C,D,E olmak üzere 5 sınıfa ayrılmaktadır. Oluşturulan hastane gruplarından ağırlıklı ortalaması C ve üzeri olanlar birlik haline getirilecektir. "(14) Hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulur. ▶

Değerlendirme sonuçlarına göre hastanelere yüz üzerinden puan verilir ve her yıl değerlendirme yenilenir. Hastanelerin sınıflandırılmasında puanlar esas alınır. Puanlarına göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılır. Bu şekilde sınıflara ayrılan hastanelerin, kapasite ve kaynaklarını birleştirerek aralarında görev paylaşımı yapılmasına, bu suretle daha rasyonel çalışmasına imkan vermek üzere hastane grupları oluşturulur ve bu grubun ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olanlar birliğe dönüştürülebilir. Ağırlıklı ortalaması (D) sınıfına düşen birliklere eksikliklerini gidermesi için bir yıldan fazla olmamak üzere uygun süre verilir. Süre sonunda eksikliklerini gideremeyen (D) sınıfındaki birlikler ile (E) sınıfına düşen birliklerde yönetim kurulu üyelerinin görevleri ve ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda istihdam edilecek personelin sözleşmeleri sona erer. Bu görev ve yetkiler, birlik ağırlıklı ortalaması tekrar (C) veya üzerine çıkıncaya kadar Bakanlıkça görevlendirilen personel tarafından yürütülür.”

Gelirler, özerklik, özelleştirme...

Yönetim Kurulu'nun görevleri arasında bilanço, yıllık mali rapor ve faaliyet raporunu hazırlamak, birliğin her türlü taşınmazını, tesisleri ve binaları satabilmek, kiralayabilmek, birliğin nakitlerini bankada değerlendirmek, tıbbi uzmanlık hizmetleri satın almak, personel istihdam, görevlendirmesi yapmak gibi ticari işlemlerin bulunması da bu Hastane Birliklerinin piyasa koşullarında hizmet üretip satacaklarını göstermektedir (4).

Tasarıda birliğin gelirleri şunlardır: “ a) Her türlü muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil, ameliyat ve benzeri sağlık hizmetleri karşılığında elde edilen gelirler, b) Üretim satışı sunulacak ilk madde, malzeme, mamul aşı, serum, protez ve benzerleri karşılığında elde edilecek gelirler, c) İlaç, insan kanı ve kan ürünleri imali ile istihsal veya imal edilen diğer madde ve malzemeler karşılığında elde edilen gelirler, ç) Tapuda birlik adına kayıtlı olan taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satışı, kiralanması, işletilmesi veya işlettirilmesinden elde edilecek gelirler ile Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiralanması, işletilmesi veya işlettirilmesinden elde edilecek gelirler, d) Sağlık alanında verilecek kurs, seminer, eğitim, araştırma, yayın ve danışmanlık hizmetlerinden elde edilen gelirler, e) Bağış ve yardımlar, f) Gerekliğinde devletçe yapılacak yardımlar, g) Diğer gelirler.” Burada kan ürünleri satılması, çalışanların eğitim ve araştırmada kullanılması gibi farklı gelir kapıları tanımlanmıştır. Araştırma gelirleri önemlidir. Bu kanunun değerlendirmelerinde gözden kaçan bir durumdur. Özellikle psikiyatride ilaç araştırmalarının önünün açılması çok farklı tartışmaları da beraberinde getirmektedir.

Tasarının 3. ve 6. maddeleri birlik yönetimlerinde kısmi özelleştirmenin kapısını açmaktadır. Birlik yönetim kurullarına birliğe ait tesislerin özelleştirilmesi konusunda “genel yetki” veren hükmü, özelleştirmenin yasayla yetkilendirme yoluyla değil, yasal düzenleme ile yapılması gerektiğine” ilişkin Anayasa Mahkemesi içtihadına aykırılık taşımaktadır (5). Ayrıca

sağlığın temel bir kamu hizmeti olduğu ve devletin temel görevleri arasında yer aldığı, bu nedenle genel idare esaslarına göre yerine getirilmesi gerektiğini belirten Danıştay kararları da bulunmaktadır (5). Bu yapılanmanın bir sonraki adımı özelleştirme. Özerkleştirilen hastaneler ulusal/uluslararası sermayeye satışa hazır hale getirilmektedir.

TASARIYA EKONOMİPOLİTİK BAKIŞ

Bu yasanın temel ideolojik dayanağı üretim biçiminde “fordist, taylorist” sistemden “post fordist” sisteme, siyasal yönetimde ise sosyal refah devletinden küresel dünya ve sınırsız ekonomilere geçişin sağlanmasıdır. Bu geçiş süreci gelişen ve gelişmekte olan ülkeler için yeni bir yaklaşım değildir. İkinci petrol krizi ve 70’li yıllarla başlayan ekonomik değişim rüzgarının hissedilen uygulamalarıdır.

Özellikle neo-liberal ekonomistler 1970’ler ile birlikte planlamanın verimliliği düşürdüğü ve hür dünyaya ait olmadığı argümanını sıkça kullanır olmuşlardı. Ulusal ölçekte hizmet sektörü gibi kamu ağırlıklı alanlarda planlamalar yapmak hantal bir bürokrasiye ve içinden çıkılmaz bir karmaşaya neden oluyordu. Yüzlerce sayfa hesaplardan ve binlerce işlemden bahsediliyordu. Ancak tüm bu eleştiriler daktilo çağına aitti. Gelişen teknoloji değil ulusal, dünya ölçeğinde planlama yapabilecek güçte veri oluşturma ve kullanma olanağı sunuyor. İkinci eleştiri bir tür dogma halini alan çağın ekonomik gereklilikleri postulası: “Özelleştirme çağın gerekliliğidir”. Bu o kadar inanılan ve kavranamayan bir dogma oldu ki özellikle kent soylu siyaseti aşır kasaba kültüründe dillenir oldu. Aşağıda ekonomik gerekçelerin daha iyi anlaşılabilmesi için üretim biçiminin tarihsel ve konjonktürel değişimi anlatılmıştır.

Fordist üretim, Keynesçi devletin tasfiyesi...

Batının sanayileşmiş ülkeleri 1929 büyük ekonomik buhranından Keynesçi ekonomik yapılanma ile çıkmıştı. Silahlanmanın, savaşın ayak seslerinin ve sonucunda İkinci Dünya Savaşının başlaması ile bu model ancak 50’li yıllarda uygulanabilir oldu. Keynes sosyal refah devleti modelinde devlet eliyle emeğin yeniden üretilmesi gerektiğini savunuyor, devletin sağladığı sosyal hak ve olanaklar ile toplumun daha üreten ve tüketen bir duruma geleceğini öngörüyordu. Keynesçi ekonominin üretim biçimi ise “fordist” üretimdi (8). Fordist üretim seri üretim hattında yapılan kitlesel üretimdir (9). Henry Ford’un T modelinin üretim hattından esinlenilerek bu adı almıştır. Taylorizm’den sonraki aşamadır. İşgücü son derece özel ve tek amaçlı makinelerde bir işbölümü esasına göre örgütlenmiştir. Sürekli hareket halindeki bir üretim hattı üzerinde basit ve rutin bir işi sürekli yapar (9).

Fordist üretimde kitlesel bir şekilde üretilmiş ürünlerin yine kitlesel ve yoğun bir biçimde tüketilmesi gerekiyordu. İstikrarlı bir pazara ihtiyaç vardı. Fordist yoğun birikim rejiminin düzenlenmesi rolünü devlet üstlenmişti (8). Devlet bir yandan kamuya mal edilen geniş ölçekli kamu harcamaları ile talep yaratıyor ve önemli bir tüketici olarak ortaya çıkıyor,

“...Sağlık onu sunmakla yükümlü devlet ya da sunulan hizmeti alacak olan vatandaşlar için ekonomik bir meta değildir. Aslında hizmet sunumunun hiçbir ayağı değildir. Hizmetin ekonomik bir metaya dönüştürülmesi geçtiğimiz yüzyılın sonlarında belirli ideolojik çevrelerce suni olarak oluşturulan bir gündemdir. Bir parantez açacak olursak hizmet sektörü pazarı daralmayan bir alandır. Yani bir insan su tüketmeye, elektrik kullanmaya, haberleşmeye, eğitime, sağlığa muhtaçtır...”

diğer yandan geliri yeniden bölüştüren ve toplumsal sınıflar arası ilişkileri düzenleyen politikalarla ortay çıkması olası gelir çekişmesinin şiddetini azaltan katkılarda bulunuyordu. 1960'ların sonuna kadar bu yoğun birikim rejimi yani Keynesçi devlet ve Fordist üretim refahı sağlamış ve toplumda kısmen dengeli dağılım oluşturmuştu (10).

İlki ulusal ekonomilerin kendi içinde ikincisi uluslararası ölçekte olmak üzere iki kriz Fordist üretimin ve Keynesçi devletin sonunu getirdi (8). Fransız iktisatçıların oluşturduğu düzenleme okulu olarak adlandırılan yapılanma düzenleme kuramı adlı dünya ekonomisine farklı bir bakış ve çözümleme getirdi. Düzenleme kuramına göre kriz yapısalı ve seri üretime ve kitle üretimine dayalı sistemin tükenmesiydi. Üretimin teknik ve sosyal organizasyonunda bozulma, verimlilikte tükenme, büyümenin maliyeti, uluslar arası politik değişim krizin nedenleriydi (8). Fordist sistem esnek değildi. Merkezizetçiydi. Diğer taraftan toplumsal talepler çeşitleniyor ve hızla değişiyordu.

Post Fordizm

Fransız düzenleme okulu tarafından tanımlanan “post-fordizm” 1945-1970 yılları arasında hakim olan Fordist üretim tarzının yerini alan esnek, verimli, pazara göre şekillenebilen üretim şeklidir (10). Kitlesele ve değişmez ürün yerine insanın makineyi yönlendirebildiği daha dinamik bir üretim biçimini tanımlar. Dünya hızla değişmektedir. Talepler de değişime bağlı olarak çok kısa sürelerde farklılaşmaktadır. Keynesçi devlet yerine “post-fordist neo-liberal” devlet şekillenmekteydi.

Post fordizmin bir çok özelliği bulunmakla birlikte bu yazı için önemli olan bazı yönlerine değinilecektir. Fordizmden esnek üretime geçişin ekonomik ve toplumsal etkisi her alanda kendini gösterdi. Büyük fabrikalar, üretim bandı ve her bir işçinin bir diğerine olan üretim hattındaki zorunlu bağlılığı güçlü işçi örgütlerini de yaratmıştı. Üretim biçiminin değişmesi ile sendikalar hızla güç yitirmeye başladılar (9,11). Reket ve esnek üretim iş güvencesiz, güvensiz ve dayanışmanın azaldığı toplumsal sonuçlara da zemin hazırladı.

Fordist düzenin statü hukukuna bağlı tekil istihdam biçiminin yerini, memurun sözleşme esasına göre istihdam edildiği parçalı-çoklu istihdam biçimi almıştır. Postfordizm ile kamu görevlilerinin merkez, çevre ve taşeron olmak üzere üç par-

çaya ayrılması söz konusudur (10). Devlet ana üretici ya da talebi oluşturan değil pasif düzenleyicidir. Sosyal refah devletine göre şekillenmiş kurumların hızla bir reform geçirmeleri gerekmektedir. Neo-liberal politikalarla birlikte büyük devlet kuruluşları hızla özelleştirildi.

Özerkleştirme: hedef mi? Ara basamak mı?

Esnek üretim ve birikim rejiminin öne çıkmaya başlamasıyla, devlet faaliyetlerinde; özelleştirme, özerkleştirme ve yerleşme kavramları gündeme gelmiştir (10). Gerekliliklerin ne kadar ergonomik ne kadar ekonomik gerekliliklerden kaynaklandığı tartışmalıdır. Özerkleştirme uzun süredir Türkiye ve benzeri gelişmekte olan ülkelerin sorunudur.

Özerkleştirme başlangıçta kamu teşekküllerinin özelleştirilmeden kurtuluşu gibi sunulan reçetelerdi. Ancak gerçek çabuk fark edildi. Sermaye kurumları açısından sadece ara basamaktı. TİSK raporunda özerkleştirmenin kesinlikle özelleştirmenin alternatifi olmadığı, özerkleştirmenin, özelleştirme uygulamasında baş vurulabilecek geçici çözümlerden birisi olduğu açıkça belirtilmekteydi (7). Aynı raporda TÜPRAŞ örneği verilerek özerkliğinin halka açık şirketlerde (KİT’lerde) geçici olarak özelleştirmenin tamamlanmasına kadar söz konusu bir yöntem olup; mutlaka bir takvime bağlanarak uygulanması gerektiği vurgulanmaktaydı. Sermaye kuruluşları özelleştirmede Türkiye’nin satılan kurumların ticari örgütlenmelerinin sınırlı oluşu nedeniyle zarar ettiğini savunmaktadırlar. Kalite yönetimi, denetim, insan kaynakları ve strateji gibi departmanların olmayışı, personel rejiminin şirket işleyişine göre değil bir devlet kurumu yönetimine göre şekillenmiş olması değer düşüren önemli kalemlerden biridir. Tüm bunlar özerkleştirme ile kuruma kazandırılmaktadır. Sonuç olarak özerkleştirme ekonomik değeri olan bir kurumda kalıcı yönetim biçimi değildir. Hastanelerin özerkleştirilmesi TÜBİTAK, Merkez bankası gibi kurumların siyasi erkten özerkleştirilmesi ile karıştırılmamalıdır. Neo-liberal tanımlama ile özerkleştirme satış öncesi yapısal dönüşümler için önemli bir basamaktır.

Hizmet sunumunun ticarileşmesi

Sağlık onu sunmakla yükümlü devlet ya da sunulan hizmeti alacak olan vatandaşlar için ekonomik bir meta değildir. Aslında hizmet sunumunun hiçbir ayağı değildir. Hizmetin ekonomik bir metaya dönüştürülmesi geçtiğimiz yüzyılın sonlarında belirli ideolojik çevrelerce suni olarak oluşturulan ▶

bir gündemdir. Bir parantez açacak olursak hizmet sektörü pazarı daralmayan bir alandır. Yani bir insan su tüketmeye, elektrik kullanmaya, haberleşmeye, eğitime, sağlığa muhtaçtır. Burada oluşan talep bir televizyon almadaki kadar kırılğan değildir. Talep sıkıntısı çeken ve güvenli pazar arayan sermayedarlar için hizmet sektörü devamlı bir pazardır. Ulusötesi sermayenin önemli kararlarından biri de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin hizmet sektörlerine girebilmeleridir (12). Diğer taraftan hizmet sektörü sosyal yaşamı belirleyen ve doğrudan ve dolaylı olarak siyasal erki etkileyen bir temas alanıdır. Hizmet sektöründe aksama ciddi sosyal sonuçlar doğurabilir. Kendini yönetenleri seçen kitleler için alacakları hizmetin karşılıksız ve yeterli olması önemli bir siyasi tercihtir. Bu nedenle aslında yıllar önce alınan kararlara rağmen ulusötesi sermaye yeni yeni hizmet sektöründe ağırlığını hissettirmektedir. Ticaret ve Tarifeler Genel Anlaşması (GATT), Hizmet ve Ticaret Genel Anlaşması (GATS) ve Fikri Mülkiyet Haklarının Korunmasına İlişkin Anlaşma (TRIMS) sağlık alanının ve diğer hizmet alanlarının piyasalaştırılması için zemin oluşturdular (13). Türkiye bu anlaşmaları imzalamış ve hizmet sektörünü ulusötesi sermayeye açma olanağı ve taahhüdünü vermiştir. Sağlık sistemi reformu Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası destekli ekonomik yapılanmalarda çok önemsenmiştir. Gelişmekte olan ülkelerdeki bu reformlar aslında ulusötesi sermayenin rahat dolaşımını sağlamaktadır.

Hizmet sunumunu ekonomik olarak tanımlamak insan temelli olmayan bir ideolojik duruşun savunusudur. İlginç olan bunun değişmez bir gerçek olduğundan hareket edenlerin arka plandaki ideolojyi gerçeklik gibi tanımlayıp kamusal sağlığı savunmaları ideolojik körlükle suçlamalarıdır.

Schumpeteryen devlet ve kamu hastaneleri

Ekonomide ve kamu kuruluşlarında temelden değişiklikler Keynesçi anlayıştan “Schumpeteryen” devlet anlayışına geçişin ülkemize yansımalarıdır. Schumpeteryen büyüme teknolojinin de yardımı ile esnek bir üretim pazarlama yaklaşımını içerir. Schumpeteryen büyümenin yaratıcı yıkım teorisi ise yeni pazar, yeni üretim yöntemlerinin ortaya çıkışının bir tasfiye ile olacağını söyler (14). Her yeni, kendinden öncekini ortadan kaldırarak ekonomiye sunulur ve bu süregelen biçimde gelişir. Bu yaratıcı yıkım ekonomik bir gereklilik olabilir, ki Schumpeteryen ekonomi tartışmalı bir durumdur. Diğer taraftan insanların hakları olan bir hizmetin sunulmasında sistemin yeniden yapılanmasını pazar koşullarına göre şekillendirmek ancak sağlığa ekonomik bir meta olarak bakılması ile mümkündür.

TASARI VE GELECEKTE PSİKİYATRİ PRATIĞİNE YANSIMALARI

Bu kanun tasarısı ve esnek üretim modelinin sağlığa uygulanması sürecinde psikiyatri bir çok yönden sancılı bir durumdadır. Hekim olmaları nedeniyle olduğu kadar psikiyatrinin öznel durumundan kaynaklanan zorluklar beklenmelidir.

Her şeyden önce bu tasarının kanunlaşması ile hekimlik değer kaybedecektir. Psikiyatristler kanun tasarısının genel faydası ne olursa olsun hekim olmalarından dolayı mevzi kaybedeceklerdir. Yukarıda ayrıntılı anlatıldığı üzere hekim olmayan yönetici elitlerin insafında işçileyeceklerdir.

Mesleki dayanışma azalacaktır. İşletme tasarıda belirtilen kar oranları, verimlilik ve hasta memnuniyetini sağlamak için olabildiğince rekabetçi bir ortam oluşturabilecekler, bu durum hekimler arasında rekabet ve çekişmeyi artıracaktır. Performans sistemi ile benzer durumlar yaşanmaktadır. İşletmeler haline gelen hastaneler bir anlamda izole olacaklarından bu kurumlar arası hekim dayanışmasını da etkileyecektir.

Hekimin saygınlığı azalacaktır. Bir insan kaynakları personelinde giyilen gömleğin rengi nedeniyle uyarı alabileceklerdir. Hekimler sıradanlaşacaklardır. Tam bir müşteri olarak görülen hastalar nedeniyle hekimi şikayet mekanizması Demoklesin kılıcı gibi hekimin kısıtlanması ve yönlendirilmesine dayanak olacaktır.

Yönetici sınıflar sağlık konusunda bilgisiz olacakları için hekimleri uygulamaları ile değil belirli standartlar ile seçmek durumunda kalacaklardır. Bu durum hekimlerin yeni sınavlar ile akredite olmaları gündeme gelecektir. Yönetici elit çeşitli sınavlardan geçmiş, bilgisi sürekli denetlenen, sertifikasyonlu hekimler isteyecektir. Mevcut sınavlara yenilerinin eklenmesi olasıdır.

Psikiyatri diğer uzmanlık alanlarına göre sosyal kamusal niteliği fazla olan bir tıbbi uygulama alanıdır. Hastaların bir çoğunun sosyal işlevselliğinin bozulması, sosyoekonomik açıdan zayıf toplum kesimlerinde hastalıkların daha fazla olması, tedavi yöntemlerinin sosyal aktiviteler gerektirmesi onu diğer tıp uygulamalarından ayırmaktadır. Bu sosyal yön psikiyatrinin kamusal bir sağlık sistemine ihtiyacını zorunlu kılmaktadır. Özellikle toplum psikiyatrisi sistemi ve koruyucu ruh sağlığı uygulamaları düşünüldüğünde kamusal modelin önemi artmaktadır. Bakanlığın toplum psikiyatrisine geçiş uygulamaları olumlu ve ümit verici adımlardır. Diğer taraftan esnek üretim ve kar merkezli bir sağlık yönetiminde sosyal hedeflerin toplumun faydası ekseninde sağlanması beklenmemelidir. Çağdaş psikiyatrik yaklaşım olan toplum psikiyatrisi çalışmaları ekonomiye dolaylı katkı sağlarlar ve kar amaçlı uygulamalar değildirler. Kanun tasarısı ile çağdaş yaklaşımların sektöre uğrama riski doğmaktadır.

Psikiyatri fazla kar etmemektedir. Psikiyatrinin kazandıracağı para sigorta kurumlarının insafına bağlıdır. Özellikle yataklı servisler oldukça düşük kar marjları ile çalışmaktadır. Poliklinik hizmetleri ise ancak kapasite üzerinde hasta muayenesi ile karlı olmaktadır. Bilimsel gereklilikler dahilinde uygulanırsa yüksek maliyet ve düşük kar içermektedir. Sigorta ödemelerinde verilen ücretlere ileride sınırlama gelmesi kaçınılmazdır. Halen bir çok özel sigorta kapsamında psikiyatri kalemleri bulunmamaktadır. İleride sosyal güvenlik kurumunun da bazı kısıtlamalar getirmesi ön görülebilir. Ağız ve diş sağlığı uygulamasında benzer bir kısıtlama istenmiştir.

Hasta hekim ilişkisi psikiyatride diğer tıp dallarında olduğu gibi bir araç değil sağaltımı sağlayan iyileştirici güçtür. Yani hasta ile hekim arası ilişki tedavinin sunulması dışında doğrudan etki de göstermektedir. Psikiyatrideki hasta hekim ilişkisi temel çerçevenin yanı sıra psikiyatri paradigmaları tarafından ayrıntılı tanımlanmıştır. Bu ilişki satıcı müşteri ilişkisine istense de indirgenemez. Sağlık sunumunda hasta hekim ilişkisi piyasanın arz-talep ikiliğine uymamaktadır. Çünkü arzı sunan aynı zamanda talebin biçimini ve sınırını da belirlemektedir. Hekim bir cerrahi müdahalenin gerekip gerekmediğine, gerekiyorsa nasıl bir müdahale olacağına kendisi karar verir. Hastanın burada belirleyiciliği sadece uygulamayı onaylamaktır. Diğer bir deyimle hasta hekim ilişkisi asimetrik bir ilişkidir. Bu asimetri psikiyatri pratiğinde diğer tıp dallarından farklı olarak tanımlanmış ve kutsanmıştır. Esnek üretim ve kar merkezli işletmeler açısından bu asimetrinin kabulü imkansızdır. Esnek üretimin doğası gereği talepteki mikro ya da makro ölçekteki değişikliklere ayak uydurulması zorunludur. Birlik yönetimlerinin kendi kalite ve insan kaynakları uygulamalarının psikiyatri ile uyuşması beklenmemelidir. Bugün mevcut uygulama da bile olan ayın personeli uygulamaları, elma seçer gibi poliklinik veznelerinde değiştirilen psikiyatristlerin ne kadar etkin olacakları tartışmalıdır. Örneğin bir borderline kişilik bozukluğu olan bir hasta doktor seçme uygulaması ile her hafta başka bir hekime gidebilmektedir. Tedavide tutarlılığın ve sınırın iyileştirici olduğu bu hastada hastanın piyasa kuralına göre hekim seçmesi tedavinin niteliğini bozmakta, her şeyden önce hastaya zarar vermektedir. Psikoterapi uygulamalarının nasıl bir hal alacağını kestirmek zor olacaktır.

Psikiyatri fazla tanınmayan ve kendini tanıtamayan bir uzmanlık alanıdır. Bir çok yönetsel kademedede psikolog olarak tanımlanmakta, uygulama yöntemleri yeterince anlaşılamamaktadır. Bu durum hekimler arasında bile yaşanmaktadır. Bir çok devlet hastanesinde ya da üniversitede diğer tıp branşındaki yöneticilerce psikiyatri uygulamaları ile ilgili talepler önemsenmemekte ya da küçümsenmektedir. Hekim yöneticilerle bile zorluk yaşanırken hekim olmayan bir yönetici güruhuna dert anlatmak oldukça tüketici olacaktır.

Sınır ihlalleri legalleşebilecektir (15). Para kazandırdıktan sonra psikiyatrist yerine psikolog ya da sosyal çalışmacının hasta tedavi etmesi legalleşebilir. Bunun örnekleri hali hazırda özel hastanelerde yaşanmaktadır. Psikiyatri poliklinikleri açılması ile ilgili kriterler ağırlaşınca özel hastaneler açığı psikolog ve nöroloji uzmanı ile kapatmışlardır. Benzer durum hastanelerin işletme vasfının artırılması ile kamu hastanelerinde de yaşanmıştır (Anamur Devlet Hastanesi örneği). Doğrudan işletme olacak bir hastanede yukarıda bahsedilen maliyetler düşünülünce bunun legal bir hal alacağı öngörülebilir.

Psikiyatrik tedavinin sınırları ve biçimi nasıl belirlenecektir? Muayene süresi kaç dakika olacaktır? Uygulanabilirlik hastaya göre mi yoksa ekonomik gerekliliklere göre mi yapılacaktır? Hastaya ayrılan süre giderek azalmaktadır (15). İlaç yazma kısıtlamaları kaygıları artırmaktadır. Anlık uygulamada ucuz ancak kullanımı uzmanlaşma gerektiren trisiklik antidepressanlar

her hekim tarafından yazılabılırken sırf pahalı olduğu için bazı ilaçlar örneğin mirtazapin yalnızca psikiyatri uzmanınca yazılmaktadır. Bu durum tıbbi gereklilikten ziyade ekonomik bir gerekliliktir. Yöneticilerin çoğunun ekonomist olduğu bir kurumda bu tür ekonomik gerekliliklere sık rastlanılabilir.

Sonuç olarak

Yasa her ne kadar verimlilik ve daha iyi sağlık hizmeti argümanları ile yola çıksa da bir geri gidiştir. Hekimlerin yönetici vasfını ortadan kaldırmaktadır. Hastaneleri kendi yuvası gibi gören hekimleri bir yas süreci beklemektedir.

Kamu hastaneleri sağlık üreten insan eksenli kurumlardan kar eden işletmelere dönmektedir. Sağlığa özel niteliği kaybedilmektedir. Kurumun felsefesinde belirleyici olan sağlık sunumu değil hizmetin pazarlanması olacaktır. Yani hastane ile ayakkabı imalathanesinin ilkesel farkı kalmamaktadır. Bu kamusal hizmette değerlerin, kimliğin yitirilmesi. ■

Kaynaklar

1. Barondes S. İlaçlar DNA ve psikanaliz divanı. Gelecek 50 Yıl 21.yüzyılın ilk yarısında hayat ve bilim. Brockman J (ed.) 2002. Çev. Nurettin Elhüseyni. NTV Yayınları İstanbul 2007.
2. Yıldırım HH. TÜSİAD'ın Sağlık Raporuna Eleştirel Bir Bakış. www.ab-saglik.net/tusiad_saglik.
3. Kocaeli Tabip Odası. Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka Hekimlere Sağlık Personeline Ne Getiriyor? Türk Tabipleri Birliği Kocaeli Tabip Odası 2004 Kocaeli
4. Kılıç G. Kamu Hastane Birlikleri. Hastaneler Kırk Parçaya Bölünüyor. www.istabip.org.tr/icerik
5. Atay F. Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara 2007
6. Top M, Gider Ö. Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme. Görüş. Ekim 2004. 68-74.
7. Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu. Türkiye'de Piyasa Ekonomisine Geçiş ve Ekonomik Kriz IV. Türkiye'de Özelleştirme ve Piyasa Ekonomisine Geçiş. TİSK Yayınları. www.tisk.org.tr/yayinlar
8. Eser U. Türkiyede Sanayileşme. İmge Kitapevi. Ankara 2003.
9. Öngider S. Kriz ve Sendikal Hareket. Devrim Yayıncılık. İstanbul.1994
10. Saklı AR. Kapitalist Gelişim Sürecinde Fordizm ve Post – Fordizm. Ankara, Ocak 2007 www.sakli.info/fordizm
11. Belek İ. Postkapitalist Paradigmalar. İkinci Baskı. Sorun Yayınları, İstanbul1999.
12. Ongan A. MAI ve Sağlık. Can M (ed) Türkiyede Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar, Hekim Forumu Dergisi 1990-2008 seçkisi. İstanbul Tabip Odası. İstanbul 2008
13. Yavuz CI. Dünyada ve Türkiye'de Neoliberal Politikaların Hekim Emeline Yansımaları. Hekim Emegi Çalıştayı. Önkitap. İstanbul Tabip Odası. Kasım 2008.
14. Ateş S. Yeni İçsel Büyüme Teorileri ve Türkiye Ekonomisinin Büyüme Dinamiklerinin Analizi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Doktora Tezi. Adana, 1998
15. Yıldırım EA, Kaşar M, Gülöksüz S, Eşsizoglu A. Psikiyatride Hekim Emegi. Hekim Emegi Çalıştayı. Önkitap. İstanbul Tabip Odası. Kasım 2008.

KAMU HASTANE BİRLİKLERİ PİLOT UYGULAMASI HAKKINDA KANUN TASARISI

Amaç, kapsam ve tanımlar

MADDE 1- (1) Bu Kanunun amacı; Bakanlar Kurulunun pilot olarak belirleyeceği illerde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esasları belirlemektir.

(2) Bu Kanunun uygulanmasında;

- Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- Hastane: Birlik kapsamına alınan Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını,
- Birlik: Bu Kanun kapsamında hastane veya hastane gruplarından oluşturulan tüzel kişiliği,
- Birlik merkezi: Birden fazla ili kapsayan birliklerde Bakanlar Kurulu kararıyla belirlenecek il merkezini,
- İkinci basamak sağlık kurumu: Hastanın tanı ve tedavisinin, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanamadığı durumlarda, tedavi hizmetinin verildiği sağlık kurumunu,
- Üçüncü basamak sağlık kurumu: İleri tetkik ve tedavi yöntemlerini gerektiren ve tedavisi özellik arz eden hastaların sevk edildiği bir üst sağlık kurumunu,
- Uzman personel: Ekli (I) sayılı cetvelde yer alan "uzman" unvanlı sözleşmeli personel pozisyonuna bağlı olarak, hastane yöneticiliği dışındaki genel sekreterlik birimlerinde Bakanlıkça belirlenen alanlarda özel bir meslek bilgisi, tecrübe veya ihtisasını gerektiren hizmetlerde istihdam edilen personeli,

ifade eder.

Kuruluş ve organlar

MADDE 2- (1) Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, bu maddenin onördüncü fıkrası çerçevesinde yapılacak değerlendirme sonuçlarına göre Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğini haiz, Bakanlığın ilgili kuruluşu statüsünde birliğe dönüştürülür. Birlikler bu Kanunda düzenlenen

hususlar dışında özel hukuk hükümlerine tabidir. Sunulan hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabileceği gibi, birden fazla ili kapsayacak şekilde de birlik kurulabilir.

(2) Bakanlık, sağlık hizmetleri ve yatırımlarının müştereken planlanması ve işbirliğinin geliştirilmesi amacıyla, belirleyeceği birden fazla birliği bir araya getirerek birlikler koordinatörlüğü oluşturabilir. Birlikler koordinatörlüğünün kararları istişari mahiyette olup, çalışma usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir.

(3) Birliğin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur. Yönetim kurulu birliğin en üst karar organıdır ve aşağıdaki üyelerden oluşur;

- İl genel meclisi tarafından belirlenen hukuk öğrenimi görmüş bir üye.
- İl genel meclisi tarafından belirlenen yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir bir üye.
- Vali tarafından belirlenen işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye.
- Bakanlıkça belirlenen tıp öğrenimi görmüş bir üye.
- Bakanlıkça belirlenen sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye.
- Ticaret ve sanayi odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası tarafından belirlenen, en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye.
- İl sağlık müdürü veya aynı ilde birden fazla birlik bulunması halinde Bakanlıkça belirlenecek il sağlık müdür yardımcısından birisi.

(4) Yönetim Kurulu üyelerinin 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinde sayılan genel şartlara ilave olarak, kamu veya özel sektörde alanında en az 8 yıl iş tecrübesine sahip olmaları gerekir.

(5) Yönetim kurulu üyeleri ile eşleri veya ikinci dereceye kadar kan ve sıhrî hısımlarının, birlikler ile Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarıyla ticari ilişkide bulunması yasaktır. Bu yasak, yönetim kurulu üyeleri için görevleri sona erdikten sonra iki yıl süreyle devam eder.

(6) Yönetim kurulu üyeleri başka bir birlikte yönetim kurulu üyesi olamazlar. Birden fazla ili kapsayan birliklerde üçüncü fıkraya geçince oluşturulacak üyeliklerde birlik merkezinin bulunduğu il esas alınır.

(7) Yönetim kurulunun sekretarya hizmetleri genel sekreterlik tarafından yürütülür.

(8) Yönetim kurulu ilk toplantısında kendi aralarından bir başkan ve bir başkanvekili seçer. Geçerli bir mazereti olmaksızın arka kaya üç toplantıya veya bir yıl içinde toplam beş toplantıya katılmayanlar ile yönetim kurulu üyeliğine seçilme şartını yitirenler ve seçildikten sonra bu şartları taşımadığı anlaşılanların üyelikleri kendiliğinden sona erer. Üyelik süresi üç yıl olup görev süresi tamamlanmadan herhangi bir şekilde üyeliğin sona ermesi halinde kalan süre aynı şekilde belirlenen üye tarafından tamamlanır. Görev süresini tamamlayan üye tekrar seçilebilir. Yönetim kurulu üyeliği, üyelerin asli görevlerini sürdürmelerine engel teşkil etmez. Üyeler, görevlerinden ayrılmış olsalar bile, bu görevleri nedeniyle öğrendikleri bilgileri kendilerinin veya başkalarının menfaatine veya zararına kullanamazlar.

(9) Yönetim kurulu, ayda bir defadan az olmamak üzere önceden belirlenen gündemle toplanır. Yönetim kurulu başkanı acil durumlarda üyeleri ayrıca toplantıya çağırabilir. Yönetim kurulu en az beş kişiyle toplanır ve üye tam sayısının salt çoğunluğuyla karar verir. Oyların eşitliği durumunda başkanın bulunduğu taraf çoğunluk sayılır. Çekimser oy kullanılmaz. Yönetim kurulu gündemi başkan tarafından hazırlanır. Üyeler, başkanın uygun görüşü ile gündem maddesi teklif edebilir. Başkan tarafından havale edilmeyen konular görüşülemez. Alınan kararlar başkan ve toplantıya katılan üyeler tarafından imzalanır. Karara muhalif kalanlar gerekçelerini kararda belirtir.

(10) Toplantılara katılan yönetim kurulu üyelerine her yıl Yüksek Planlama Kurulu kararıyla kamu iktisadi teşebbüslerinde yönetim kurulu başkan ve üyeleri için tespit edilen tutarda aylık huzur ücreti ödenir. İl dışından görevlendirilen üyelere ayrıca 10/2/1954 tarihli ve 6245 sayılı Harcırah Kanunu hükümlerine göre harcırah ödenir. Yönetim kurulu üyeliği görevi sosyal güvenlik kurumlarıyla ilişkilendirilmeyi gerektirmez.

(11) Genel sekreterlik birliğin yürütme organıdır. Birliğin en üst yöneticisi ve tüzel kişiliğin temsilcisi genel sekreterdir. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ile mali hizmetler başkanlıkları kurulur.

(12) Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Hastane büyüklükleri göz önüne alınarak yönetim kurulu onayı ile müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve görev dağılımları belirlenir.

(13) Bakanlıkça tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla yönetim kurulunca belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur.

(14) Hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek

usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulur. Değerlendirme sonuçlarına göre hastanelere yüz üzerinden puan verilir ve her yıl değerlendirme yenilenir. Hastanelerin sınıflandırılmasında puanlar esas alınır. Puanlarına göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılır. Bu şekilde sınıflara ayrılan hastanelerin, kapasite ve kaynaklarını birleştirerek aralarında görev paylaşımı yapılmasına, bu suretle daha rasyonel çalışmasına imkan vermek üzere hastane grupları oluşturulur ve bu grubun ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olanlar birliğe dönüştürülebilir. Ağırlıklı ortalaması (D) sınıfına düşen birliklere eksikliklerini gidermesi için bir yıldan fazla olmamak üzere uygun süre verilir. Süre sonunda eksikliklerini gideremeyen (D) sınıfındaki birlikler ile (E) sınıfına düşen birliklerde yönetim kurulu üyelerinin görevleri ve ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda istihdam edilecek personelin sözleşmeleri sona erer. Bu görev ve yetkiler, birlik ağırlıklı ortalaması tekrar (C) veya üzerine çıkıncaya kadar Bakanlıkça görevlendirilen personel tarafından yürütülür.

Görev, yetki ve sorumluluklar

MADDE 3 - (1) Yönetim kurulunun görevleri şunlardır:

- a) Bakanlıkça belirlenen hedef, politika, stratejik plan ve mevzuata göre yıllık performans programı hazırlamak,
- b) Birlik bölgesinde hizmetlerin etkin, kolay ulaşılabilir, verimli ve halkın ihtiyaçlarına uygun şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla;
 - 1) Mevcut kapasitelerin değerlendirilerek hastane ve ünitelerinin kurulması, kapatılması, birleştirilmesi veya niteliğinin değiştirilmesi konusunda Bakanlığa öneride bulunmak,
 - 2) Acil sağlık hizmetleri, yoğun bakım, diyaliz üniteleri gibi hizmetleri bölge düzeyinde planlamak,
 - 3) Maliyeti yüksek ve ileri teknoloji ürünü olan tıbbi cihazları temin etmek, kiralamak ve bunları verimli şekilde dağıtmak,
 - 4) Hizmetin kesintisiz sunumuna yönelik tedbirleri geliştirmek,
 - 5) Yeni yatırım ihtiyaçlarını belirlemek, onarım, tadilat ve bakım yaptırmak,
 - 6) Personel planlamasını yapmak ve birlik bünyesinde personel hareketlerini sağlamak,
 - 7) Benzeri konularda kararlar almak.
- c) Birlik bütçesi, bilançosu, yıllık mali tabloları ve faaliyet raporu ile yatırım tekliflerini karara bağlamak,
- ç) Genel hükümler çerçevesinde hak ve alacaklardan vazgeçmeye, ihtilafların uzlaşma veya tahkim yoluyla çözümlenmesine, dava ve icra takiplerini sulhe, kabule, feragate ve kanun yollarına başvurulmamasına karar vermek, ▶

- d) Birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlettirmek,
- e) İhale mevzuatına göre görev ve yetki dağılımını belirlemek,
- f) Kullanılabilir nakit kıymetlerin aktif büyüklüklerine göre ilk on bankada değerlendirilmesine karar vermek,
- g) Birliğin dava ve icra takipleri için avukatlık hizmetleri satın alınmasına karar vermek,
- ğ) İhtiyaç duyulması halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınmasına karar vermek,
- h) Yetkisi dahilinde personel istihdamı, görevlendirmesi ve hizmet içi eğitim planlaması yapmak,
- ı) Birliğin iç çalışma usulleri ile ilgili düzenlemeleri yapmak,
- i) Hizmetlerin mevzuata, stratejik plan ve performans programına uygun yürütülmesini sağlamak, halk ve çalışan memnuniyetini, verimlilik ve kalite standartlarını geliştiren tedbirler almak,
- j) Harcama limitlerini belirlemek.

(2) Genel sekreterliğin görevleri şunlardır:

- a) Birliği mevzuata, Bakanlıkça belirlenen hedef, politika ve stratejilere, yönetim kurulu kararları ve performans programına göre yönetmek,
- b) Birliğin faaliyet ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini değerlendirmek, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak,
- c) Adli ve idari makamlara, gerçek ve tüzel kişilere karşı birliği temsil etmek, kamuoyuna gerekli açıklama ve bilgilendirmelerde bulunmak,
- ç) Hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak,
- d) Birlik bütçesi, yatırım teklifleri, ihale ve hizmet alımı gibi konuları hazırlayarak yönetim kuruluna sunmak,
- e) Birlik bölgesinde hizmetlerin madde ve insan gücünde en etkin ve verimli şekilde sunulmasına yönelik çalışmalar yaparak yönetim kurulu onayına sunmak, eğitim faaliyetleri ile bilimsel çalışmaların planlanması, işbirliği halinde yürütülmesi ve denetlenmesini sağlamak,
- f) Bilgi-işlem sisteminin kurulmasını, birlik ile ilgili ista-

tistik bilgilerin takibini sağlamak, birlik bünyesindeki hastanelerin mali tablolarını birleştirmek ve alınabilecek önlemler hakkında yönetim kuruluna önerilerde bulunmak,

- g) Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamak,
- ğ) Tıbbi hizmetler, sağlık bakım hizmetleri, sosyal hizmetler ile destek hizmetlerinin planlanması ve denetlenmesini sağlamak,
- h) Birliğin muhasebe hizmetlerini yürütmek ve ilgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerini tahakkuk ettirmek, gelir ve alacakları takip ve tahsil etmek,
- ı) Birlik ile ilgili diğer görevleri yürütmek.

(3) Yönetim kurulu ve genel sekreter gerektiğinde sınırlarını yazılı olarak açıkça belirlemek şartıyla yetkilerinden bir kısmını devredebilir. Ancak yetki devri, devreden sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.

(4) Hastane yöneticisi, bu Kanunda genel sekreterlik için belirtilen görev, yetki ve sorumluluklara hastane bazında sahip olup, hastanede tüm hizmetlerin verimli ve mevzuata uygun şekilde yürütülmesinden genel sekretere karşı sorumludur.

(5) Birliklerin malî ve finansal kaynaklarının elde edilmesi, kullanılması ve malî denetimin yapılmasında görevli ve yetkili olanlar; kaynakların etkili, ekonomik, verimli ve hukuka uygun olarak elde edilmesinden, kullanılmasından, muhasebeleştirilmesinden, raporlanmasından ve kötüye kullanılmaması için gerekli önlemlerin alınmasından sorumludur.

(6) Bu Kanunun uygulanmasında oluşabilecek tereddütleri gidermeye ve gerekli düzenlemeleri yapmaya Bakanlık yetkilidir.

Personelin niteliği, statüsü ve hakları

MADDE 4 - (1) Eklî (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda istihdam edilecek personelde 657 sayılı Kanunun 48 inci maddesinde sayılan genel şartlar aranır.

(2) Genel sekreter, başkanlar, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcılarının;

- a) En az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarının sağlık bilimleri, sağlık yönetimi, hukuk, kamu yönetimi, iktisat, işletme, maliye veya muhasebe, endüstri mühendisliği bölümlerinden ya da bunlara denkliği yetkili kurumca kabul edilmiş yurt dışındaki yükseköğretim kurumlarından mezun olmaları veya en az dört yıllık yükseköğrenim üzerine yukarıda sayılan alanlarda yüksek lisans veya doktora öğrenimi yapmış olmaları; teknik müdür yardımcılarını için inşaat, makine, elektrik-elektronik, biyomedikal, bilgisayar mühendisliği bölümlerinden mezun olmaları,

b) Kamu veya özel sektörde yukarıda sayılı alanlarda en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmaları,

gerekir.

(3) Genel sekreterlikte uzman olarak istihdam edilecek personelin alanında en az lisans düzeyinde öğrenim görmüş olması ve kamu veya özel sektörde en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmaları gerekir.

(4) Ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde personel istihdam edilir. Yönetim kurulu; genel sekreterle doğrudan, başkanlar ve hastane yöneticileriyle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar. Başhekim ve müdürlerle hastane yöneticisinin teklifi üzerine genel sekreter tarafından sözleşme yapılır. Uzman personel ile büro görevlilerinin sözleşmeleri genel sekreter tarafından yapılır. Yapılan sözleşmelerin süresi üç yılı aşamaz. Üç yıl sonunda tekrar sözleşme yapılabilir. Başhekim yardımcılıyla başhekimin, müdür yardımcılıyla ilgili müdürlerin teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılır. Başhekim yardımcılı ile müdür yardımcılılarının sözleşmeleri başhekim ve ilgili müdürün sözleşmesi sona erdiğinde kendiliğinden sona erer. Genel sekreterin sözleşmesi doğrudan, diğer personelin sözleşmeleri ise genel sekreterin gerekçeli teklifi ile süresinden önce yönetim kurulu kararıyla sona erdirilebilir. Yeni yönetim kurulu veya genel sekreterin göreve başlamasından itibaren iki ay sonunda, önceki yönetim kurulu veya genel sekreter tarafından yapılan sözleşmeler, süreleri tamamlanmamış olsa da sona erer. Ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda açığtan istihdam edilenlerin herhangi bir suretle sözleşmeleri sona erdiğinde birlik ile ilişkileri kesilir.

(5) Kamu kurum ve kuruluşlarının memur kadrolarında çalışanlardan uygun niteliklere sahip olanlar, kendilerinin isteği ve kurumlarının muvafakati ile ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde istihdam edilebilir. Bu şekilde istihdam edilenler kurumlarından aylıksız izinli sayılırlar. Söz konusu personel aylıksız izinli sayıldıkları kadro unvanları dikkate alınmak suretiyle 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununa tabi olmaya devam ederler. Bu görevlerde geçen hizmetleri kazanılmış hak aylık ve derecelerinde değerlendirilir. Sözleşmeleri herhangi bir surette sona eren personel, aylıksız izinli sayıldığı görevine geri döner.

(6) Sözleşmeli personel statüsünde istihdam edilenlerden bu maddenin beşinci fıkrası kapsamına girmeyenler, sosyal güvenlik açısından 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile ilişkilendirilir.

(7) Ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen personele, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen tavan ücretin; genel sekreter için iki katını, başkanlar için bir buçuk katını, uzmanlar için bir katını, büro görevlileri için yarısını, hastane yöneticisi için bir buçuk katını, başhekim ve müdür için bir katını, başhekim yardımcısı ve müdür yardımcısı için yarısını geçmemek kaydıyla yönetim kurulu tarafından tespit edilen aylık sözleşme ücreti ödenir. Personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden, bu kapsamdaki personele ek ödeme yapılabilir. Bakanlıkça belirlenen

hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile esas ve usulleri; personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı gibi unsurlar esas alınarak Bakanlıkça çıkarılacak yönetmelikle belirlenir. Personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen tavan ücretin; genel sekreter ve başkanlar için üç katını, uzmanlar için iki buçuk katını, büro görevlileri için yarısını, hastane yöneticisi için üç katını, başhekim için üç buçuk katını, başhekim yardımcısı için üç katını, müdür ve müdür yardımcısı için bir katını geçmemek kaydıyla Bakanlıkça yönetmelikle belirlenecek esaslara göre yönetim kurulu tarafından belirlenir. Personele yapılacak aylık ek ödeme toplamı, personelin katkısıyla elde edilen aylık birlik gayrisafi hasılatının yüzde 40'ını aşamaz.

(8) Sözleşmeli personele yapılacak ödemeler, çalışmayı takip eden ay sonunda yapılır. Sözleşmeli personele yukarıda sayılanlar dışında herhangi bir ad altında ödeme yapılamaz ve sözleşmelere bu hususta hüküm konulamaz.

(9) Hizmet sözleşmesinin gerektirdiği damga vergisi sözleşmeli personel tarafından, diğer resim, harç ve benzeri giderler birlik tarafından karşılanır.

(10) Sözleşmeli personel; kazanç getirici başka bir iş yapamaz, resmi veya özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak görev alamaz, serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemez, 657 sayılı Kanunda Devlet memurları için yasaklanmış bulunan fiil ve eylemlerde bulunamaz ve siyasi partilere üye olamazlar.

(11) Sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresi emsali Devlet memurları ile aynıdır. Belirli sürede bitirilmesi gereken işler söz konusu olduğunda, sözleşmeli personel normal çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalışmak zorundadır. Bu çalışmaları karşılığında sözleşmeli personele herhangi bir ek ücret ödenmez.

(12) Sözleşmeli personelin izinleri hususunda 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre istihdam edilen sözleşmeli personele ilişkin hükümler uygulanır.

Bakanlık ve döner sermaye personelinin birliklerde istihdamı ve mali hakları

MADDE 5 - (1) Ekli (I) sayılı cetvelde belirtilenler dışında, hastanelerde hizmetler birliğe dönüştürülen tarih itibarıyla tabi olduğu mevzuata göre istihdam edilen personel tarafından yürütülür ve bu personelin birliğe dönüştürüldükleri tarihteki statüleri devam eder.

(2) Birliğe dönüştürülmesine karar verilen sağlık kurumları bünyesinde bulunan döner sermayeye ait dolu kadrolar, birliğe dönüştürmeye ilişkin Bakanlar Kurulu kararının yürürlük tarihi itibarıyla, personeli ile birlikte birliğe tahsis edilmek üzere Bakanlıkça devredilmiş sayılır. Devredilen kadrolar, birliğe dönüştürmeye ilişkin Bakanlar Kurulu kararında adet, sınıf, unvan ve derece- ▶

leri itibarıyla gösterilir ve bunlar 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin eki (I) sayılı cetvelin ilgili bölümünden çıkarılmış, anılan cetvelin Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatına ait bölümüne eklenmiş sayılır.

(3) Ekli (I) sayılı cetvelde gösterilen pozisyonlar ile yukarıdaki fıkralarda belirtilen diğer kadro ve pozisyonlar, birliğe dönüşümü düzenleyen Bakanlar Kurulu kararı ekinde belirlenerek kurulan birliğe tahsis edilir.

(4) Ülke düzeyinde sağlık personelinin dengeli dağılımını sağlamak amacıyla birliklerde istihdam edilecek azami personel sayısı, birlik yönetim kurulunun görüşü alınarak, ilgili mevzuatı uyarınca Bakanlıkça her yıl tespit edilir. Yıl içinde yeni durumların ortaya çıkması halinde bir kez daha tespit yapılabilir. Bu kadro ve pozisyon sayısı dışında personel istihdam edilmesi halinde yapılan harcamalardan atamaya veya sözleşme yapmaya yetkili amir şahsen sorumludur. Bir birlikten başka bir birliğe veya Bakanlığın diğer birimlerine ya da Bakanlık birimlerinden birliklere yapılacak atama ve yer değiştirme işlemleri ile birliğe tahsis edilen kadro ve pozisyonların kullanımına ilişkin hususlar ilgili mevzuat ve genel hükümlere tabidir.

(5) Bakanlık birimlerinde görevli personel, yönetim kurulunun talebi ve kendilerinin isteğiyle birlik bünyesindeki hastanelerde Bakanlıkça görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilenlerin mali ve sosyal hakları birlikler tarafından karşılanır.

(6) Personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden, bu madde uyarınca birliğe devredilen hastanelerde görev yapan (işçiler ile ekli (I) sayılı cetvelde belirtilenler hariç) personele ek ödeme yapılabilir. Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile esas ve usulleri; personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak Bakanlıkça çıkarılacak yönetmelikle belirlenir. Personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının; pratisyen tabip ve diş tabiplerinden serbest çalışanlara yüzde 250'sini, serbest çalışmayanlara yüzde 500'ünü, uzman tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dallarda bu Tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman diş tabiplerinden serbest çalışanlara yüzde 350'sini, serbest çalışmayanlara yüzde 700'ünü, serbest çalışmayan klinik şef ve şef yardımcılara yüzde 800'ünü, eczacılara yüzde 250'sini ve diğer personele ise yüzde 150'sini geçemez. İşin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel için yüzde 150 oranı, yüzde 200 olarak uygulanır. Sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık personeline yapılacak ek ödemenin tutarı ise, aynı birimde aynı unvanlı kadroda çalışan ve hizmet yılı aynı olan emsali sağlık personeli esas alınarak belirlenir ve bunlara yapılacak ek ödeme, hiçbir şekilde emsaline yapılabilecek ek ödeme üst

sınırını geçemez. Personele yapılacak aylık ek ödeme toplamı, personelin katkısıyla elde edilen aylık birlik gayrisafi hasılatının yüzde 40'ını aşamaz.

Birliğin sermayesi, gelirleri, giderleri, bütçesi, muhasebesi ve denetimi

MADDE 6- (1) Birlik sermayesi; devredilen sermaye, birlik kârları, bağış ve yardımlar ile gerektiğinde Devletçe yapılacak yardımdan oluşur. Devredilen sermaye, bu Kanun uyarınca birliğe dönüştürülen hastanelerin devir bilançolarında görülen ödenmiş sermayeleridir. Birlik sermayelerinin artırılması ile ilgili işlemler yönetim kurulunca yürütülür.

(2) Birliğin gelirleri şunlardır:

- Her türlü muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil, ameliyat ve benzeri sağlık hizmetleri karşılığında elde edilen gelirler,
- Üretilip satışa sunulacak ilk madde, malzeme, mamul aşı, serum, protez ve benzerleri karşılığında elde edilecek gelirler,
- İlaç, insan kanı ve kan ürünleri imali ile istihsal veya imal edilen diğer madde ve malzemeler karşılığında elde edilen gelirler,
- Tapuda birlik adına kayıtlı olan taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satışı, kiralanması, işletilmesi veya işlettilmesinden elde edilecek gelirler ile Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiralanması, işletilmesi veya işlettilmesinden elde edilecek gelirler,
- Sağlık alanında verilecek kurs, seminer, eğitim, araştırma, yayın ve danışmanlık hizmetlerinden elde edilen gelirler,
- Bağış ve yardımlar,
- Gerektiğinde Devletçe yapılacak yardımlar,
- Diğer gelirler.

(3) Birliğin giderleri şunlardır:

- Yönetim kurulu üyeleri huzur ücretleri ile birliklere devredilen ve istihdam edilecek personelin aylık, ücret ve mevzuatı uyarınca yapılacak her türlü ödemeleri,
- Her nevi tüketim maddeleri, tıbbî, cerrahî alet, malzeme, cihazlar, mefruşat ve demirbaş eşya satın alınması,
- Bakım, onarım, inşaat, tıbbî ve fennî tesisat ile çevre düzenlemesi yaptırılması,
- Tıbbî uzmanlık hizmeti ile avukatlık ve danışmanlık hizmeti satın alınması,

- d) Taşınır ve taşınmaz satın alınması, ihtiyaç duyulan taşınmazlar üzerinde sınırlı ayni hak tesis edilmesi, kiralanması ve bunlara ilişkin her türlü giderin yapılması,
- e) Ambulans, cenaze arabası ve hizmet aracı satın alınması ile kiralanması veya hizmet satın alınması yoluyla temini ile bunlara ilişkin sigorta ve diğer giderlerin yapılması,
- f) Fiyatlandırılan mamullerin serbest piyasaya veya sair müesseselere intikal ettirilmesi ve buna ilişkin giderlerin yapılması,
- g) Deneysel amaçlı ve hizmet gereği canlı hayvan beslenmesi ve bunların ürünlerinden faydalanılması ile ziraat mahsullerinden ihtiyaç görülenlerin yetiştirilmesi, bakımı ve satışına ilişkin giderlerin yapılması,
- ğ) Bakanlıkça talep edilen koruyucu hekimlik, afet, salgın hastalıklarla mücadele gibi konularda yapılacak giderler,
- h) Uzmanlık eğitimi yapmakta olan yabancı uyruklu asistanlara 15.000 gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarı geçmemek üzere yapılacak ödeme,
- ı) Laboratuvar ve görüntüleme hizmet alımına ilişkin giderler,
- i) Mevzuatı uyarınca yapılacak hizmet alımına ilişkin giderler,
- j) Birlikte çalışan tabiplerin zorunlu mali sorumluluk sigortası primlerinin, ilgili personel ek ödemesinden karşılanacak yüzde 50'si dışındaki kısmı ve bununla ilgili diğer giderler,
- k) Birlik faaliyetlerinin gerektirdiği diğer giderler.

(4) Bu Kanuna tabi birlikler, gerekli gördükleri hallerde sundukları hizmetleri, ilgili mevzuatı uyarınca belirlenen fiyatları aşmamak üzere belirleyecekleri fiyatlar üzerinden, birbirlerinden veya Bakanlığa bağlı kurumlardan temin edebilirler.

(5) Birliklerin tıbbi cihaz ve sarf malzemesi, ilaç ve büro malzemeleri gibi merkezî olarak satın alınmasında fayda görülen mal ve hizmet alımları, bedelleri her birliğin kendi bütçesinden karşılanmak kaydıyla yönetim kurulu kararlarına istinaden Bakanlıkça veya Bakanlık tarafından yetkilendirilen birlik tarafından toplu olarak yapılabilir.

(6) Birlikler ve Bakanlığa bağlı sağlık kurumları kullanmadıkları veya ihtiyaç fazlası olan mal ve demirbaşları bedelsiz veya tespit edilecek bedel üzerinden birbirlerine devredebilirler. Aynı yıl sınırları içerisindeki birlikler ariyet sözleşmesi ile birbirlerine mal verebilirler.

(7) Birlik bütçesi her hesap dönemi itibarıyla genel sekreterlikçe hazırlanır, yönetim kurulunca onaylandıktan sonra uygulanır. Birer

örneği Bakanlığa ve Maliye Bakanlığına gönderilir.

(8) Birliklerin muhasebesi 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu hükümlerine göre tutulur. Bilanço ve mali tabloları ile faaliyet raporları, ait oldukları hesap dönemini izleyen dört ay içinde Bakanlığa, Maliye Bakanlığına ve Sayıştaya gönderilir.

(9) Birliklerin idari ve teknik denetimi Bakanlıkça, mali denetimi Maliye Bakanlığınca, dış denetimi ise Sayıştayca yapılır. İhtiyaç duyulması halinde Bakanlıkça yetkilendirilen bağımsız denetim kuruluşlarından denetim hizmeti satın alınabilir. Birliklerin görev ve hizmetlerini ciddi şekilde aksatması ve bu durumun halkın sağlığını önemli ölçüde olumsuz etkilemesinin kamu denetim elemanlarının tespiti halinde Bakanlar Kurulunca yönetim kurulu üyeleri ile ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda istihdam edilen personelin görevlerinin Bakanlıkça görevlendirilen personelce yürütülmesine veya bu Kanundaki usullere göre birlik statüsü kaldırılarak hastanelerin yeniden Bakanlığa bağlanmasına karar verilebilir.

(10) Birlikler hakkında 10/2/1954 tarihli ve 6245 sayılı Harcırah Kanunu, 5/1/1961 tarihli ve 237 sayılı Taşıt Kanunu, 8/9/1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu hükümleri uygulanır.

(11) Birlik gelirlerinden; 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Kanunun 18 inci maddesinin (k) bendi ile 17/9/2004 tarihli ve 5234 sayılı Kanunun geçici 1 inci maddesine göre kesinti yapılmaz.

(12) Birliklerde çalışan personelin her türlü ödemesi birlik bütçesinden karşılanır.

(13) Yeterli geliri olmayan birliklerin ihtiyaçlarının giderilmesi ve 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin altıncı fıkrasında belirtilen amaçların gerçekleştirilmesi için birlikler, aylık gayrisafi hasılatından tahsil edilen tutarın yüzde 5'ini Bakanlık Döner Sermaye Merkez Muhasebe Birimi hesabına aktarır.

(14) Birliklerin mali durumu elverişli olanlarından, mali durumu yetersiz olanlarına karşılıksız veya borç olarak kaynak aktarmaya ilgili birlik yönetim kurulu yetkilidir.

Yürürlükten kaldırılan hükümler

MADDE 7- (1) 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 5, 6, 7 ve 8 inci maddeleri, 9 uncu maddesinin (a) bendi ile geçici 1 inci ve geçici 2 nci maddeleri yürürlükten kaldırılmıştır.

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Birliğe dönüştürülmesine karar verilen sağlık kurumları bünyesinde bulunan Baştabip, Baştabip Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı ve Başhemşire unvanlı kadrolar, birliğe dönüştürmeye ilişkin Bakanlar Kurulu kararının yürürlük tarihi itibarıyla iptal edilerek, 190 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin eki (I) sayılı cetvelin ilgili bölümünden çıkarılmış sayılır.

(2) Bu Kanun uyarınca birliğe dönüştürülen sağlık kurumlarında Baştabip, Baştabip Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı ve Başhemşire kadrolarında bulunanların bu görevleri sağlık ▶

kurumlarının birliğe dönüştürüldüğü tarihte sona erer. Görevleri sona eren personel en geç üç ay içinde kazanılmış hak aylık derecelerine uygun kadrolara atanır ve atama işlemi yapılmıyca kadar ihtiyaç duyulan işlerde görevlendirilebilir. Bunlar, yeni bir kadro veya pozisyona atanıncaya kadar, eski kadro veya pozisyonlarına bağlı olarak almakta oldukları aylık, ek gösterge ve her türlü tazminatlar ile diğer mali haklarını (ikinci görev, vekalet veya görevlendirmeden dolayı yapılan ödemeler ile döner sermaye ek ödemesi hariç) almaya devam ederler. Söz konusu personelin atandıkları yeni kadro veya pozisyonlarına ilişkin sözleşme ücreti, ikramiye, aylık, ek gösterge, her türlü zam ve tazminatları ile diğer malî hakları toplamı (5 inci maddenin altıncı fıkrası uyarınca yapılan ödemeler hariç) net tutarının, eski kadro veya pozisyonlarına bağlı olarak en son ayda aldıkları aylık, ek gösterge, her türlü zam ve tazminatları ile diğer malî hakları toplamı (nöbet ücreti, ikinci görev, vekalet veya görevlendirmeden dolayı yapılan ödemeler ile döner sermaye ek ödemesi hariç) net tutarından az olması halinde, aradaki fark, farklılık giderilinceye kadar atandıkları kadro veya pozisyonlarda kaldıkları sürece herhangi bir kesintiye tabi tutulmaksızın tazminat olarak ödenir. Birliğe dönüştürülen sağlık birimlerinde 6/1/2005 tarihli ve 5283 sayılı Kanun uyarınca Sağlık Bakanlığına devredilen personel bulunması halinde, bunlara yapılacak fark tazminatı ödemelerinde, anılan Kanunun 5 inci maddesi uyarınca tespit edilen devir tarihindeki ücretleri esas alınır. Bu Kanun uyarınca birliğe dönüştürülen sağlık kurumlarında Baştabip, Baştabip Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı ve Başhemşire görevlerini ikinci görev, vekalet veya görevlendirme suretiyle yürüten personelin bu görevleri, sağlık kurumlarının birliğe dönüştürüldüğü tarihte kendiliğinden sona erer.

(3) Birliğe dönüştürülen hastanelerde muhasebe hizmetlerini yürüten ve Maliye Bakanlığı kadrolarında bulunan personelden ihtiyaç duyulanlar, yönetim kurulunun talebi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine, birliğe dönüşüm tarihinden itibaren bir yılı geçmemek üzere görev yapmaya devam eder. Bu kapsamda görev yapmaya devam eden personel 5 inci maddenin altıncı fıkrasındaki ödemedeki aynı esas ve usuller çerçevesinde yararlandırılır.

(4) Birliğe dönüştürülen hastanelere ait her türlü taşınır ve taşınmazlar birliğe devredilir. Hazineye ait ve birliğe dönüştürülen hastanelere tahsisli olan taşınmazlar ise aynı amaçlarda kullanılmak üzere, üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte birliğe tahsis edilmiş sayılır.

(5) Bu Kanun uyarınca birliğe dönüştürülen hastane döner sermaye birlikleri ile Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinin devir tarihi itibarıyla çıkarılan bilançolarında görülen mevcut varlık, yükümlülük ve öz kaynaklar herhangi bir işleme gerek kalmaksızın birliğe devredilmiş sayılır.

(6) Birliğe dönüşüm tarihinde hastanelerle ilgili yapılmış sözleşmeler, davalar ve icra takipleri birlik husumetiyle yürütülür. Hastanelere ilişkin bütün hak, yetki, yükümlülük, alacak ve borçlar birliğe geçer.

(7) Bu Kanun uyarınca sağlık birliğine dönüştürülünceye kadar Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi hakkında 3359 sayılı Kanunun mülga 5 inci madde hükümlerinin uygulanmasına devam olunur.

(8) Döner sermaye gelirlerinden yılı yatırım programı ile ilişkilendirilerek Bakanlıkça belirlenmiş olan miktarın; genel bütçe ödeneği ile devam etmekte olan ve sağlık birliğine dönüştürülen hastanelerin bina projelerinin tamamlanmasına yönelik inşaat işleri için harcanmak üzere birliklerce ilgili muhasebe birimine aktarılmasına devam olunur.

Yürürlük

MADDE 8- (1) Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 9- (1) Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

I SAYILI CETVEL

SÖZLEŞMELİ PERSONEL POZİSYON UNVAN VE SAYILARI

<u>POZİSYON UNVANI</u>	<u>POZİSYON SAYISI</u>
GENEL SEKRETER	40
TIBBİ HİZMETLER BAŞKANI	40
İDARİ HİZMETLER BAŞKANI	40
MALİ HİZMETLER BAŞKANI	40
UZMAN	800
HASTANE YÖNETİCİSİ	400
BAŞHEKİM	400
MÜDÜR	1200
BAŞHEKİM YARDIMCISI	1200
MÜDÜR YARDIMCISI	2500
BÜRO GÖREVLİSİ	160
TOPLAM	6820

GENEL GEREKÇE

Sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçiş süreci ve küreselleşme olgusu ile dünyada yaşanan hızlı değişim, yönetim anlayışında ve yapısında önemli değişiklikleri gündeme getirmiştir. İletişim ve ulaşım imkanlarının gelişmesi ile küçülen dünyamızda halkımızın artan ve çeşitlenen talepleri de, yönetim anlayışı ve yapılanmasında yeni beklentiler doğmasına yol açmaktadır.

Merkezi idare ile taşra ve mahalli idareler arasında hizmet gereklerine uygun olmayan görev dağılımı, merkezi hükümete aşırı bağımlılık, bakanlıkların stratejik liderlik, verimlilik, politika belirleme gibi temel fonksiyonlara yeterince zaman ayıramayarak gereksiz ayrıntılara ve kırtasiyeciliğe boğulmaları, katılım yetersizliği, ülkemiz kamu yönetiminde temel sorunlar olarak tartışılmaktadır.

Dünya genelinde merkezi idarelerin sağlık hizmetleri sunumunda, özellikle de hastane hizmetleri sunumundaki rolleri de yeniden değerlendirilmektedir. Esasen bu konu ülkemizde de uzun yıllardır tartışılmış, kalkınma planları ve çeşitli kuruluşların hazırladığı raporlarla gündeme taşınmış ve bu alanda yeniden yapılanma ihtiyacı artık bir gereklilik haline dönüşmüştür. Hastanelerin idari ve

mali açıdan özerk hale getirilmesi için 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile hastanelerin sağlık işletmesine dönüştürülmesinin yolu açılmış, ancak Anayasa Mahkemesinin 19/4/1988 tarihli ve E.1987/16, K. 1988/8 sayılı Kararı ile bazı hükümlerinin iptal edilmesi sonucu Kanunda önemli boşluklar meydana gelmiş ve sağlık işletmesi modeline geçilememiştir. Daha önceki Kalkınma Planlarında olduğu gibi, 2007-2013 yılları kalkınma hedeflerini belirleyen Dokuzuncu Kalkınma Planında da hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması gerektiğine işaret edilmektedir. TODAİE'nin KAYA Raporu, Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulunun 1996 tarihli Raporu, TÜBİTAK 2023 Vizyon Belgesi, Sayıştayın Hastaneler Performans Denetimi Raporu gibi birçok araştırmada da hastanelerin verimsizliğine gerekçe olarak yönetim anlayışındaki eksikliklere dikkat çekilmekte, bu haliyle çağdaş hastane yönetimleri seviyesine ulaşamayacağı tespit edilmektedir.

Ülkemizde 20 nci Yüzyıl boyunca sağlık alanında merkezi idare ile taşra ve mahalli idareler arasında işbölümüne bakıldığında, sağlık hizmetlerinin önemli ölçüde merkezileştiği görülmektedir. 20 nci Yüzyılın ilk yarısında birçok hastane mahalli idareler tarafından işletilmekte iken, aynı Yüzyılın ikinci yarısında hizmet sunumunun merkezde toplandığı bilinmektedir. Aşırı büyüyen ve merkezleşen sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili iş ve işlemler, Bakanlığın asli görevlerinde yoğunlaşmasının önünde bir engel oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatını esasında mahallince yürütülmesi gereken hizmetlerin yükünden kurtaracak alt yapı çalışmaları, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde büyük ölçüde tamamlanmıştır. Çeşitli kamu idareleri altında faaliyet gösteren hastaneler tek çatı altında toplanarak kamu kaynaklarının verimsiz kullanımı engellenmiş, madde ve insan gücünde sağlık alanında kamu kaynaklarının tek merkezden planlanabilmesi sağlanmış, vatandaşlarımız arasında sağlık hizmetlerine erişim konusunda yaşanan ayrımcılık sona erdirilmiştir. Sağlık personeli yetersizliği ve dengesiz dağılım sorununa müdahale edilerek, sözleşmeli sağlık personeli istihdamı, Devlet hizmeti yükümlülüğü, vekil ebe ve hemşire istihdamı, personelin objektif esaslara ve ihtiyaçlara göre atama ve nakil sistemine tabi tutulması gibi izlenen personel politikaları sonucu personel dağılımındaki dengesizlik makul ölçülere indirilmiş, yurdun en ücra köşelerinde dahi sağlık çalışanı istihdamı sağlanmıştır. Aile hekimliği ve Toplum Sağlığı Merkezleri uygulamasına başlanması ile birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik önemli ölçüde güçlendirilmiştir. Pilot uygulamanın tüm ülkeye yaygınlaştırılması ile vatandaşların eşit ve kolay erişilebilir birinci basamak sağlık hizmetlerine kavuşmaları sağlanacak, bu surette hastanelerin iş yükü kontrol altına alınabilecektir. Döner sermaye uygulamalarında önemli düzenlemeler yapılarak hastanelerin kendi gelirlerini edinme, bunları hizmet gereklerine göre en verimli şekilde kullanma kapasiteleri geliştirilmiştir. Bu kapsamda hastanelerin otomasyona geçişleri sağlanarak tüm işlemleri kayıt altına alınmış, sağlık çalışanlarına performanslarına göre ek ödeme yapılması sağlanarak tam gün hastanelerde çalışmalarını teşvik edilmiş, motivasyon ve verimlilikleri artırılmış, hizmet alımları gibi birçok yeni uygulama ile hastane yönetimlerinin imkan ve kabiliyetleri geliştirilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu oluşturularak, sağlık hizmetleri finansmanının

tüm vatandaşları kapsayacak şekilde tek merkezden yönetilmesi yolu açılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde atılan bu ve benzeri adımlardan sonra, hastane hizmetleri sunumunda karar verme, gelir elde etme ve harcama yapma yetki ve sorumluluklarının idari ve mali açıdan özerk kamu hastanelerine aktarılmasının zamanının geldiğine inanılmaktadır. Kanun Tasarısı ile ülkemiz şartlarına uygun kamu hastane birlikleri oluşturulması öngörülmüştür. Bununla hastaneler özerkleşmekle beraber sosyal sorumlulukları devam edecektir. Kâr amaçlı değil, hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin şekilde hastane hizmeti hedeflenmektedir. Bir taraftan kamu hastanelerinde yönetim otonomisi geliştirilmekte, diğer taraftan hastanelerin mahalli talep ve beklentilere duyarlılığı ve bunları süratle karşılayabilme yetenekleri artırılmaktadır. Hastanelerin madde ve insan gücü anlamında her türlü kaynağı sınırsızca merkezden talep etmeleri yerine kendi kaynaklarından sorumlu birlikler haline dönüştürülmeleri amaçlanmaktadır.

Özerkleşmenin gündeme gelmesi ile denetimin anlam ve önemi de artmaktadır. Kanun Tasarısında mali konularda Sayıştay ve Maliye Bakanlığının, idari ve sağlıkla ilgili konularda Sağlık Bakanlığının denetim yetkileri özellikle vurgulanmıştır. Hastanelerin sınıflandırılmasına, Sağlık Bakanlığınca belirlenen hedef, politika, stratejik plan ve mevzuata göre yıllık performans programları hazırlanmak sureti ile yönetileceğine, yönetim süreçlerine, verimlilik ve kaliteye değinilerek yönetim anlayışı ve buna göre denetim kapsamındaki farklılıklara yer verilmiştir. Geçmiş değil gelecek, sorun çözme değil hedef belirleme yönelimli, katılımcı, sonuç ve hedef odaklı, vatandaş merkezli bir yönetim anlayışı benimsenmiştir. Buna uygun olarak geçmişe ve şahıslara yönelik denetim anlayışından ziyade hedeflere ve performans göstergelerine, sistemin işleyişine yönelik denetim anlayışı ön plana çıkarılmaktadır.

Bu ve benzeri adımlarla yüklerinden arındırılan Sağlık Bakanlığı; stratejik düşünme, geleceğe dair tasarım geliştirme, misyon ve vizyon belirleme, temel amaç, politika ve öncelikleri şekillendirme, ölçülebilir başarı göstergeleri oluşturma, insan kaynakları geliştirme gibi esas görevlerine daha yoğun mesai ayırabilecektir.

Bu aşamadan sonra yönetim anlayışındaki dönüşüm yansıtılarak Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması gündeme gelecektir.

Sonuç olarak, her bireyin mümkün olan en yüksek standartlarda sağlık hizmetinden yararlanabilmesi temel insan haklarından ve sosyal devlet anlayışının asli unsurlarından biri olarak kabul edilmekte, Sağlıkta Dönüşüm Programının bir aşaması olarak hazırlanan bu Kanun Tasarısı ile kamu sağlık hizmetlerinin daha katılımcı, etkili, verimli, süratli, kaliteli, halkın talep ve beklentilerine daha duyarlı bir şekilde sunulması amaçlanmaktadır.

MADDE GEREKÇELERİ

MADDE 1 - Madde ile, Kanunun amaç, kapsamı ve Kanunda geçen ibarelerin tanımları düzenlenmektedir. Kanun, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsamak- ▶

tadır. Amacın ise kâr değil, sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin şekilde sunulmasını sağlayacak kamu hastane birliklerinin kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esaslar olduğu belirtilmektedir.

MADDE 2 - Birliklerin kuruluş ve organları düzenlenmektedir. Her ilde tüm hastaneleri kapsayacak şekilde bir birlik kurulması düşünülmekle birlikte, İstanbul, Ankara gibi illerde birden fazla birlik de kurulabilecektir. Birlik kapsamına alınması planlanan tüm hastaneler Sağlık Bakanlığınca değerlendirmeye tabi tutulacak ve ağırlıklı ortalaması belli bir düzeye ulaştığı takdirde Bakanlar Kurulu kararı ile birliğe dönüştürülebilecektir. Birlikler kamu tüzel kişiliğini haiz ve Sağlık Bakanlığının ilgili kuruluşu statüsünde faaliyet göstereceklerdir. Birliklerin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır.

Yönetim kurulu birliğin karar organı olup oluşumunda mahalli talep ve beklentileri yansıtacak, bununla beraber eğitimi ve mesleği itibarıyla katkı sağlayabilecek yerel temsilcilerinin yanısıra, Sağlık Bakanlığının bilgi, politika ve tecrübelerini yansıtacak temsilcilerine de yer verilmiştir.

Yönetim kurulunun çalışma esas ve usulleri ile genel sekreterlik ve hastanelerin yönetim kademeleri madde metninde düzenlenmiştir.

MADDE 3 - Yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinin görev, yetki ve sorumlulukları düzenlenmiştir.

Kanunun uygulanmasında oluşabilecek tereddütleri gidermeye ve yönetmelik, genelge gibi gerekli düzenleyici işlemleri yapmaya Sağlık Bakanlığının yetkili olduğu belirtilmektedir.

Sağlık Bakanlığınca bağlı hastanelerde idari, hukuki, mali ve teknik tüm iş ve işlemler başhekimin sorumluluğunda yürütülmektedir. İl düzeyinde sağlık hizmetlerinin planlanması ve koordinasyonu ise Bakanlık ve taşra teşkilatınca yerine getirilmektedir. Bu hizmetlerin yönetim kurulu kararları doğrultusunda genel sekreterlikçe yürütülmesi düzenlenmektedir. Böylece hastanelerin idari, mali ve hukuki konularda iş yükü önemli ölçüde hafifleyecek ve tıbbi hizmetler üzerinde yoğunlaşmaları sağlanacaktır.

Sağlık Bakanlığınca politika ve stratejik plan belirlenmesi, birlik tarafından bunlara göre performans programı hazırlanması, halk ve çalışan memnuniyeti, hasta hakları, etik kurallar, verimlilik ve kalite standartlarının geliştirilmesi, yönetim süreçlerinin etkililiğinin gözetilmesi gibi yönetim anlayışında değişimi yansıtan görevler maddede düzenlenmiştir.

MADDE 4 - Genel sekreterlikte istihdam edilecek tüm personel ile hastane yönetim kademesinde görev alan personelin belirli süreli sözleşmeli statüde ve ekip halinde çalışması öngörülmüştür. Bu görevlerde sağlık hizmetleri alanında ihtiyaç duyulan niteliklere ve iş tecrübesine sahip personelin kadrolarından ücretsiz izinli sayılmak suretiyle veya açıktan istihdam edilebileceği düzenlenmiş ve bu personelin özlük hakları belirlenmiştir.

MADDE 5 - Madde ile birliğe dönüştürülen hastanelerde çalışan diğer personelin mevcut statüleri ile görev yapmaya devam ede-

cekleri ve çalıştıkları birim ile haklarının korunması güvence altına alınmıştır. Sağlık Bakanlığı personelinin almakta olduğu ek ödemeden aynı şekilde birliğe aktarılan personelin de yararlanması sağlanmıştır.

Madde de yapılan düzenleme ile mali hakları döner sermayeden karşılanmak üzere memur olarak istihdam edilen personelin birlik kadrolarına atanarak haklarının korunması sağlanmıştır.

Gerek aşırı istihdamın önlenmesi gerekse bazı sağlık mesleklerinde yeterli sayıda iş gücü bulunmaması nedeniyle, ülke düzeyinde sağlık personelinin dengeli dağılımını sağlamak üzere düzenleme yapılmıştır. Buna göre Sağlık Bakanlığınca belirlenen azami personel sayısının üzerinde personel istihdam edilmesi halinde atamaya veya sözleşme yapmaya yetkili amir şahsen sorumlu olacaktır.

Birlikler, personel atama ve yer değiştirme işlemlerinde personelin statüsü ile ilgili mevzuat ve Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğine tabi olmaya devam edeceklerdir. Böylece personel kendi talepleri halinde ve hizmet puanlarına göre yer değiştirme işlemine tabi tutulabileceklerdir.

MADDE 6 - Maddede birliklerle ilgili mali hükümler düzenlenmiştir. Birliğin gelirleri ve giderleri sayılmış, tabi olacağı muhasebe sistemi belirtilmiştir. Birliklere; birbirlerinden ve Bakanlık kurumlarından hizmet alabilme, borç verme, mal ve demirbaş devri gibi esnek hareket edebilme imkanları sağlanmıştır.

Birliklerin idari ve sağlık ile ilgili teknik denetiminin Sağlık Bakanlığınca, mali denetiminin ise Maliye Bakanlığı ve Sayıştay tarafından yapılması düzenlenmiş ve kamu sağlığı açısından zorunlu hallerde hastanelerin yeniden Bakanlıkça yönetilmesi sağlanmıştır.

Birlikler Harcırah Kanunu, Taşit Kanunu ve kamu alımları ile ilgili mevzuata tabi olarak faaliyet göstereceklerdir.

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi imkanlarıyla karşılayamadıkları ihtiyaçların giderilmesi gibi amaçlarla birliklerin, döner sermayeli kuruluşlar gibi Bakanlık Döner Sermaye Merkez Muhasebe Birimine pay aktarması düzenlenmiştir.

MADDE 7 - 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Te mel Kanununun uygulama alanı kalmayan hükümleri yürürlükten kaldırılmaktadır.

GEÇİCİ MADDE 1 - Madde ile birliğe dönüşüm sonucu kadroları kaldırılan personelin özlük haklarını koruyucu düzenleme yapılmış, Maliye Bakanlığı kadrolarında saymanlık hizmetlerini yürüten personelin bir yıl süre ile birliklerde görev yapabilmesine imkan sağlanmış, her türlü taşınır ve taşınmazlar, sözleşmeler, davalar ile ilgili geçiş hükümleri düzenlenmiştir.

MADDE 8 - Yürürlük maddesidir.

MADDE 9 - Yürütme maddesidir. ■

Sağlıkta Dönüşümün Üç Ayağından Biri Aile Hekimliği Modeli ve Psikiyatri Üzerine Etkileri

Uzm. Dr. Umut Karasu

İpekyol Devlet Hastanesi, Van

İkinci Dünya savaşı sonrasında nazizmin yenilgisi ve sonrasında sosyalizmin prestijindeki artış kapitalizmin pek çok alanda doğasına aykırı davranması ve geri adım atmasına yol açmaktaydı. Sosyalist ülkelerde kamu hizmetlerinin devlet eliyle ücretsiz ve verimli sunumu kapitalist ülkelerde de kamusal hizmet alanında belirli ödünlere vermesini gerektiriyordu. Nitekim bu ödünlere 70'li yılların ortalarına kadar verildi ve başta sağlık ve eğitim olmak üzere kamu hizmetleri nispeten devletin kontrolünde verilmeye çalışıldı. Ancak 1970'li yıllarda gerek Sovyetler Birliğindeki yanlış uygulamalar ve sosyalizmin prestij kaybına uğraması gerekse kapitalizmin yaşadığı kriz ortamı kapitalizmin verdiği bütün ödünlerden bir bir vazgeçmesine neden oldu, başta karlı bir alan olan sağlık olmak üzere tüm kamu alanı talana açıldı.

Söz konusu olan ABD ve İngiltere olmak üzere Avrupa ve Güney Amerika ülkelerine yayılan bir özelleştirme dalgasıydı, Tabii ki Türkiye'nin de bu durumdan etkilenmemesi mümkün olamazdı. İşte 24 Ocak kararları ve sonrasında Özal hükümeti ile başlayan özelleştirme dalgasıyla birlikte sağlığın piyasaya açılması ve bir rant alanı olarak yeniden tanımlanma düşüncesi tüm hükümetlerin iştahını kabarttı. 1987'de Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile başlayan süreç, 1991'de 1. Sağlık Projesi, 1994'de 2. Sağlık Projesi olarak hayata geçirilmeye çalışıldı. 1995 deki erken genel seçimler nedeniyle süreç aksadı. 1998'de kişisel sağlık sigortası yasa tasarısı meclise sunuldu. Farklı nedenlerle kesintiye uğrayan süreç, nihayet AKP hükümetinin büyük bir oy oranıyla iktidar olmasıyla hayata geçmeye başladı ve 2002'de Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konuldu. Kısaca bu süreç hatırlanacak olursa da önce 2004'de Aile hekimliği yasası kabul edildi ve aynı yıl SSK ve Kamu Hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredildi. 2005 yılında ise ilk olarak GSS yasası ilk haliyle meclise geldi (1).

Sağlıkta Dönüşüm Programı üç ayak üzerine oturtuldu: Aile Hekimliği uygulaması, Hastanelerin özleştirilmesi (özleştirilmesinin önünü açmak üzere) ve yapıyı finanse edecek

olan Genel Sağlık Sigortası uygulaması. Bugün programda yaşanan her türlü olumsuzluk ve başarısızlığa rağmen program kararlılıkla sürdürülüyor. Tüm tartışmalara ve karşı duruşa rağmen Aile Hekimliği uygulaması ülkenin yarısından fazlasında uygulamaya geçmiş durumda ve Kasım 2009'da tüm illerde yaşama geçmiş olacağı varsayılıyor. Peki bugüne kadar uygulamaya ilişkin en küçük bir somut kazanım olmamasına rağmen ve tüm sağlık çalışanlarının ısrarlı karşı koymalarına rağmen sistem neden bu kadar kararlı uygulanmaya çalışılıyor? Farklı platformlarda belirtildiği gibi amaç neoliberalizmin gereği olarak devleti küçültmek, sağlık alanını devletin üzerindeki yük olmaktan çıkarmak ve sağlığın her basamağını (başta sağlık ocakları olmak üzere) birer kar alanı olarak yeniden düzenlemek.

Sistemin şimdilik birinci basamakta ve özellikle koruyucu hekimlik anlamında götürdüklerini görme fırsatı bulduk. Uygulamanın ikinci ve üçüncü basamak üzerine etkileri ile ilgili somut veriler sunabilmek için biraz erken olmakla birlikte uygulamanın olası etkilerini tahmin etmek güç değil. Uygulamanın psikiyatri hizmetleri üzerindeki etkileri ile ilgili açılım yapmadan önce sağlık alanında yaşamımızda alıştığımız kavramlar ile yeni uygulama ile yaşamımıza giren kavramları karşılaştırmanın az da olsa ufuk açıcı olacağı kanısındayım.

- Sağlık hakkı-Sağlık gereksinimi:** 224 sayılı yasa ile her vatandaş için hak olarak tanımlanan sağlık artık gereksinim olarak tanımlanıyor. Bilindiği gibi gereksinim ancak para verildikten sonra alma hakkına sahip olunan eşyaları tanımlıyor. Yani bundan sonra sağlık hakkına sahip olmak için bunun bedelini ödemek gerekecek.
- Sağlık Ocağı-Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi:** Daha önce her türlü sağlık hizmeti için ilk başvuru yeri olan sağlık ocaklarının yerini, içerisinde Aile hekimi ve Aile sağlığı elemanlarının bulunduğu ve "kişiyeye" sağlık hizmetleri veren Aile Sağlığı merkezleri alıyor (2).

KAMUSAL HİZMET	SAĞLIK REFORMU
1. SAĞLIK HAKKI	SAĞLIK GEREKSİNİMİ
2. SAĞLIK OCAĞI	AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ-TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ
3. EKİP HİZMETİ	AİLE HEKİMİ + AİLE SAĞLIĞI ELEMANI
4. FİNANSMAN GENEL BÜTÇE VERGİLER, PRİM	FİNANSMAN GSS PRİM, VERGİ, KATKI PAYI
5. TEMEL SAĞLIK HİZMETİ	TEMEL TEMİNAT PAKETİ
6. DAR BÖLGEDE NÜFUSA DAYALI SİSTEM	MÜŞTERİ PORTFÖYÜ
7. BİREY - TOPLUM VE ÇEVREYE YÖNELİK KORUYUCU HİZMET	BİREYE YÖNELİK KORUYUCU HİZMETLER
8. KORUYUCU HİZMET ÖNCELİKLİ	TEDAVİ EDİCİ HİZMET ÖNCELİKLİ
9. RİSK GRUBU ÖNCELİKLİ	ÖNCELİK YOK. RİSKLİ GRUPLAR DEZAVANTAJLI.
10. SEVK ZİNCİRİ	SEVK ZİNCİRİ, SEVK KOTASI

- 3. Ekip Hizmeti-Aile Sağlığı Elemanı+Aile Hekimi:** Sağlık ocağı ekibinde yer alan (birçoğu günümüzde istihdam edilmese de) Genel pratisyen, hemşire, optisyen, sekreter, gezici sağlık izlemcisi, sosyal çalışma uzmanı, psikolog, toplum psikiyatristi gibi personelin yerini Aile hekimi ve Aile Sağlığı elemanı alıyor (3).
- 4. Finansman:** Daha önce genel bütçe, vergi ve primlerden finanse edilen sistem yerini verginin yanında, sağlığın her alanında prim ve katkı payı ödenmesini zorunlu kılan yeni bir sisteme bırakıyor. Yeni sistemle birlikte herkesten ayaktan tedavide 2 TL, yatarak tedavide sağlık hizmet bedelinin yüzde 1'i oranında katılım payı alınması ve ayda 203 YTL'den az kazananların sigorta primi devlet tarafından karşılanırken, bu kriterin üzerindeki herkesin destek primi ödemesi planlanıyor(4) (Bugün 2. ve 3. Basamakta yeşil kartlılardan bile 3 ile 10 TL katkı payı alınması gelecek açısından da yol gösterici olsa gerek).
- 5. Temel Sağlık Hizmeti-Temel Teminat Paketi:** Kamucu sağlık hizmetinde alışık olduğumuz temel sağlık hizmetinin yerini artık ancak prim ödeyerek çok kısıtlı bir sağlık hizmeti sunulan Temel teminat paketi kavramı alıyor.
- 6. Dar bölgede nüfusa dayalı sistem-Müşteri portföyü:** Dar bölgede çok yönlü sağlık hizmetinin verildiği sağlık ocakları, yerini kendisine müracaat eden kişilere hizmet veren, bölge değil sadece nüfus temelli örgütlenmeye sahip Aile Sağlığı merkezlerine bırakıyor.
- 7. Birey-Toplum ve çevreye yönelik koruyucu hizmet-Bireye yönelik koruyucu hizmet:** Sağlık Ocaklarının temel işlevlerinden sayılan ve sadece bireye değil topluma ve çevreye yönelik koruyucu tedbirler artık sadece birey için ön görülüyor.

- 8. Koruyucu hizmet-Tedavi edici hizmet:** Hastalık ortaya çıkmadan önce koruyucu yöntemlerle önüne geçmeyi hedefleyen eski sistemin yerini hastalandıktan sonra tedavi edici olan yaklaşım alıyor.
- 9. Risk grubu önceliği:** Risk gruplarının belirlenip başta riskli gruplar olmak üzere tüm topluma ayağına kadar giderek hizmet veren eski anlayışın yerine kişinin sadece hastalandığı ve parası ölçüsünde hizmet alabildiği yeni bir anlayış alıyor.
- 10. Sevk zinciri:** 224 sayılı yasa ile de var olan sevk zinciri yeni sistemde de ön görülüyor. Ancak yeni sistemde % 15-20 gibi bir sevk kotası ve bu oranların üzerindeki sevklerde hekimlere para kesintisi ön görülüyor.

Kuşkusuz yukarıda yer alan görüşler eskiye idealize etmek amacıyla yazılmadı. Hatta hantallaşan, gerek hasta gerekse sağlık çalışanlarında büyük memnuniyetsizlik yaratan eski sistemde de sorunlar yaşandığı aşikar. Ancak 224 sayılı yasanın ruhunu koruyup sistemi modernize etmek yerine sağlığı topyekün piyasaya açmak, parası olmayana birinci basamağın dahi yollarını kapatmak kanımca en hafif deyimle fütürsuzluktur ve sanırım bu fütürsuzluğun acı sonuçlarını önümüzdeki dönemlerde çok yakıcı bir şekilde beraberce yaşayıp göreceğiz.

BİRİNCİ BASAMAKTA VERİLEN PSİKİYATRİ HİZMETLERİNE BAKIŞ

Pek çok olumlu yanlarına karşın sağlık ocaklarının belki de en sıkıntılı yanlarının başında verilen ruh sağlığı hizmetlerindeki sorunlar, psikiyatride dair tanısal sorunlar ve tedavi edici hizmetlerin yetersizliği geliyor.

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda birinci basama-

“...Tüm tartışmalara ve karşı duruşa rağmen Aile Hekimliği uygulaması ülkenin yarısından fazlasında uygulamaya geçmiş durumda ve Kasım 2009’da tüm illerde yaşama geçmiş olacağı varsayılıyor. Peki bugüne kadar uygulamaya ilişkin en küçük bir somut kazanım olmamasına rağmen ve tüm sağlık çalışanlarının ısrarlı karşı koymalarına rağmen sistem neden bu kadar kararlı uygulanmaya çalışılıyor?

Farklı platformlarda belirtildiği gibi amaç neoliberalizmin gereği olarak devleti küçültmek, sağlık alanını devletin üzerindeki yük olmaktan çıkarmak ve sağlığın her basamağını (başta sağlık ocakları olmak üzere) birer kar alanı olarak yeniden düzenlemek.”

ğa başvuran hastalarda ruhsal bozukluk oranları % 11-79 arasındadır (5,6,7). Ülkemizde tanısı konacak düzeyde ruhsal bozukluk yaygınlığı % 20’den fazladır (8). Dünyada ruhsal sorunu olan hastaların % 40-80’i ilk olarak birinci basamak hekimler tarafından görülmektedir (9).

Birinci basamakta en sık görülen ruhsal bozukluğun depresyon olduğu saptanmıştır. Güdülenmiş bir birinci basamak hekimi depresyon hastalarının % 90’ını ayaktan tedavi edebilecek güce sahip iken herhangi bir müdahale yapılmadan ya da ek bir psikiyatrik eğitim verilmeden sağlık ocağına başvuran psikiyatrik hastaların sadece % 8.3’ünü ruhsal bakımdan hasta olarak değerlendirebildiği bildirilmektedir (10).

Ruhsal bozuklukların birinci basamakta tanınmaması ile ilgili farklı etkenler ileri sürülmektedir. Bunların başlıcaları eğitim yetersizliği, hekimlerin daha çok bedensel belirtilere odaklanması, bu hastalıkları tanımak için yeterli zamanın olmaması, tanı koyabilmek için gerekli talebi karşılayacak personelden yoksun olmak, tanı ve tedaviye yönelik hasta direnci olarak tanımlanmaktadır (11).

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM: ÇÖZÜM MÜ? PSİKİYATRİ HİZMETLERİNE OLASI ETKİLERİ

TESPİT 1: PSİKİYATRİK HASTALARIN BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURU ORANI AZALACAKTIR

GSS primini ödeme zorunluluğu: 203 TL’nin altında geliri olan herkes sağlık hizmetinden yararlanmak için prim ödemek zorunda olduğundan prim ödeyemeyenler sistem dışında kalacaklardır.

Katkı payı ödeme zorunluluğu: Sağlık hizmetinin her aşamasında katkı payı ödemesi zorunlu. Dünyadaki çalışmalar katkı payının sağlık hizmetine ulaşım konusundaki caydırıcılığı açısından kayda değer görünmektedir. Hastanın cebinden çıkan paranın sağlık hizmetine ulaşımı %40.6-%43.5 oranında azalttığı (12), sadece katkı payı ödenmesinin bile poliklinik kullanımında %24 civarında azalmaya neden olduğu (13) bildirilmektedir.

Kayıt dışı kalanlar-kırsal bölgelerde yaşayanlar: Sistemin

belki de en büyük çıkmazı bu kadar yoğun kayıt dışının yaşandığı bir ülkede kayıt dışı kişilerin nasıl kayıt altına alınacağını tanımlanamamasıdır. Gerek kayıt dışı kalanların sistemin dışında kalması ile yaşanacak sorunlar gerekse Aile hekimliği sisteminde sadece hekime müracaat eden sınırlı bir nüfusa hizmet verilmesi ile kırsal bölgede yaşanacak sorunlar sistemde fazlasıyla sıkıntı doğurabilecek görünmektedir.

GSS uygulaması öncesinde kronik rahatsızlıkları olanlar hizmetten hangi oranlarda yararlanacak?: Dünyadaki diğer örnekler ele alındığında GSS için kişinin hiçbir hastalığı olmadığını beyan ve ispat etmesi gerekmektedir (4). Bu durumda özellikle psikotik bozukluklar gibi kronik hastalığı olanların sistemden nasıl yararlanacağı ve sağlık kuruluşlarına ne şekilde başvurabileceği önemli bir sorun alanı olarak durmaktadır.

TESPİT 2: PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN SAPTANMASI GÜÇLEŞECEKTİR

Eğitim yetersizliği: Çalışmalarda da vurgulandığı gibi birinci basamaktaki tanısal güçlüklerin başında gelen eğitim yetersizliğine Aile Hekimliğinin nasıl çözüm olacağı merak konusudur. Zira Aile hekimleri sadece 5 günlük bir uyum eğitiminin ardından Aile hekimi olmaktadır.

Zaman Yetersizliği: Önceki sistemde yakınma konusu olan zaman sıkıntısı Aile hekimliği ile yeni bir boyut kazanmıştır. Zira sistemin insan gücü hesaplamasında önemli sorunlar vardır. Ortalama 3000-3500 kişiye 1 Aile hekimi istihdam edilmektedir. Bu nüfusta ortalama 65 hasta, 25-30 gebe, 55 bebek, 275 12-60 ay çocuk, 600 doğurgan kadın olması beklenirken ciddi zaman yetersizliği olması ve ruhsal bozukluklarla ilgili tanısal zorluklar olması kaçınılmaz görünmektedir. Öte yandan yukarıda verilen hasta sayıları bile son derece iyimser görünmektedir. Örneğin Denizli ilinde Aile hekimliğinin yürürlükte olduğu 2007 yılı ile önceki yıl arasındaki hasta sayıları karşılaştırıldığında hasta sayısındaki dramatik artış dikkat çekicidir ve hasta sayılarında % 50’lere varan artış görülmektedir.

Hastanın hastalığının farkında olmaması:

Ekip olmaması-özellikle kırsal bölgelerde personel eksiklikleri: Aile hekimliği ile birlikte kırsal bölgelerde boş ▶

“...Ancak elimizdeki veriler gelecek açısından kaygı duymamız gerektiğini ortaya koymaktadır. Psikiyatri hastalarına yönelik sigorta kısıtlamaları, sistemin sürdüğü başta İtalya tüm Avrupa ülkelerinde artan hekim işsizliği, gün gün değişen uygulama tebliğleriyle psikiyatriye yönelik ilaç kısıtlamaları ve psikiyatri hekimlerinin reçetelerine yönelik saygısız müdahaleler (tanı uyumsuzlukları vs) psikiyatri alanında her zamankinden daha tutarlı bir birlikteliğinin zorunluluğuna işaret ediyor.”

kalan kadrolar bu hastalıkların saptanmasını güçleştirecek gibi durmaktadır. Yine Denizli ilinden örnek verecek olursak uygulama başladığında, il merkezindeki kadrolar dolmasına rağmen ilçe merkezlerinde yardımcı sağlık personeli kadrolarının % 47.9'unun boş kalması diğer illerde de uygulama başlayacağı zaman yaşanabilecek sorunlara ışık tutmaktadır (14).

TESPİT 3: RİSK ALTINDAKİ NÜFUSTA RUH SAĞLIĞI SORUNLARININ ERKEN TANISI VE KORUYUCU HİZMETLER AZALACAKTIR

Dünyada ve ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda ruhsal bozuklukların kadınlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda ve düşük gelir grubunda daha yaygın olduğu görülmektedir (8,15,16). Yukarıda da belirtildiği gibi düşük gelir grubunda prim-katkı payı sorunları bu kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşımını güçleştirecek, Aile hekimliğinde koruyucu hizmetlerle ilgili yaşanan yetersizlikler, gezici hizmetlerin yetersizliği nedeniyle bu grupta ruhsal bozuklukların tanı, tedavisi ve bu gruba yönelik koruyucu hizmetler aksayacaktır. Yeri gelmişken Aile hekimlerinin de gezici hizmet sorumluluğu olduğu savunmasına değinmekte yarar olduğunu düşünüyorum. Zira Aile hekimliği yönetmeliğinde Aile hekimlerinin gezici hizmet yükümlülüğüne değinilmektedir. Ancak hasta sayısındaki yoğun artış, tedavi odaklı hizmet anlayışı ne yazık ki bu hizmetlerin geriplanda kalmasına yol açmaktadır. Yaşanan birçok örnek bu durumun kanıtıdır. 2007'de Düzce'de yaşanan olay bu duruma çarpıcı bir örnek oluşturmaktadır: Temmuz 2007'de iki günlükken terkedilmiş bir bebeğin ailesini belirlemek üzere ilgili adli merciler, bir ay öncesinde doğum yapan ve bir ay sonrasında doğum yapacaklar da dahil olmak üzere, hamile kadınların listesini istemiştir. Aile Hekimliği kayıtlarından yapılan inceleme sonuç vermemiştir. Bebeği bırakan anne daha sonra bir ihbar sonucu bulunmuştur. Geriye dönük yapılan incelemede annenin kayıtlarında hamile olduğuna dair bir bilgi olmadığı görülmüştür (17).



Öte yandan eğitim düşüklüğü psikiyatri alanındaki çalışmalarının tamamına yakınında ruhsal bozukluklar için bir risk faktörü olarak saptanmıştır (8,18,19). Bu gruptaki kişilerde şikayetleri bedenselleştirmek bu hastalıkları tanımak açısından zorluk çıkarabilmektedir (20). Hekimlerin ruhsal bozukluklar açısından yeterli eğitime sahip olmaması, hastaların bedensel belirtilerine odaklanmalarına yol açabilecek ve tanı ve tedavi güçlükleri yaşanabilecektir.

TESPİT 4: İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNE ERİŞİM-TEDAVİ ZORLAŞACAKTIR

Sevk kotası: Daha önce pilot uygulama yönetmeliklerinde % 15 ve % 20 olarak uygulanacağı söylenen ancak şimdilik Aile hekimliği uygulamalarının sürdüğü illerde uygulanmayan kota uygulaması ikinci ve üçüncü basamağa sevklerin azalmasını sağlayacaktır. Başta olumlu gibi görünmekle birlikte, Bulgaristan hatta Fransa gibi ülkelerde kanser hastalarının dahi sevk alabilmek için aylarca randevu belediklerini belirtmekte sanırım fayda vardır. Kota üzerinden sevk yapıldığında hekim ücretlerinde kesinti yapılacağı belirtilmesinin sevk konusunda oldukça caydırıcı olacağı görülmektedir. Aile hekimliği uygulamasının başlamasından önce % 8 civarında olan sevk oranlarının Denizli ilinde % 1'lere düşmesi tesadüf olmasa gerek (14). Kuşkusuz sağlıklı işleyecek bir sevk zinciri tüm hekimler tarafından savunulmalıdır. Ancak sevklerde kota uygulaması başta kronik ruhsal bozukluklar olmak üzere ikinci ve üçüncü basamakta tedavi edilmesi gereken hastalıkların tedavisini güçleştirecektir.

Sevk olsa ve prim ödense bile hizmet alınabilecek midir? Ruhsal bozukluklar açısından en önemli sorunlardan birisi de GSS kapsamına bu bozuklukların özellikle de kronik hastalıkların alınıp alınmayacağıdır. Zira dünyadaki örnekler incelendiğinde diş hekimliği, göz, psikiyatri ve rehabilitasyon hizmetlerinin sıklıkla sigorta kapsamı dışında tutulduğu görülmektedir (4).

TESPİT 5: GEREKSİZ VE YANLIŞ İLAÇ KULLANIMI ARTACAKTIR

Aile hekimliği sistemi bir özel muayenehanecilik sistemidir ve uygulama gereksiz tıbbi uygulamaların çoğalmasına ve buna bağlı olarak ilaç kullanımında artışa neden olacaktır. Bu durum tedavi maliyetinin artmasına ve yanlış tedavilere yol açacaktır. İkinci pilot uygulamanın gerçekleştiği Eskişehir ilinden gelen veriler bu konuda çok çarpıcıdır: Bağ Kur reçeteleri incelendiğinde uygulamanın yürürlükte olduğu altı aylık dönemde (1/1/2007-30/5/2007) uygulamanın olmadığı bir önceki yılın aynı dönemine göre reçete sayıları % 8 oranında azalmasına karşın reçete tutarlarında YTL bazında ortalama % 40'lık artış dikkat çekmektedir (21).

Yukarıda belirtilen sorunların yanında çoğu koruyucu hekimlik uygulamalarıyla çözülebilecek olan, hastalara dair öznel bazı sorunlar da bu hastaların tanınmasına ve tedavi edilmesine engel olabilecektir. Bu sorunlardan bazılarının; stigmatizasyon (damgalanma), sıkıntılarını kendilerinin yenmesi gerektiği inancı, kimsenin kendilerine yardım edemeyeceğini düşünmeleri, tedaviden korkmaları ve geleneksel yollara olan inanç olduğunu söyleyebiliriz (22,23,24,25).

SONUÇ YERİNE

Bu yazıda “sağlıkta dönüşüm” ve özel olarak “Aile hekimliği” uygulamasının psikiyatri hizmetleri üzerine olası etkileri tartışılmıştır. Psikiyatri hekimleri ve sağlık çalışanları üzerine olası etkileri ise bir başka yazıda ele alınacağından bu konuya değinilmemiştir. Ancak elimizdeki veriler gelecek açısından kaygı duymamız gerektiğini ortaya koymaktadır. Psikiyatri hastalarına yönelik sigorta kısıtlamaları, sistemin sürdüğü başta İtalya tüm Avrupa ülkelerinde artan hekim işsizliği, gün be gün değişen sağlık uygulama tebliğleriyle psikiyatrye yönelik ilaç kısıtlamaları ve psikiyatri hekimlerinin reçetelerine yönelik saygısız müdahaleler (tanı uyumsuzlukları vs.) psikiyatri alanında her zamankinden daha tutarlı bir birlikteliğin zorunluluğuna işaret etmektedir. ■

Kaynaklar

- Bakar C, Türkiye’de Sağlık Reformları; Bakar C. Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikâye. Toplum ve Hekim 2005, 20:5.
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik
- Pala K. “Sağlık Ocaklarını Kapatmak Ne Anlama Geliyor”. 12. Pratisyen Hekimlik Kongresi Kongre sunumu. <http://www.phd.org.tr/12kongresunum.htm>. Erişim: 30/12/2008.
- Elbek O. Sosyal Güvenlik Politikaları, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Genel Sağlık Sigortası: “Efsaneler ve Gerçekler”. Birikim Dergisi, Nisan 2008, s.83-91.
- Küey L, Üstün BT, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim.1987; 44:16-30.
- Santorius N, Üstün TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel H, Von Korff M, Wittchen U. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the WHO collaborative project on “Psychological Problems in General Health Care”. Arch Gen Psychiat.1993; 50:819–824.
- Tiemens B. Management of mental health problems in primary care: the doctor, the patient and the medical model [dissertation]. Groningen: University of Groningen.1999.
- Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi.2000;11:198-203.
- Üstün TB, Gater R. Integrating mental health into primary care. Curr Opin Psychiatry.1994; 7:173-180.
- Rezaki M. Bir Sağlık Ocağına başvuran hastalarda depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi.1995; 6:13-20.
- Ayrancı Ü. Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Uzmanlık tezi. Ankara, 2000.
- Kipp W et al, Bulletin of the WHO, 2001
- Loewenson R, International Journal of Health Services, 1993
- Akşık H, Zencir M, Denizli Tabip Odası Dergisi, 2008.
- Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001; 2 (2) :87-98
- Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain initial findings from the household survey. Int Rev Psychiatry. 2003;15(1-2):29-42.
- Pehlivan H. “Sağlıkta Dönüşüm – Düzce’den İzlenimler”. 12. Pratisyen Hekimlik Kongresi Kongre sunumu. <http://www.phd.org.tr/12kongresunum.htm>. Erişim: 30/12/2008.
- Olfson M, Leon AC, Broadhead WE, Weissman MM, Barrett JE, Blacklow RS, Gilbert TT, Higgins ES. The SDDS-PC: a diagnostic aid for multiple mental disorders in primary care. Psychopharmacol Bull.1995;31(2):415-20.
- Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, deGruy F. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. Am J Med.1996;101(5):526-33.
- Kaya B. Somatoform Bozuklukların Epidemiyolojisi. Editör: Orhan Doğan. Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ege Psikiyatri Yayınları 2002, s.66.
- Yılmaz B.N. “Eskişehir’de Aile Hekimliği”. 12. Pratisyen Hekimlik Kongresi Kongre sunumu. <http://www.phd.org.tr/12kongresunum.htm>. Erişim: 30/12/2008.
- Arkar H. Akıl Hastalarının Sosyal Reddedimi. Düşünen Adam.1991;4:6-9.
- Arkar H. Akıl Hastaları İle İlgili Tutumlar: Deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi. Düşünen Adam.1992;3:243-8.
- Abiodun OA. Knowledge and attitude concerning mental health of primary health care workers in Nigeria. Int J Soc Psychiatry.1991;37(2):113-20.
- Gater R, de Almeida e Sousa B, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M, Goldberg D, al Kathiri AH, Mubbashar M, Silhan K. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. Psychol Med.1991;21(3):761-74.

Tam Gün Yasa Tasarısı ve Psikiyatriye Yansımaları

Dr. Burhanettin Kaya

TPD MYK Üyesi,

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Türkiye’de siyasal iktidarın gündeme taşıdığı ve olumlu bir anlam yükleyerek sağlık sisteminde bir dönüşüm olduğunu öne sürdüğü politika değişimleri ve projeler bir çok kesimde hemen her zaman önemli tartışmalara yol açmıştır. Tam gün çalışma yasa tasarısının da kamuoyuna yansıtılış biçimiyle de ilgili olarak ilgililerin üzerine çok konuştugu ama nasıl bir proje olduğunu anlamakta halen zorluk çektiği, nasıl bir şey çıkacağı halen belirsiz olan bir yasal düzenleme olduğunu söyleyebiliriz. Henüz tasarı aşamasında bile tasarlayanlar bu tasarıdan yeterince emin olmadıkları izlenimi vermekte, dinamiklerini kolay anlayamadığımız biçimde değişikliklere gitmektedirler. Bazı çıkar gruplarının istek ve beklentilerine göre bazı değişiklikler olacağı tartışması kulislerde sürerken, hem tasarının yasalaşıp yasalaşmayacağı hem de nasıl bir kapsama sahip olacağı konusunda bir netlik görünmemektedir. Bu yasa oluşturma sürecinin en can alıcı ve dikkat çeken yönü hükümetin ve ilgili komisyonlarının politika oluştururken meslek örgütleri ve diğer sağlık örgütlerinin görüşlerini devre dışı bırakmalarındır. Dikkat çeken bir diğer nokta ise sıklıkla siyasal anlamda hükümet politikalarının destekçisi konumunda olan kuruluşların katkısının özellikle alınması, diğer örgüt ve kuruluşların görüşlerinin politika oluşturulduktan, eş deyişle iş bittikten sonra “usulen” alınarak, her durumda yapılan tüm eleştirilerin göz ardı edilmesidir.

Tam günün kısa tarihi...

Tam süre çalışma projesi aslında ülkemiz için ilk değildir. 1930 yılında Refik saydam koruyucu sağlık hizmetlerinde tam süre çalışmaya yönelik bir yasal düzenlemeyi, dönemin gereksinimlerine göre yaşama geçirmiştir. Tam süre çalışma 1960 yılında yaşama geçirilen sosyalizasyon yasasının da en önemli ayaklarından biridir ve burada kamu hizmetlerini güçlendirme tam süre çalışmanın ana gerekçesi olarak tanımlanmıştır. 1978 yılında çıkarılan 2612 sayılı yasa sınırlı alanda da olsa tam süre çalışmayı kamusal sağlık hizmetlerini desteklemek güçlendirmek amacıyla çıkarılmış ama yaygınlaştırılmadan,

geliştirilemeden, siyasal iktidarların gereksinimleri çerçevesinde işlevsizleştirilmiştir.

1978 de yaşama geçirilen tam gün yasasının yedinci maddesinde “Bu kanun kapsamında çalışan personel serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemezler, resmi yada özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli yada sözleşmeli olarak mesleki görev alamazlar” denmektedir (1). Bunun 2008 deki tam gün yasa tasarısından farkı sağlık hizmetinin kamu hizmeti olarak tanımlanması, ayrıca sağlığın alınıp satılan bir meta olmadığı ilkesinin yasalaştırılması olarak ifade edilebilir. Bu dönemdeki yasanın bir tazminat yasası değil ilke yasası olduğu, sağlığın tek elde toplanması, sağlık hizmetinin tümüyle kamusal ve ücretsiz olmasının talep edildiği bir düzenleme olduğu belirtilmiştir (2). İlk yasa serbest çalışmayı ortadan kaldırmamış, kamuda çalışanın serbest çalışmasını ortadan kaldırmıştır. Aslında kapitalist ekonominin liberal özüne dokunmamıştır. İlk yasa o dönemde sorun çözücü değil bir ilk adım olarak görülmüş fakat ardi gelmemiştir. 1978’de de Genel Sağlık Sigortası gündemdedir ve o dönemde bir sağlık vergisi olduğu düşüncesiyle karşı çıkılmaktadır. İlk yasa yine o dönemde %2.9 olan sağlık hizmetlerine ayrılan payın artırılmaması ve (en az %15’e çıkarılması istenmektedir), istihdam sorununun çözülmemesi, personel eğitiminin yetersizliği, sosyalleştirmeyi tamamlamama, hekimlerin özlük haklarını sağlamama, döner sermayenin kaldırılmaması nedeniyle eleştirilmiş, bu eksiklikler yasaı başarısız kılan süreçler olarak tanımlanmıştır (2).

Günümüzdeki “sağlıkta dönüşümün tam günü” bu tarihsel sürecin arzuladığı gelişmelerin tam karşısı özellikler içeren, belirsizliklerle dolu bir düzenleme olarak dikkati çekmektedir.

Meslek örgütleri nasıl bakıyor?

Sağlıkta dönüşümün en önemli ayaklarından biri olarak tam gün çalışma yaşama geçirilmeye ve yasalaştırılmaya çalışılmaktadır. Gündeme geldiği günden bu yana farklı kesimler ve uzmanlık dernekleri tarafından çeşitli biçimlerde tartışıl-

“...Henüz tasarı aşamasında bile tasarlayanlar bu tasarıdan yeterince emin olmadıkları izlenimi vermekte, dinamiklerini kolay anlayamadığımız biçimde değişikliklere gitmektedirler. Bazı çıkar gruplarının istek ve beklentilerine göre bazı değişiklikler olacağı tartışması kulislere sürerken, hem tasarının yasalaşıp yasalaşmayacağı hem de nasıl bir kapsama sahip olacağı konusunda bir netlik görünmemektedir. Bu yasa oluşturma sürecinin en can alıcı ve dikkat çeken yönü hükümetin ve ilgili komisyonlarının politika oluştururken meslek örgütleri ve diğer sağlık örgütlerinin görüşlerini devre dışı bırakmalarınıdır...”

miş ve farklı yanıtlar üretilmiştir. Bazı uzmanlık dernekleri bu düzenlemeyi de içeren sağlıkta dönüşüme karşı bir tutum almayarak, tasarının daha çok kendi meslek grubu ve özellikle onun bir kesimi için tehdit oluşturan yanına; özetle, kamu hastanesi, özel hastane ve muayenehane üçgenindeki ayaklardan birini sarsılmasına tepki göstermiş, bu yönde bir kamuoyu oluşturma eğilimi göstermiştir.

Türk Tabipleri Birliği ve Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulunun görüşü ise çıkarılmak istenen tam gün yasasının yıllardır savunulan tam gün çalışma ilkelerinden çok farklı bir proje olduğu, amacının ve ulaşacağı sonucu farklı olduğu yönündedir.

Tam süre çalışma ile ilgili olarak uzmanlık derneklerinin genel yaklaşımı yalnızca kendi üyelerinin ve uzmanlık alanının çıkarları bağlamında olmuştur. Tasarıdaki önemli eksikliklere vurgu yapmakla ve eleştiriler getirmekle birlikte uygulanmakta olan politikalara yönelik kapsamlı ve sistemli bir eleştiriden uzak durmakta, sağlık bakanlığı ve resmi sağlık politikası ile çatışmama eğilimi göstermektedirler. Bu gelişmelerin yalnızca meslek grubumuzun gereksinimleri ve çıkarları çerçevesinde değil insanlığın evrensel değerleri açısından da ele alınması gerektiğini vurgulamamız gerekir. Türkiye’de hekimlerin önemli bir kısmı yalnızca kendi mesleki sınırlarında kalma eğilimi göstermektedir. Oysa bir aydın olarak hekimlerin, emekleriyle yaşamı ayakta tutan, temel insani değerleri üreten, bu süreçte sağlığı bozulan ve sömürülen emekçi sınıflara ve halk kitlelerine karşı tarihsel bir sorumluluğunun olduğunu unutmaması gerekir (3).

Nasıl okumalı?

Bu yasa önerisini son yirmi yılda uygulanan tüm sağlık politikalarına damgasını vuran, beş yıldır yaşama geçirilen sağlıkta dönüşüm programının ana kimliğini bulduğu, uygulanmaya başlayan Genel Sağlık Sigortası, 2008 yılında gündeme gelecek olan “Kamu Hastane Birlikleri” yasa tasarısı ve ilişkili yasal düzenlemeler, eş deyişle neo-liberal politikalar tarafından biçimlenen, IMF programlarının beklentileri çerçevesinde hazırlanmış sağlık sisteminin onarılması güç biçimde tahrip edecek olan diğer projelerle birlikte okumak ve değerlendirmek gerekir.

Türk Tabipleri Birliği başta olmak üzere birçok meslek örgütü ve hekimler ülkemizde tartışılmaya başlandığı günden bu

yana tam süre çalışma ilkesini savunmuş, kamucu bir sağlık modelinin yaşama geçirilmesini talep etmiştir. İktidarda bulunan hükümet de dahil olmak üzere ülkenin yönetiminde rol almış tüm hükümetler bu talepleri ve Türkiye’nin geliştirdiği, onlarca ülkenin de örnek alarak uyguladığı modelleri göz ardı ederek bugüne gelmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı ile özel sigorta sistemine ve cepten ödemelere ağırlık veren piyasa tipi sağlık sisteminin egemen kılınması, kamusal sağlık sisteminin altyapı, hizmetin üretimi ve istihdama ilişkin düzenlemelerinin çökertilmesi, sağlıkta özelleştirme ve işletmeleştirilmenin öne çıkarılması, döner sermaye ve performans uygulamaları ile çalışma barışının bozulması, özel hastane yatırımlarına büyük teşvikler sağlanması, sevk zincirinin bozulması, özel hastanelere hasta sevkinin serbest bırakılması, kamu kaynaklarının özel hastanelere aktarılması gibi bir çok düzenleme sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğini yitirmesine, sağlık hakkının bir insan hakkı olmaktan çıkmasına yol açmıştır. Bu süreçte sağlığın geliştirilmesinden öte hastalık üzerine yatırım yapılması, buna katkı sağlayacak modern promosyon stratejilerinin geliştirilmesi, büyük karlara kapı açan, hastayı bir müşteriye ve hasta-hekim ilişkisini ise bir satış sözleşmesine dönüştüren bir sağlık sisteminin kurulmasına yol açmıştır. Tam süre çalışma olarak adlandırılan uygulamalar bu zeminde okunmalıdır.

Tam gün? Kamu için mi sermaye için mi?

Bu düzenlemenin yapılmasında temel kalkış noktasının kamuyu güçlendirme olduğunu söylemek olası değildir. Üstüne üstlük kamuya döneceği varsayılan hekimin çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi yönünde herhangi bir düzenleme önerisi de yoktur. Bu değişikliğin kamuyu güçlendirmekten öte deneyimli hekimlerin kamudan kaçmasına yol açacaktır. Basında yer alan haberler, ağırlığını üniversite öğretim üyeleri ve deneyimli uzmanların oluşturduğu büyük bir hekim kitlesinin henüz tam süre uygulaması hayata geçmeden bile özel hastanelere transfer olduğunu göstermiştir. Binlercesi ise hazırlık yapmaktadır. Özel hastanelerin bu denli yaygınlaştığı, hizmet alanının büyüdüğü, çalışanları arasında eşitsiz ücret politikalarının uygulandığı bu evrede hekimlerin tam süre uygulaması ile yeniden kamuya döneceğini düşünmek büyük saflık olacaktır. Yönetimin ve Dünya Bankasının kulağa hoş gelen ifadelerinin altında yatan temel amacının kamudan çok özel sağlık sistemini nitelikli sağlık insan gücü ile beslemek olduğu izlenimi edinilmektedir. Özetle; ▶

“...Yasa, Sağlıkta Dönüşüm’ün kamu hastanelerinin özelleştirilmesi yaklaşımıyla birlikte ele alındığında, çıkarılmak istenen Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı’nın hastaneleri özelleştirmenin bir adımı olduğu akılda tutulduğunda Tam Gün Yasa Tasarısı’nın özünde özelleştirilen hastanelerin nitelikli hekim gereksinimini ucuz biçimde karşılamaya odaklı bir düzenleme olduğu anlaşılacaktır. Kamucu bir sağlık sisteminde tam sürenin amacı hekim emeğinin daha iyi değerlendirilmesi ve sağlık hizmetinin daha etkin olması iken kar amaçlı bir sağlık sisteminde tam gün hekim emeğinin ucuzlatılması anlamına gelmektedir...”

öncelikli olarak hedeflenen özel sağlık kuruluşlarını desteklemek, kamuda oluşan boşluğu ise siyasal kadrolaşmada kullanmak ...

Tam günün ayrıntıları...

Tam süre çalışma özünde kamu sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından istenen bir çalışma biçimidir. Bu kavram üretildiği tarihten bu yana hep bu içerikle tartışılmıştır. Unutulmamalıdır ki tam süre çalışma sağlık sisteminden bağımsız ele alınamaz. Bu kavramın içeriği uygulana sağlık politikasına göre değişecektir. Bu gerçeklik tam gün ifadesinin arkasına sığınarak yaşama geçirilmeye çalışılan politikalara karşı uyanık olmak gerektiğini bize hatırlatmalıdır.

Tam gün değil hekim işgücü piyasası düzenleme yasası

Tasarıyı “Tam Gün” olarak adlandırmak yanlıştır. Çünkü bu tasarı, hekimlerin tam süre çalışma felsefesiyle ilgili temel bir yaklaşıma sahip değildir. Tasarı “finansmanı sigorta sistemiyle sağlanan bir sağlık sisteminin hekim işgücü piyasasını sermaye sahipleri yararına düzenlemeye dönük hazırlanmış bir yasal düzenleme” özelliği taşımaktadır. Bu güne dek yapılan açıklama ve tartışılmaya sunulan taslaklarla 5 yıldır yaşama geçirilen politikalara bakıldığında hükümetin tam gün yasa tasarısı taslağının “tam gün” olarak değerlendirilemeyeceği, taslağın daha çok “hekim işgücü piyasası düzenleme yasası” olarak adlandırılması gerektiği söylenmelidir. Yasa, Sağlıkta Dönüşüm’ün kamu hastanelerinin özelleştirilmesi yaklaşımıyla birlikte ele alındığında, çıkarılmak istenen Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı’nın hastaneleri özelleştirmenin bir adımı olduğu akılda tutulduğunda Tam Gün Yasa Tasarısı’nın özünde özelleştirilen hastanelerin nitelikli hekim gereksinimini ucuz biçimde karşılamaya odaklı bir düzenleme olduğu anlaşılacaktır. Kamucu bir sağlık sisteminde tam sürenin amacı hekim emeğinin daha iyi değerlendirilmesi ve sağlık hizmetinin daha etkin olması iken kar amaçlı bir sağlık sisteminde tam gün hekim emeğinin ucuzlatılması anlamına gelmektedir (4). Öncelikle tam süre çalışmanın öncelikle hedefi hizmet sunumunda eşitliğin sağlanması, sağlık hizmetlerinin kaynağının kamu kaynakları olması ve özlük haklarının uygun biçimde düzenlenmesi ve sağlanmasıdır. Hizmet alanlarla ilgili bir özel yada genel ayrımı yapmanın olanaksız olduğu vurgulanmalı-

dır (5) TTB’nin 1978 deki yaklaşımına göre finansmanın tamamen ve sadece genel bütçeden finanse edilmesi, ekonomik koşullarının yeterli olması, günün koşullarına kolaylıkla uyabilecek bir hareketli ölçüye bağlanması, yatan hastayla ilgili bir genel/özel ayrımı yapmasına olanak vermemesi, bütün kamu kuruluşlarında aynı biçimde uygulanması, sistemin sürekliliğini güvenceye kavuşturulması ve kamu kuruluşlarında kesinlikle uygulanması olmazsa olmaz ilkeler olarak vurgulanmıştır (5).

Tam gün yasa tasarısı aslında devleti, sağlık hizmetlerinde el çektirilmesinin de özgün bir uygulamasıdır. Dünya Bankası Haziran 2002 raporunda buna vurgu yapmış, devletin sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunumu işiyle doğrudan ilgili olmaması gerektiğini belirtmiştir. Bu bilgi tamgün yasasının bu haliyle kamuyu güçlendirmek amacıyla çıkarıldığı iddiasının doğruyu yansıtmadığının bir kanıtıdır (4).

Özlük haklarında kayıp ve aşırı çalışmaya teşvik...

Bu tasarı sözleşmeli çalışanların, devlet memuru olarak istihdam edilenlerle –döner sermaye tazminatları üzerinden- aynı özlük haklarına sahip olmasına ilişkin bir düzenleme yapılmakla birlikte istihdamı sözleşmeli olma yönünde sağlama eğilimindedir. Bu çalışanların sahip oldukları özlük haklarının sözleşmenin tek yanlılığıyla delinmesi olanağını getirmektedir. Oysa taşeron şirketler üzerinden çalıştırılanlar da dahil olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının devlet memuru olarak istihdam edilmelerine, iş güvencelerinin sağlanmalarına yönelik bir düzenleme yaşama geçirilmelidir.

Bu yasa ile birlikte tam çalışmadan öte aşırı çalışma riskinin ortaya çıkacağı görülmektedir. Her ne kadar haftalık çalışma saati 40 saate indirilmiş olsa da hekimin kazancının mesai saatleri dışında üreteceği sağlık hizmetine endekslenmesi, uygulamada 40 saatlik çalışma süresinin aşılması, aşırı çalışmaya bağlı yeni sorunların yaşanması sonucunu doğuracaktır.

Tasarı hekimlerin çalışma yaşamlarına ilişkin önemli kısıtlamalar getirmektedir. Tasarı ile aslında *tam gün* çalışma bir kamusal çalışma biçimi olmaktan çıkarılmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşma yapmış özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler için de tam süre çalışmanın zorunlu tutulması, temel vurgunun sağlık hizmeti sunumu değil, hekim işgücü piyasasının özel sağlık sektörünün ve sermaye sahiplerinin

“...Ayrıca bu tasarının bu biçimiyle yasaya dönüşmesi tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitimi derinden etkileyecektir. Sağlık hizmetinden elde edilme istenen karın en üstü düzeye çıkarılmasına çalışan, tedavi edici hekimliği ve gelir artırma amaçlı tıbbi davranışı ödüllendiren, etik değerleri zedeleyen bir hekimlik anlayışını destekleyen ve mesleki yabancılaşmaya prim veren bir tıp felsefesi gelişmeye başlayacaktır.”

gereksinimlerine göre ve onların yararını gözeterek yeniden düzenlenmesi olduğunu göstermektedir. Bu düzenlemenin özü nitelikli hekim emeğinin ucuz emeğe dönüştürülerek sömürülmesidir.

“Sağlıkta Dönüşüm”ün temel yaklaşımının devletin sağlık hizmeti sunumundan el çektirilmesi olduğu bilindiğine göre; kamucu bir sağlık sistemi istemi olmaksızın hekimleri tam süre çalışmaya zorlamak; sağlık alanındaki patronların kârını arttırmaktan öteye gidemeyecektir.

Tasarıda hekimlerin ücretlerini arttırmaya dönük düzenlemeleri düzenli ve kalıcı bir gelir biçimi olmayan döner sermaye kaynaklı gelirlere bağlamaktadır. Üniversite hastanelerinde de yaşama geçirilmesi planlanan ve performans adı verilen uygulamalar, hekimler arasında rekabet ve çatışmayı getirecek, çalışma barışını bozacaktır. Bu gereksiz sağlık uygulamalarını, tıbbi, laboratuvar ve cerrahi girişimleri artıracak, efektif olmayan aşırı çalışmayı öne çıkaracaktır. Çalışanlar arasında ilişkinin rekabete dayalı hale getirilmesi, dayanışmayı azaltarak ortadan kaldıracak, sağlık sisteminin en önemli gerekliliklerinden biri olan ekip anlayışını bozacaktır. Ayrıca bu tasarının bu biçimiyle yasaya dönüşmesi tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitimi derinden etkileyecektir. Sağlık hizmetinden elde edilme istenen karın en üstü düzeye çıkarılmasına çalışan, tedavi edici hekimliği ve gelir artırma amaçlı tıbbi davranışı ödüllendiren, etik değerleri zedeleyen bir hekimlik anlayışını destekleyen ve mesleki yabancılaşmaya prim

veren bir tıp felsefesi gelişmeye başlayacaktır. Tasarı tedavi edici hizmetleri önceleyen bir yaklaşımla hazırlanmıştır. Hekimlere verilecek döner sermaye tedavi edici sağlık hizmetine odaklanmaktadır. İlaç ve tıbbi malzeme tüketimi -dolayısıyla çokuluslu şirketlere aktarılan para- arttırılmaktadır.

Özetle, hekim özel sektörde sağlık tekellerine, kamuda şirketleşen tıp fakülteleri ve kamu hastanelerine mahkum olacaktır. Sağlık piyasalaşacak, tıp ve uzmanlık eğitiminin niteliği bozulacak, tedavi odaklı sağlık harcamaları artacaktır. Bu yasa ile; Hekim emeğinin değerinin azalacağı, Sağlık Uygulama Tebliği ile de bağımsızlığının zedeleneceği anlaşılmaktadır.

Ucuz emek sömürsünün yeni buluşu: Düşük nitelikli ithal hekim...

Tasarının en önemli maddelerinden biri de “İthal hekim” yeniden gündeme getirilmektedir. Yabancı hekimlerin denklik alma koşuluyla Türkiye’de çalışabileceği belirtilmektedir. 1219 sayılı tababet yasasında da yapılan değişiklikle de diploma denkliğinde Sağlık Bakanlığı kontrolünün kaldırılması ve YÖK kararının yeterli sayılması dikkat çekicidir. Bu düzenlemenin temel amacı ucuz emek sömürsüne yeni bir insan kaynağı yaratmaktır. Mesleki bilgi ve becerisi yeterince gelişmeme, ithal hekimlere sağlık sisteminin yeni sağlık ordusunun öğeleri yapılmak istenmektedir. Ayrıca İthal hekim uygulaması ile ucuz ve niteliksiz hekim istihdamı sağlık hizmetini ekip hizmeti olmaktan çıkarmaya yola açan değişkenlerden biri olacaktır.

Siyasal kadrolaşmanın yeni bir yolu...

Yasayla birlikte kamudan boşalan kadrolara iktidarın ideolojisine yakın hekimler istihdam etme eğilimiyle birlikte siyasal kadrolaşma için vazgeçilmez bir düzenleme olacağı da akla gelmelidir. Özellikle bazı branşlarda oluşacak boşlukların siyasal iktidarın usulsüz şef ve şef yardımcısı atama biçimleri hatırlandığında nasıl doldurulacağı da anlaşılmaktadır.

Tıp/Diş Hekimliği Fakültesi öğretim üyelerine tam gün zorunlu kılınırken Askeri hekimlerin kapsam dışı bırakılması ve onlara Tam gün Tazminatı adı altında ek katkı sağlanmasındaki eşitsizlik dikkat çekicidir. ▶



“...Var olan koşullar çerçevesinde tam süre uygulamasını yaşama geçirmek ve sağlık sorunlarını çözmeye olanak veren bir modele dönüştürmek; genel bütçeden finanse edilen, basamaklandırılmış, birinci basamak sağlık hizmetlerini önceleyen, sevk zincirinin işletildiği, herkes için eşit, ücretsiz, nitelikli, ulaşılabilir bir sağlık sisteminin varlığında insanca yaşanabilecek bir ücret, tam süre tazminatı, eğitim tazminatı, iş güvencesi, özlük hakların geliştirilmesi, kazanımların korunması ve grevli-toplu sözleşmeli sendikal hakkı içeren düzenlemeleri hayata geçirmekle olanaklı olabilir.”

Üniversitelerde durum...

Üniversitelerde kısmi statü kalkması, öğretim üyelerinin özel sektörde çalışmaması, üniversite içinde özel çalışmaya son verilmesi olumlu gelişmeler gibi görülürken, hekimlerin gelirlerinin döner sermaye ve performans olarak adlandırılan ek katkı paylarına bağlanması bu gelişmenin tüm olumlu etkisini yok etmektedir. Ayrıca bu durum öğretim üyelerinin Ar-Ge, seminer, konferans, telif vs. gelir getirici etkinliklere yönelmesini artıracak, üniversite de eğitime, araştırmaya ve klinik uygulamaya katkıda bulunmaları gerekirken ilaç endüstrisinin denetiminde çalışma eğilimini güçlendirecektir. Bir çok çalışma bunun bilimsel üretimin niteliğini endüstri lehine değiştirdiğini göstermiştir (6).

Dikkat çeken önemli bir konu gereksinim halinde üniversitelerde görev yapan sağlık personelinin kısmi zamanlı veya belirli vakalar ve işler için görevlendirilmesine olanak verilmesidir. Bu düzenleme siyasi olarak iktidara yakın hekimler için yasayı **by pass** etme olanağı vermektedir. Tek bir kurumda mesai süresince değil; aynı anda bir çok kurumda esnek çalışma biçiminde bir durum yaratacaktır. Bu aynı zamanda siyasal iktidarlara yakın olan hekimlere eşitlik ilkesine aykırı biçimde ek bir gelir kaynağı yaratmak anlamına gelecektir.

Tam gün yasası psikiyatriyi nasıl etkileyecek?

Yukarıda vurgulanan her madde psikiyatri içinde geçerlidir. Psikiyatrinin sahip olduğu bazı özel koşullardan dolayı genel etkilerinden farklı bazı etkilerinin olacağını da söyleyebiliriz.

Günümüzde kamu dışında çalışma olanakları yetersizdir. Özel hastaneler yönetmeliği çerçevesinde psikiyatrlar özel hastanelerde kolaylıkla çalışma olanağı bulamamakta, konsültan olarak sınırlı hizmet yürütebilmektedirler. Özel hastanelerde psikiyatri servisi açabilmenin güçlüğü, ayrıca psikiyatrinin kar getirmeyen bir branş olması psikiyatrinin özel sağlık sektöründe istihdamını güçleştiren durumlardır. Psikiyatrlar kamu dışında daha çok muayenede çalışmaktadırlar. Bu nedenle psikiyatrlar muayene hane ile kamu hastanesi arasında bir seçim yapma durumunda kalacaklardır. Psikiyatri hizmetlerinin düşük ücretlendirilmesi, geliri döner sermaye ve performans endekslemiş bir sistemde psikiyatrin gelirin düşmesine yol açacak, muayenehanenin SGK ile antlaşma yapamayacağı düşünüldüğünde psikiyatriyi diğer branşlara göre çok daha fazla sıkıntıya sokacaktır.

Yasanın özel dal hastanelerinin açılmasını teşvik etmesi beklense de bu hastanelerin yaşayabilmek ve kar edebilmek için gereksiz tıbbi ve psikiyatrik girişimleri artıracığı, yasal boşlukları kullanacağı, etik ilkeleri ihlal eden uygulamalarda bulunacağı kolaylıkla öngörülebilir. Bunun örnekleri daha bugünden görülmektedir.

Sonuç olarak..

Tam gün çalışma uygulamasında temel amacın kamuyu güçlendirmek olduğunu göstermesinin yolu öncelikle özel hastanelere olan hasta sevklerini kaldırmak, sevk zincirini yeniden kurmak, özel sektöre kamunun kaynaklarını düşük faizli uzun süreli kredi olarak aktarmak yerine, kamu hastanelerini hem alt yapı, hem teknolojik hem de istihdam açısından desteklemek, güçlendirmek, tedavi edici hekimlikte önce koruyucu hekimlik uygulamalarına ağırlık vermek, bunu kamusal bir hizmet olarak planlamaktır.

Bugün uygulanan biçimiyle sağlıkta dönüşüm programına son vermek ve ilişkili yasa tasarılarını gündemden kaldırmak gereklidir. Var olan koşullar çerçevesinde tam süre uygulamasını yaşama geçirmek ve sağlık sorunlarını çözmeye olanak veren bir modele dönüştürmek, genel bütçeden finanse edilen, basamaklandırılmış, birinci basamak sağlık hizmetlerini önceleyen, sevk zincirinin işletildiği, herkes için eşit, ücretsiz, nitelikli, ulaşılabilir bir sağlık sisteminin varlığında insanca yaşanabilecek bir ücret, tam süre tazminatı, eğitim tazminatı, iş güvencesi, özlük hakların geliştirilmesi, kazanımların korunması ve grevli-toplu sözleşmeli sendikal hakkı içeren düzenlemeleri hayata geçirmekle olanaklı olabilir. ■

Kaynaklar

- 2162 sayılı Sağlık Personelinin tam süre çalışma esaslarına dair kanun, 1978.
- Tangör A, Tam süre çalışma yasası ve sonrası. Toplum ve Hekim 1978, s.16-18.
- Kaya B. Tam gün yasa tasarısı nasıl okunmalı? Birgün Gazetesi, 4 Şubat 2008, s. 11.
- Pala K., Tam Süre Çalışma Düzeninin Kamusal Önemi. Toplum ve Hekim 2008, 23(2):117-124.
- Atabek E. Tam süre çalışma. Toplum ve Hekim 1978, s. 15-20.
- H Ulaş, İT Binbay, K Alptekin. Klinik Psikiyatri Araştırmalarında Maddi Çıkar Çatışması: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 2008;19(4):418-426

Türkiye Psikiyatri Derneği Basın Bülteni

Ekonomik Kriz ve Ruh Sağlığı

Uz. Dr. Halis Ulaş

TPD MYK Dış İlişkiler Sekreteri,
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

Ekonomik kriz, nedenleri, boyutları ve etkileri

Eylül 2008’de Amerika Birleşik Devletlerinin önemli yatırım bankalarından Lehman Brothers’ın iflasını açıklaması ile başlayan ekonomik kriz tüm dünyayı etkilemeye başladı. Etkileri ülkemizde de hissedilmeye başlayan ekonomik kriz dünyada egemen ekonomik sistem olan kapitalizmin doğasından kaynaklanmaktadır. Sistemin ilk büyük krizi 1929 yılında ortaya çıkmıştır ve “Büyük Buhran” olarak da adlandırılmaktadır. Özellikle 1980 yılından sonra neo-liberal politikaların dünyaya tek çözümmüş gibi sunulması ve yaygınlaştırılması ile dünyada ekonomik krizlerde ciddi bir artış yaşanmıştır. Avrupa Para Krizi (1992–1993), Latin Amerika Krizi (1994–95), Güney Doğu Asya Krizi (1997–98), Rusya Krizi (1998), Brezilya Krizi (1999), Arjantin Krizi (2002) çok sayıdaki finansal krizlerden sadece bazılarıdır. Ülkemiz de kapitalizmin krizlerinden payına düşeni almıştır. Özellikle 1980, 1994, 2001 ve 2004 ekonomik krizleri ülke ekonomimizi ve özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan insanlarımızı olumsuz etkilemiştir (1-3).

Kapitalist sistemde ortaya çıkan ekonomik krizlerin temelinde kar oranlarındaki düşme eğilimi yatmaktadır (1). Ekonomik kriz; herhangi bir mal, hizmet, üretim faktörü veya döviz piyasasındaki fiyat ve/veya miktarlarda kabul edilebilir bir değişme sınırının ötesinde gerçekleşen dalgalanmalar olarak tanımlanabilir (3).

Ekonomide yaşanan krizlerin toplum üzerindeki temel etkisi işsizlik, gelirin azalması ve bunların sonucu yaşam standartlarının değişmesi, sosyoekonomik düzeyin düşmesi, sosyal sınıflar arasındaki gelir eşitsizliğinin ve yoksulluğun artışıdır (1). Örneğin Güney Doğu Asya Krizi sonrasında yapılan çalışmalarda Kore, Tayvan ve Endonezya’da işsizlik ve yoksulluk oranlarında artış saptanmıştır (4-6). Benzer şekilde ülkemizde 2001 yılında yaşanan ekonomik kriz sonrası da işsizlik



ve yoksulluk oranlarında artış saptanmıştır. Ülkemizde 2000 yılının 3. çeyreğinde işsizlik oranı %5.63 iken; 2002’nin 1. çeyreğinde bu oran %11.76’ye yükselmiştir (7). İşsizliğin artışına paralel olarak 2001 krizi sonrasında kişi başına düşen gelirde de önemli ölçüde azalma yaşanmıştır. 2000 yılında kişi başına düşen Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) 3095 ABD doları iken, 2001 yılında 2261 ABD dolarına gerilemiştir (1).

Ekonomik krizin toplum sağlığı üzerine etkileri

Buradan hareketle, kapitalist sistemin yapısal özelliği olan krizlerin toplum sağlığı üzerine etkilerini iki ana mekanizma üzerinden tanımlamak olanaklıdır; bunlardan biri, kriz döneminde toplumun büyük kesiminin yoksullaşması ve işsizleşmesi sonucunda yaşanan sağlık düzeyinin olumsuz etkilenmesidir, diğeri ise kriz dönemlerinde şekillenen sağlık sisteminin toplum sağlığına olan olumsuz etkileridir (1).

Ekonomik krizlerin temel etkileri olan işsizlik ve yoksulluk toplum sağlığını ile birlikte ruh sağlığı üzerine de olumsuz etkiler ortaya çıkarmaktadır. Bu raporda özellikle ekonomik ▶

“...Ülkemizde kayıt dışı ekonominin önemli bir sorun olduğu düşünülürse; kayıt dışı çalışan işçilerin ruh sağlığının nasıl olduğu sorusu da oldukça önemlidir. Kayıt dışı çalışmanın ruh sağlığı üzerine etkisini inceleyen bir araştırmada; güvenceli çalışanlar, kayıt dışı çalışanlar ve işsizler sık ruhsal bozukluklar açısından değerlendirilmişler. Hem kayıt dışı çalışan işçilerde hem de işsizlerde sık ruhsal bozukluk oranı güvenceli çalışan işçilere göre 2 kat daha fazla saptanmıştır (14). Yani ruh sağlığı sorunlarına sadece işsizlik değil güvencesiz çalışma da neden olabilmektedir...”

krizler sonrası ortaya çıkan işsizlik ve yoksulluğun ruh sağlığı üzerine etkileri değerlendirilmeye çalışılacaktır.

İşsizlik ve ruh sağlığı

İş, özellikle erişkin yaşam döneminde öz-yeterlilik ve öz-saygı gibi benliği düzenleyen işlevler ile kendini gerçekleştirme için olanaklara sahip olunabilecek toplumsal yapı arasında önemli bir köprü oluşturması nedeniyle oldukça önemlidir. İş ve işsizlik ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi sorgulayan araştırmalar özellikle erişkin dönemdeki sağlığın toplumsal belirleyicilerinin anlaşılmasında önemli bir yer tutmaktadır (8).

İşsizlik en yalın tanımı ile çalışmak istediği halde iş bulamama durumu olarak tanımlanmaktadır. Ekonomik krizler işsizliğin ruh sağlığı üzerine etkisini araştıran çalışmalarda önemli bir artışa neden olmuştur (9). Bilimsel literatürde işsizliğin ruh sağlığına etkisi araştıran çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bugüne dek gerçekleştirilen bazı araştırmalar işsizlik ve yoksulluğun fiziksel hastalıklar, bedensel yakınmalar, stres bozuklukları, depresyon, umutsuzluk, içe kapanma, öz saygı yitimi, bunaltı bozuklukları ve davranış bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunlarına yol açtığını vurgulamıştır (10).

Örneğin Murphy ve Athanasou’u (11), 1987-1996 yılları arasında işsizlik ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaları gözden geçirmişlerdir. Belirtilen yıllar arasında yayınlanmış 16 çalışmanın 14’ünde işsizliğin psikolojik iyilik halini olumsuz etkilediğini saptamışlardır. Çalışan bir bireyin işini kaybetmesi, bu kişilerde hem depresyonun başlamasından hem de depresyonun sürmesinden sorumludur. İşini kaybedenlerde, çalışan bireylere göre 2 kat daha fazla depresyon gözlenmektedir (12, 13).

Bilimsel literatürde işsizliğin ruh sağlığı üzerine etkisini araştıran çok sayıda çalışma bulunurken; işsizlik kadar önemli diğer bir sorunun, kayıt dışı çalışmanın (informal employment) ruh sağlığı üzerine etkisi ile ilişkili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Oysa işsizlik artışı kayıtdışı çalışma oranlarını artırmaktadır. Ülkemizde kayıt dışı ekonominin önemli bir sorun olduğu düşünülürse; kayıt dışı çalışan işçilerin ruh sağlığının nasıl olduğu sorusu da oldukça önemlidir. Kayıt dışı çalışmanın ruh sağlığı üzerine etkisini inceleyen bir araştırmada; güvenceli çalışanlar, kayıt dışı çalışanlar ve işsizler sık ruhsal bozukluklar açısından değerlendirilmişler. Hem kayıt dışı çalışan iş-

çilerde hem de işsizlerde sık ruhsal bozukluk oranı güvenceli çalışan işçilere göre 2 kat daha fazla saptanmıştır (14). Yani ruh sağlığı sorunlarına sadece işsizlik değil güvencesiz çalışma da neden olabilmektedir.

İşsizlik ve intihar

İntihar, ölmek amacıyla planlı ve kasıtlı bir girişimde bulunmak olarak tanımlanmaktadır. İntihar biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulması gereken karmaşık bir durumdur (15). İntiharla ilişkili sosyal faktörler arasında işsizlik ve sosyoekonomik düzey önemli bir yer tutmaktadır.

İşsizliğin intiharla ilişkisi 100 yılı aşkın bir süredir bilinmektedir. İşsizlik ve intihar ilişkisi ilk olarak Emil Durkheim tarafından tanımlanmıştır. Durkheim işsizliğin sosyal izolasyonu arttırdığını, sosyal izolasyonun da intihar riskinde artışa neden olduğunu belirtmiştir. İşsizlik ve intihar arasındaki nedensel ilişkiyi araştıran bir çalışmada, işsiz olan bireylerin çalışanlara göre intihara bağlı ölümlerinin 2-3 kat arttığı tespit edilmiştir (16).

İşsizlik oranlarında belirgin artış olması nedeniyle; intiharin ekonomik krizle ilişkisinin araştıran çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin 1997 Güney Doğu Asya krizi sonrasında Kore’de intihar oranları %63 oranında artmıştır. Bu artış ekonomik büyüme oranı ile negatif, işsizlik oranı ile pozitif ilişkilidir. Aynı çalışmada intihar oranlarının sosyoekonomik düzeyi düşük insanlarda daha fazla görüldüğü de belirtilmektedir



Ramize Erer, Radikal Gazetesi

“...Ancak ekonomik krizler sonucu ortaya çıkan işsizlik ve yoksullukla ruh sağlığı ilişkisini araştıran yerli çalışmaların ve dünyada ekonomik kriz, yoksulluk ve işsizliğin ruh sağlığına etkileri inceleyen çalışmaların verileri göz önüne alındığında ekonomik krizlerin insanların ruh sağlığını olumsuz etkilediği görülmektedir. Ayrıca ekonomik krizler sonrası yoksulluğun artışına bağlı olarak toplam sağlık harcamalarındaki azalma da ruhsal sorunları olan bireylerin uygun tedavi olanaklarından yararlanabilmesini olumsuz etkilemektedir.”

(4). Benzer şekilde kriz sonrası Tayvan’da da intihar oranları artmıştır. İntihar oranları 1999 yılında Tayvan tarihindeki en yüksek orana ulaşmıştır. Bu artışın da ekonomik büyümedeki ani düşüş ve işsizlik oranındaki artış ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (5).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada diğer ülkelerdeki araştırma sonuçlarına uygunluk gösteren, düşük sosyoekonomik düzeyli kesimlerde intiharların daha sık görüldüğünü destekleyen bulgular elde edilmiştir (17) Farklı bir çalışmada ise hastaların sağlık güvencelerinin olmaması ile intihar arasında bir ilişki saptanmıştır. Sağlık güvencesi yokluğunun sosyoekonomik yetersizliğin dolaylı bir göstergesi olabilmesi nedeniyle intihara etki eden bir faktör olabileceği düşünülebilir (18).

Yoksulluk ve ruh sağlığı

Yoksulluk genel olarak bir halkın ya da onun belirli bir kesiminin asgari yaşam düzeyini sürdürebilmek için gıda, giyim ve barınak gibi sadece en basit ihtiyaç maddelerini karşılayamaz olması durumudur.. Dünya Bankası yoksulluğu daha çok parasal gelir açısından tanımlamaktadır. Oysa UNDP (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı) yoksulluğu, insani gelişme için zorunlu olan fırsatlardan (hayat boyu sağlık, yaratıcı bir hayat, ortalama bir hayat standardı, özgürlük, kendine güven, saygınlık) mahrum olma şeklinde tanımlayarak, kavramın sadece parasal bir içeriğe hapsedilmesini engellemiştir. Şüphesiz ki yoksulluğun bu boyutuyla incelenebilmesi için çok geniş ve özellikle sosyal nitelikli istatistiklere ihtiyaç bulunmaktadır (19).

Her ne kadar yoksulluk tanımı literatürde farklılık gösterse de psikiyatri araştırmalarında uzun yıllardır yoksulluğun ruh sağlığını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Psikiyatri araştırmalarında yoksulluğun göstergesi olarak sosyoekonomik düzey, sosyal sınıf ve düşük yaşam standardı parametreleri kullanılmaktadır. Yoksulluk ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ilişkili değildir. Örneğin Etiyopya, Finlandiya, Almanya, Hollanda, Amerika Birleşik Devletleri ve Zimbabwe’de gelir düzeyi düşük olan bireylerde yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre 1.5-2 kat daha fazla depresyon gözlenmektedir (20).

Brezilya’da okur-yazarlık, eğitim, meslek, gelir durumu, yaşanan evin koşulları gibi yaşam standartlarını belirleyen

parametrelerle sık ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki araştırıldığında; hem eğitim düzeyinin düşüklüğü hem de gelir düzeyinin düşüklüğü 2.5’er kat ruhsal bozukluk sıklığını artırdığı saptanmıştır (21). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, ruhsal sıkıntının sosyal sınıf, eğitim, gelir ve yaşanan bölgenin gelişmişlik düzeyi ile ters ilişkili olduğu saptanmıştır (22).

Yoksulluk ve şizofreni arasındaki ilişki de uzun yıllardır bilinmektedir. Yoksulluğun dolaylı göstergeleri olarak kabul edilebilecek; ailenin sınıfsal konumunun düşük olması, annenin vitamin depolarının yetersizliği, gebelik sırasında geçirilen viral enfeksiyonlar, hipoksiye neden olan doğum travması ve göç etmiş bir ailenin çocuğu olarak dünyaya gelmek gibi değişkenler araştırmalarda sık olarak sorgulanmıştır ve şizofreni oluşumu ile ilişkisi gösterilmiştir. Ancak bu ilişkinin nedeni yoksa sonuç mu olduğu yönünde farklı görüşler bulunmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalar yoksullukla ilişkili bu değişkenlerin şizofreniye neden olduğu yönünde kanıtlar sunmaktadır (23).

Ruh sağlığının işsizlik ve yoksulluğa etkisi

Yoksulluk ve işsizliğin ruhsal sorunlara neden olduğu konusunda çok fazla veri bulunmaktadır. Bunun yanı sıra ruhsal soruna ya da sorunlara sahip olmanın da işsizlik ve yoksullukla ilişkisi bulunmaktadır. Örneğin ABD’de 16-54 yaş arasındaki 6 milyon işçi ruh sağlığı sorunlarına bağlı olarak ya işini kaybediyor, ya iş arayamıyor ya da istihdam bulamıyor. Hem fiziksel hem de ruh sağlığı sorunu olan bireyler yalnızca fiziksel sağlık sorunu yaşayanlara göre daha düşük istihdam oranına sahiptirler (24).

Özellikle daha fazla yeti yitimine neden olan psikiyatrik hastaların iş bulma şansları daha düşüktür. Örneğin İngiltere’de son 20 yıl içinde şizofreni hastalarında istihdam oranları %10-20 arasında değişmektedir. Aynı dönemde İngiltere’deki genel istihdam oranının %85 olduğu düşünüldüğünde; şizofreni hastalarının iş bulabilme şansının ne kadar düşük olduğu daha iyi anlaşılmaktadır (25).

İşsizlik ve yoksulluk birbirinin nedeni ve aynı zamanda sonucu olabilmektedir. Ruh sağlığı sorunu olan hastaların işsizlik oranlarının yüksekliğinin yanı sıra işsizlik ve yoksulluk nedeniyle var olan ruhsal sorunlarına yönelik uygun tedavi girişimlerinden de daha az yararlanabiliyorlar. Bu nedenle de hastalarının ▶

gidiş ve sonlanımı olumsuz etkilenmektedir. Örneğin yoksul olan şizofreni hastalarında iyileşme daha kötüdür, hastane yatış oranları ve yatış süreleri daha uzundur ve daha fazla sosyal yalıtılmışlık ve damgalama yaşamaktadırlar (26).

Sonuç

Ülkemizde, yaşanan ekonomik krizlerin ruh sağlığı üzerine doğrudan etkilerini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak ekonomik krizler sonucu ortaya çıkan işsizlik ve yoksullukla ruh sağlığı ilişkisini araştıran yerli çalışmaların ve dünyada ekonomik kriz, yoksulluk ve işsizliğin ruh sağlığına etkileri inceleyen çalışmaların verileri göz önüne alındığında ekonomik krizlerin insanların ruh sağlığını olumsuz etkilediği görülmektedir. Ayrıca ekonomik krizler sonrası yoksulluğun artışına bağlı olarak toplam sağlık harcamalarındaki azalma da ruhsal sorunları olan bireylerin uygun tedavi olanaklarından yararlanabilmesini olumsuz etkilemektedir. ■

Öneriler

- Hükümet işsizlik ve yoksullukla mücadele edici ciddi politikalar geliştirmelidir.
- İşsizlik ücretinin kapsamı, süresi ve tutarı artırılmalıdır.
- İşsiz kesimin sağlık hizmetlerine yararlanması sağlanmalı, ulaşımı kolaylaştırılmalı, muayene ve tedavi hizmetleri tamamen ücretsiz olmalıdır.
- İşsiz bırakılan kesimlere kamu alanında ruhsal destek üniteleri kurulmalıdır.
- Özellikle işsiz kesimdeki ailelerin çocukları beslenme, vitamin, viral ve enfeksiyöz hastalıklar açısından düzenli aralıklarla ve tamamen ücretsiz olarak izlenmeli ve gerekli tedavi ve beslenmeleri sağlanmalıdır.
- Çalışan kesimlerden sağlık hizmetlerinde alınan katkı payları ve ilaç yüzdeleri kaldırılmalıdır.
- Her düzeyde eğitim kurumlarında/ okullarda ruhsal ve bedensel rahatsızlıklara karşı eğitim programları hazırlanmalıdır. ■

Kaynaklar

1. Türk Tabipleri Birliği. "Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu Raporu: 2001 Şubat Krizi ve Sağlığa Etkileri" Mart 2003 Ankara.
2. Işık S, Duman K, Korkmaz A () Türkiye ekonomisinde finansal krizler: Bir faktör analizi uygulaması. DEÜ İİBF Dergisi 2004; 1:45-69.
3. Kibritçioglu A. Türkiye'de Ekonomik Krizler ve Hükümetler, 1969–2001. Yeni Türkiye Dergisi (Ekonomik Kriz Özel Sayısı) 2001, 41:174-182.
4. Kim MD, Hong SC, Lee SY, Kwak YS, Lee CI, Hwang SW, Shin TK, Lee SM, Shin JN Suicide Risk in Relation to Social Class: A National Register-Based Study of Adult Suicides in Korea, 1999–2001. International Journal of Social Psychiatry 2006; 52; 138-151.

5. Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998–2003. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2006, 60:90–95.
6. Koyuncu M ve Şenses F. Kısa Dönem Krizlerin Sosyoekonomik Etkileri: Türkiye, Endonezya ve Arjantin Deneyimleri. Ekonomik Araştırmalar Merkezi Araştırma Raporları 2004: 04/14.
7. Document of World Bank. Turkey Poverty and Coping After Crises. Rerport no. 24185-TR. 2003.
8. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi 2007; 10(Ek 6):11-20.
9. Dooley D. Unemployment, Underemployment, and Mental Health: Conceptualizing Employment Status as a Continuum. American Journal of Community Psychology 2003, 32:9-20.
10. Kaya B, Binbay İT. Akıl Sağlığı Penceresinden İşsizlik. Toplum ve Hekim 2006, 21:122-128.
11. Murphy G, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. Journal of Occupational and Organizational Psychology 1999; 72:83-99.
12. Dooley D, Catalano R, Wilson G. Depression and unemployment: Panel findings from the epidemiologic catchment area study. American Journal of Community Psychology 1994, 22: 745–765.
13. Weich S ve Lewis G. Poverty, unemployment and common mental disorders: population based cohort study. BMJ 1998; 317:115-119.
14. Ludermer AB ve Lewis G. Informal work and common mental disorders Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2003; 38 : 485–489.
15. Atay İM, Gündoğar D. İntihar Davranışında Risk Faktörleri. Kriz Dergisi 2004; 12:39-52.
16. Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. Unemployment and Suicide: Evidence for causal association; Journal of Epidemiology and Community Health 2003; 57:594-600.
17. Babaoğlu G . Psikiyatride intihar, psikiyatrik hastalarda intihar davranışı, kronik intihar davranışının değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 4. Psikiyatri Birimi, 1990, İstanbul.
18. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar riskini artıran psikososyal etmenler (Sosyal güvence yokluğu, göç ve diğer stresörler). Anadolu Psikiyatri Dergisi; 2:204-212
19. Uzun AM (2003) Yoksulluk ve Dünya Bankası. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2001; 4:155-173.
20. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. 2001, Geneva, Switzerland.
21. Ludermer AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorder in Northern Brasil. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2001; 36:101-107.
22. Belek İ. Social class, income, education, area of residence and psychological distress: does social class have an independent effect on psychological distress in Antalya, Turkey? . Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2000; 35: 94-101.
23. Binbay İT, Ulaş H, Alptekin K. Şizofrenide Psikososyal Etkenlerin Yeniden Önem Kazanması Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar (RCHP), 2007; 1(3):39-48.
24. World Health Organization.. Investing in mental health. 2003, Geneva, Switzerland.
25. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2004; 39:337–349.
26. Saraceno B ve Barbui B. Poverty and Mental Illness. Canadian Journal of Psychiatry 1997; 42: 285-289.

Psikiyatri ve Sinema: İssız Adam'ı Seyretmek

Dr. Selçuk Candansayar

TPD Nöropsikiyatri BÇB Koordinatörü

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Hiçbir kurgu hayat kadar abartamaz, şaşırtamaz. Sadece hakikate dair bir soyutlama ve onu anlama çabasıdır kurgu. Bütün kurgular –gibi yaparak hayata hakikate öykünürler. İssız Adam kentlileşemeyen kentlerin kentli olamayan taşralılarının, yani Türkiye'nin yeni küçük burjuvalarının aşk hikayesi olarak ortaya çıkmıştır. Çağan Irmak'ın İssız Adam'ı giderek bir film olmaktan çıkıp, sevmeye ağlamaya, kızmaya beğenmemeye, nerelerden 'çalıntı' olduğunu bulmaya, kırık aşk hikayelerini yeniden yaşantılama ayinlerine aracılık eden bir kolaylaştırıcıya dönüşmeye başladı. Film araçsallaşarak giden gitmeyen herkesin içini dökmesini, düşlere dalmasını, filmin bir kahramanına dönüşerek iyileşmeye çabalamasını sağlar oldu.

Filmi eleştirenler en çok, başka filmlerden alınan sekans ya da repliklerin olduğunu öne sürüyorlar. Bu alıntı meselesi filmin iç yapısı ve kahramanların özellikleri için çok önemli bir ayrıntı ve ayrıca üzerinde durulmalı, ancak başka filmlerden alıntı yapma Quentin Tarantino'nun filmlerinin en önemli özelliği ve Irmak'ı eleştirenlerin, örneğin Kill Bill'in Gelin'inin üzerinde Bruce Lee'nin siyah çizgili sarı eşofmanıyla 'aynı' bahçede dövüşmesini, dahası nerdeyse Kung Fu filmlerinin tüm şablonlarını yinelemesini, dert edip etmedikleri önemli bir soru.

Seyredenlerin 'sanki daha önce görmüşler' hissine (deja vu) kapılmaları bile Irmak'ın bilerek ya da bilmeyerek filmin gücünü bu yolla artırdığını göstermektedir. İssız Adam'ın sinema sanatı bağlamında olmasa bile bir kültürel dönem kültü (Casablanca gibi) olacağını kanıtıdır. Zamanımızın aşk hikayesidir ıssız adam.

Yönetmen de filmin bu etkiyi yaratacağını öngörmüş gibi "izleyicisine" adanmış eserini. Aslında sinema filmi izlenmez, seyredilir. İzlemek fiili rehberin gösterdiği yerlere bakmak gibidir; seyretmekse birlikte çıkılan bir yolculukta seyircilerin kendi istedikleri yerleri görmeleri demektir. İzlemek tüketici, seyretmek katılımcıdır. Seyretmek yolculuk yapmaktır.

Seyircisine adandığına göre seyredenin filmin çıkardığı yolcu-

lukta nerelere, nasıl bakacağına karar verirken kendini özgür hissetmesi ve yönetmenin *gösterdiğini izlemek* yerine kendi *seyrettiklerini çözümleme* hakkı olmalıdır.

Her sanatsal ürün, yaratıldığı andan sonra artık seyircisinin/tüketicisinin istediğini anlayacağı şekilde yaratıcısından kopar çünkü. Bu bağlamda film sinema tekniği boyutuyla olmasa da seyircinin görme biçimi ve onda yarattığı etki yönünden incelenebilir.

Film seyircisini iki farklı yolculuğa çıkarmak istiyor gibidir. İlk yolculuk psikanalitik kuram aracılığıyla yapılabilir. İkincisi ise toplumsal yapıdaki dönüşümün, kısaca kentlileşmenin insanları, kadın ve erkek olma halini, cinselliği, aşkı, çocuk, aile, bağ, köken gibi kavramları, kişiler arası ilişkileri nasıl belirlediğini, seyrettiren bir yolculuk olarak görülebilir.

Bu iki katman bir anlamda birbirinin izdüşümüdür de. Bu nedenle her iki okuma biçiminde verilen örnekler diğerinin diliyle de anlaşılabilir.

Neden annesinden kaçır ki bir oğul?

İssız Adam, Alper ve Ada'nın hikayesinden çok anne Müzeyyen ve oğul Alper'in hikayesi olarak da seyredilebilir. Tek eşli, erkek bir dünyanın aslı trajedisi anne oğul ilişkisidir; baba kız ilişkisi ona ikincil gelişir. Anne ile oğul, imkansız olan için kıyasa mücadele edip, sonunda mağlup olarak babanın düzene girerler, biteviye. Erkek olmak ilk büyük kavgada mağlup olmayı kabul etmektir biraz da. Kabullenemeyen, 'bastalamı'.

Hikaye Alper'in chatten bulduğu evli çiftte *üçüncü* olma fantezisi ile başlar. Alper, cinselliği ancak büyük bir suç oyunu haline getirerek doyum sağlayabilmektedir. Kendi evinde seviştiğinde kadınlar gider gitmez çarşafı değiştirilmekte böylelikle "yasak sevişmenin pisliklerini" yok etmektedir. Evli çiftte dahil olurken adamın kasket ve gözlükle yüzünü kapaması aslında işine gelir; böylelikle o da karısını gözü önünde becerdiği adamın yüzünü görmekten kurtulur ve onun kendi istediği kişi olmasını sağlamış olur. Sert seksle kadınlara acı çektirerek,

zorla sahip oluyormuş (tecavüz) oyunu oynayabilmektedir. İki kadınla sevişirken ikinci kadını yatağa bağlayıp gözlerini kapattırmakta ve yine yüzü olmayan bir kadına istediği yüzü hayalinde yerleştirerek tecavüz fantezisi yaşamaktadır. Peki kim? Ada dahil -o kabul etmez- yattığı tüm kadınlarla “*sert ve kadının yüzünü görmediği pozisyonlarda*” sevişmeyi tercih etmektedir. Alper bu şekilde yüzlerini görmeden seviştiği kadın (lar) ı düşleminde aslında sevişmek istediği kadın(lar)a mı dönüştürmektedir? Ada ile ilk seviştikleri gece onun “*içine girmeden boşalır*”, yapamaz, tamamlayamaz.

Alper kendi çıplaklığından da ‘boşlanan’ bir erkektir. Tek başınayken, yıkanırken, süslenirken ‘*homoerotik*’ bir haz almaktadır. Kendi bedenini -erkek bedenini- bir haz nesnesine dönüştürmekten zevk almaktadır. Filmde Alper’in eşcinsel bir eğilimi olduğu anlaşılır, sanki kendisi de bunun farkında değilmiş gibidir. Cinsellikle ilgili sadece “*sapken*” değil gizil eğilimleri olduğu da anlaşılır. Bu gizil eşcinsellik yakınlık kurabildiği tek erkekle (Şenol) kurduğu ilişkide çok bellidir. Şenol ile çok yakındır ama Şenol’u kendisine çok yaklaştırmaz. Şenol’un oğlunun karnını doyururken onun annesi gibidir. Şenol, oğlu ve kendisi birlikte sinemaya giderlerken Şenol’un karnı yanlarında değildir; onlar çocuklarını sinemaya götürürken üç kişilik bir aile gibidirler.

Ada, ona gözünün içine bakarak ve “*kimin yerine koymak isterse o olmaya hazır olarak*” sevişebilme imkanını sunar. Artık yüzlerini görmeden, zorla gibi ve kocalarının, başka tanıkların yanında ya da parasıyla yatabildiği kadınlara ihtiyacı kalmaz. Filmin bu sahnesi hikaye için çok önemlidir ama Ada’nın didaktik, edebi ve şiirsel monologuyla çok kötü olmuştur. Yönetmen belki de bu duyguları ve düşlemi Ada’ya kitap gibi söyletmek zorunda kalmış olabilir. Ya da Ada sonradan anlaşılacağı gibi zaten kendi dili olmayan alıntılarla, topladıklarıyla, yuttuklarıyla yaşayabilen bir kadındır. Alper’in Ada uyurken yanından kalkıp bir suçlu gibi sevişmeye gittiği ama kapıdan döndüğü kadın da, ona göre oldukça yaşlıdır! Alper sadece Ada’nın evinde kalmasına izin verir (alıntı hafiyeleri Varolmanın Dayanılmaz Hafifliği’ne bakabilirler).

Film boyunca Alper’in babasından bir kez haberdar oluruz; o da sattığı tarlalarla Alper’in İstanbul’da bir iş kurmasını sağladığı bilgisidir. Alper mi gitmek istemiştir, baba bu gidişi desteklemiş midir, bilinmez. Alper Tarsus’a nerdeyse hiç dön(e)memektedir. Kardeşleri, yeğenleri, koca bir aile vardır ve Anne oradadır ama Alper gitmez, gidemez. Ara sıra bolca para göndermekte, telefonla konuşmakta, konuşurken de bir yandan hiç merak etmiyor gibi, sıradan ne var ne yok soruları sormaktadır; ama sesinden, yüz ifadesinden annesinin evine,

oraya dönmeyi çok istiyormuş da gidemiyormuş gibi durmaktadır. Anne de Alper’in evdeki odasını hiç bozmadan sanki hep onun dönmesini bekliyormuş gibi korumaktadır ve evde yalnız yaşamaktadır.

Anneye hem çok bağlıdır ve fakat uzak kalmak için sancılı bir çaba da harcıyormuş gibidir. Nitekim annesi İstanbul’a geldiğinde onunla neredeyse hiç yalnız kal(a)maz. Ada’yı hep yanında tutar. Yalnız kaldıkları tek gece, kanepenin kenarına oturur, anne çok yakındır ve istese oğluna dokunabileceksen mesafesini korur ve Alper, “*çok zor be anne*” der. Anne oğlunun kendisine dokunmadığından, bir kez bile öpmediğinden yakınmaktadır ama o sırada acı çektiğini fark etmesine karşın yine de oğluna dokunma, sarılma girişiminde bulunmaz. Tersine arada biraz mesafe bırakarak yatağına oturur, sonra da gitmesine ses çıkarmaz.

Alper’in Ada’dan ayrılması hem Ada hem de seyircinin beklemediği bir anda olur. Oysa Alper aniden söylemesine karşın kendisine itiraf edemese de ayrılma kararını çoktan vermiştir; daha aşk başlarken.



Ada şaşırır ama ayrılığı başlatan kendisidir. Alper’e düşlemlerde annesi gibi olma ihtimalini sunarken sonra bunu gerçeğe dönüştürerek, gerçekten annesi gibi olmaya başlamış, üstelik bundan mutlu da olmuştur. O da anne gibi Alper’in evini toplamakta, sigarasına sitem ederek sağlığı için kaygılanmakta, tencereden dolma yemekte, Alper’in evine kendi evymiş muamelesi yapmaktadır. Zaten alışveriş merkezinde Ada ve annenin konuşmaları bir çeşit nöbeti devretme, nöbeti alma konuşmalarıdır. Alper’e annelik yapma nöbeti. Anne Ada’dan her ne olursa olsun, Alper her ne der ve ne yaparsa yapsın, onu bırakmamasını, yılmadan onunla kalmasını ister. Bu dünyada sadece anneler –*babalar değil*- evlatlarını hiçbir koşulda bırakmazlar. Anne,

Ada’dan onun da seve seve kabul ettiği görevi ister; Alper’in annesi olmak.

Alper işte aşk sürerse Ada’nın annesi olacağını hissettiği için ayrılır. Çünkü Ada da aslında Alper’in annesi gibi bir kadın olmak istiyordur. Anne olmak istiyordur. Hem kocasının hem de çocuklarının annesi olmak isteyen kadınlardandır.

Ada, karnı bir türlü doymayan bir kadındır. Sürekli açtır. Hep yer ama hiç kilo alamaz. İçindeki kuyuya dökülmektedir. Tıkınarak yer. Adamın onu doyurabileceğini yanılarsa, aşçı olması aşık olmasının asli nedeni olur. Sürekli içine/ruhuna bir şey alarak, tamamlanmak, kendinde eksik olanı tamamlamak ister gibidir. Alper’le birleşerek, Alper’i yutup içine alarak kendisini Alper’le tamamlayacaktır. Bir oğlu olacaktır. Ada’nın iri memeleri, onun aslında doymaya değil doyurmaya yatkın bir

anaç/kadın olduğunu gösterir gibidir. Sürekli çok büyük çantalar taşır. Çantalar kucakta çocuk gibidirler. Kocaman çantaları ve hiç bitmeyen iştahıyla her şeyi yiyip yutan bir doğuştan eksik/açtır Ada. Öyle özgüvensiz, öyle eksiktir ki, Alper’le yaşadığı her şeyi sürekli kız arkadaşına anlatmakta, kendiliğinden ve kendi bildiği gibi davranmaktan ölesiye korkmaktadır. Olasılıkla Alper’in üzerine kahve fırlatmasından da anlaşıldığı gibi daha önce anne olma imkanına kapılıp incindiği deneyimleri olmuştur. Sokağa taşan ayrılık sahnesinde Alper’in ona vuracağını sanması, özgüvensizliğinin ardında derinlerde yatan bir incinme ya da istismar olabileceğini gösterir. Ada, Alper’den daha çok yaralıdır. “Bizimkiler de Bursa’dalar, epeydir görmedim gitmem lazım aslında” kadar uzaktır, ailesine, annesine. Ada olasılıkla ilk yarasını annesinden almıştır. Öyle ki gördüğü ‘iyi, sevecen’ annelere hemen kapılır; içine alır, içine girer onların. Alper’in annesinde de eksikliğini hissettiği anneyi bulmuş gibi olur. Kovboy gıysisini beğenmeyen anneye karşı kız çocuğunu tutar, çocuğa sıcaklık yaklaşırken anneye soğuk, mesafeli hatta ters davranır. Çocuğun annesi de fotoğraf makinesi dijital değil diye eleştirir Ada’yı. Ada annesinden alamadığını kendi çocuğuna verme düşlemleriyle yaşayan, iyi anne olarak annesinden intikam alacağını ve yaralarını saracağını sanan kadınlardandır.

Ada, Alper’in annesi olma ve bu yolla iki kez anne olma ihtimalinin peşinde koşar Alper’e. Alper’in yüzünün çocuklukta kalmış izlerini bulur ve o yüzde hiç büyüyemeden kendisini bekleyen çocuğunu yakalar. Alper de bu çocuklukta gerçekten kalmış gibidir. Sanki büyümekten vazgeçip, çocuk olarak kalmayı ve bu yolla kendisini korumayı seçmiş gibidir. Yalnızca o da kısa süreler için, kendisinin çocuk olduğu yılların aşk şarkılarını dinlerken kendisi gibi olabilmektedir. O şarkılar ve plaklar yoluyla kendisini geçmişte tutmakta ve büyümekten kurtulmaktadır. Büyürse, cinselliği olursa yapabilecekleri/ondan istenecekler onu korkutmaktadır. Ancak bir çocuk gibi olduğunda aşka kapılabilmektedir. Çocuk aşkına düşkündür. O plaklardaki şarkıları dinlerken erişkin ve cinselliği olan bir erkek değil de cinsellsiz bir çocuk olabildiğinde huzurludur.

Zaten Ada da çocukların “*ne olmak istiyorlarsa o olmalarını*” sağlamaktadır. O da bir küçük kahraman yapmak ve onu yetiştirip büyütme istiyordur. Nitekim Tarsus’ta Alper’in yatağında çocuk Alper’in dizlerine yattığını ve ona bir hikaye anlatarak onu büyüttüğünü, annesi olduğunu hayal eder. Alabileceği bir sürü plak varken çocuk plağını alır; Alper’i çocuğu olarak hatırlamayı seçer. Evlenir evlenmez de çocuk yapar. Artık çantası küçülmüş, gıysileri ölümün, yasın yani evliliğin rengi olan siyaha dönüp ‘*hanım hanımlaşmış*’, kredi kartlarıyla dolu düzenli cüzdanıyla, inci küpeleri ve kolyesiyle saçları kesilmiş –*bir türlü saçlarına ne yapacağını bilemeyen kadınlardandır*-, olmak istediği olmuştur. Olmuş mudur?

Alper yağmurdan kaçarken doluya tutulduğunu fark ettiği için ayrılır. Anneye yönelik yasaksevi arzusundan kaçarken ve bu arzuyu yüzünü bilmediği kadınlarla, tecavüz eder gibi, canlarını yakarak –*onları ve kendini cezalandırarak*- düşlemsel olarak

doyururken, yasak arzusunun tehdidiyle –*içindeki mikropla*- ancak bu yolla baş edebilirken, Ada onun yasaksevi korkusunu paniğe çevirir. Ada’dan tıpkı annesinden kaçtığı gibi kaçır. Kime, fahişelerine.

Sonra tokayı bulur. Tokanın kaçıştan sonra gedikli fahişesinin koynunda sabahladığı geceler boyunca orada durup her şeye, yaptıklarına tanık olduğunu fark ettiğinde çok yoğun bir suçlulukla kahrolur. Kaybettiğine değil seyrettirdiğine ağlar.

Yıllar sonraki karşılaşma, filmin en güzel anlarından biridir, birbirlerine sarılıp sonra ayrılırlar. Alper birkaç adım attıktan sonra dönüp bakar ve *Ada’nın ona dönmeye hazır olduğunu görür*. Evli ve çocuklu bir anne olmasına karşın kendisine dönme-ye hazır anne Ada’sını gördüğü anda ağlar, evet içine düşen mikroptan, anneye yönelik yasaksevi arzusundan kurtulma imkanı yoktur, Ada annesidir, gider.

Birey olmak ıssızlıktır hele taşralı şehirlerde

Dünyada ne olup bittiğini filmde anlayamayız. O sırada ülkenin ne durumda olduğunu kesinlikle bilemeyiz. Kahramanlar o kadar kendi öznelliklerinde yaşarlar ki, çevrelerinde akıp giden hayatı gör(e)mezler. Evet şehirde hayat böyledir, herkesi yapayalnızlaştırır. İssız Adam zamanımız şehirlerinde yeni yeni küçük burjuvalaşabilmiş taşralıların ne olduklarını anlatır bize.

Ada ve Alper aşka doğru giderlerken kalabalık bulanıklaşarak silinir ve birbirine tutunmaya çalışan iki yapayalnız şehrin içinden sıyrılıp, netleşip bir hakikilik kazanma umuduna kapılırlar. Aslında tam da böylesi bir aşkın onları silip, sıradanlaştırıp o kalabalığın bir parçası haline getireceğini henüz fark edememektedirler.

Alper, ne doğu ne de batı, ne kırsal ne de kent olan bir yerden, Tarsus’tan göç etmiştir İstanbul’a, taşradan. Alper’in kendi evi ile ana ocağı arasında aşılmaz bir fark, uzlaşmaz bir çelişki vardır. Ana ocağı kırsaldır, taşradır, kendi evi ise kent. İnsanın geçmişi ve memleketi ana ocağıdır. Memleketten kopup büyük şehre göç eden Alper orada kendine yeni, ana ocağından farklı bir ev kurmuştur. Anne, oğlunun İstanbul’daki evini çok sevdiğini söyler, ama naylonluğunu hissetmiş gibi ‘*tıpkı reklamlardaki gibi*’, der; yanında getirdiği terliklerini de giymekten vazgeçmez. Şehir de olsa ben burada da kendi taşramdaki gibi yaşayacağım der. Evi temizleyen kadın da terlik giymektedir. Aslında terliği mesele haline iki taraf da getirir. Ne anne ödün verir, ne de Alper terlik taşra ilişkisinin saçma olduğunu fark edebilir.

Alper, taşradan göç edip geldiği bu şehirde ‘*kentli bir birey*’ olmaya çalışmaktadır, dahası olduğunu sanmaktadır. Sanki hep bir hakikilik peşindeymiş gibidir. Plaklar ve geçmiş onun hakikilik arzusunun nesnelere olmuştur. Ama aslında her eylemi planlıdır, stratejiktir. Hiçbir şeyi doğal, kendiliğinden yaşayamaz, sürekli mış gibi yapar. Restorandaki çalışanları hangi durumda ne yapacağını ezberlemişlerdir artık; ‘*şimdi bir de ellerini çırparsa...*’. Her şeyi mış gibi yapar ama hakikiymiş gibi

görünmesine de özen gösterir. Restorana gelen gurme köşe yazarına sanki çok doğal davranıyorlarmış gibi sahte davranırlar. Devamlı müşteriye kadınların yanında jest yapacakken, –*şehirde gittiği yerde tanınıyor olmanın insanları ne kadar çok etkilediğini bilmektedir*- kurduğu cümleyi bir daha kuramaz, o denli uçucu, plastik, naylon bir zihni vardır.

Bu özelliği en çok şef garson Şenol ile olan ilişkisinde sıtır. Aslında Şenol ve diğer çalışanlara mesafeli, *‘İngiliz gen?’* varmış gibi davranan odur. Çünkü içten içe Şenol ve kendisinin aynı kökten, benzer memleketlerden, ana ocaklarından geldiklerini bilmektedir. Her gece tüm müşteriler gittikten sonra gerçekleştirdiği şarap ritüeli yapmacık ve planlıdır. Öyle ki Şenol’un verdiği haberin keyfini çıkarmak yerine, o sırada içilmesi gereken şarabın daha kaliteli olması gerektiğini söyler. Alper hep kurgulayarak yaşayabilmektedir. Çünkü aslında Alper, *‘kentli birey olmayı öğrenmeye çalışırken, kentli bireymiş gibi davranan bir taşralıdır.’*

Üstüne kahve dökülen gömleğiyle restoranına kadar gitmeyi bile göze alamaz. Ancak *‘retro’* takılan satıcının yetmişler seksenler tişörtlerine de çok bozulur. O geçmişle dalga geçilmesine, tüketim nesnesine çevrilmelerine de dayanamaz, kendisi de tüketmesine karşı.

Geçmişte bir hakikilik olduğunu sanmakta ve özlemektedir ama kendi geçmişini yok saymaya çalışmaktadır. Tarsus’ta ana ocağında onu bekleyen, hem de hiç bozulmadan bekleyen geçmişine, o geçmiş *‘taşralı’* bulduğu için dön(e)memektedir. İlkokul arkadaşının düğününe, annesi nikah şahidi olmak üzere gelmesine karşı katılmak istemez. Kendi geçmişine dayanamamakta, onu yok saymaya çalışmaktadır. Düğün bile gitmemesinden ilkokul arkadaşıyla İstanbul’da hiç görüşmediği anlaşılır. Altını nasıl vereceğini bile bilemez. Düğün sahiplerinden birinin eline tutuşturur.

Bir memleket ve aidiyet özlemiyle yanıp tutuştuğu, içten içe şehirde düştüğü yapayalnızlıktan çok korktuğu, restoranını boş bulduğu gün ortaya çıkar. Kendisine geçmiş olarak plakları seçmiştir, şimdinin aidiyet ihtiyacını ise çalışanlarıyla gidermektedir. Gelecekse yoktur; şehirlinin geleceği olmaz. Şehirde yaşayanların yaşlılık, emeklilik için taşra özlemiyle dolmalarının nedeni de bu değil midir? Şehirde sadece şimdi, bu gün ve burada vardır, yarın yoktur.

Bilgisayarı Mac, telefonu iphone, otomobili PT Crusier’dır. Hepsisi de (o sırada) az sayıda insanda olabilen, sıra dışılık göstergeleridir. Onlarla ben farklıyım demeye çalışır ama aslında farklı olduğunu göstermek isteyen herkesin bu ve benzeri şeyler kullanarak aynılaştığını da görememektedir.

O kentli bir birey –miş gibi yaşamaya çalışmaktadır. Yeğenleriyle kurmadığı ilişkiyi kan bağıının olmadığı Şenol’un oğluyla kurabilir. Şehir, insanın kan bağı yakınlığına mahkum olmadığı yerdir.

Alper sahte olan her şeyden tiksiniyor çünkü onlar ona kendi sahteliğini hissettirir. Tek hakikiliği fahişelere parasını

vererek, rol ve beklentileri önceden çizip anlaşarak yakalayabilmektedir. Fahişelere tıpkı fahişeymişler gibi davranmaktadır. Bir kez kalmasını istediğinde düzenli fahişesi, daha önce hep yakınmasına rağmen –*şu parayı sehpaya bırakma, keibar ol-*, kabul etmez ve yaptıklarının kendi gözünde sadece bir ‘ış’ olduğunu Alper’in suratına çarpar. Ellerini yatağa bağladığı diğer fahişeye de *‘merak etme zararlıdır’* der.

Aslında fahişelerin şehrin en kentleşmiş ve namuslu kişileri olduğu bir kez daha anlaşılır. Çünkü kentin diğer kadınları fahişeler kadar bile *‘ablaklı’* değildir. En azından Alper böyle düşünmektedir. O nedenle hiçbirleriyle kalıcı ilişki kurmaz, hiç birini yatağında uyutmaz. Ta ki Ada’ya kadar. Orosputlarla kurduğu ilişkinin de hakikiliğine tutkun. En azından onlar orospu gibi orospudurlar Alper’e göre.

Alper Ada’da şehirde sığınabileceği bir ada bulunduğunu yanılırsar. Sahafalarda dolaşmakta, kendi işinin sahibi, yalnız yaşayan ve aldığı ikinci el kitaplarda başka hayatların izlerini arayan bir kadın. Hemen öyle olduğuna karar vermez ama. Önce tıpkı diğer avları gibi bir av olduğunu sanırken Ada’nın onu etkilenmesine karşı reddetmesi, hiçbir şehirli kadın onu reddetmemektedir, ondan etkilenmesine neden olur.

Ancak Ada’nın bir av olmaktan çıkıp bir imkana dönüşmesi ilk sevişmeden sonra başlar. Sevişme sabahında Ada’nın onun niyetini anlaması ve buna incinmesi Alper’de bir hakiki umuduna neden olur. Sonra yavaş yavaş aşkın büyümesinde kendisi gibi şehirli olmuş birini bulunduğunu yanılısamaya başlar. Gerçi gittikleri 45’lik barda Ada’nın hemen önlerinde birbirlerine hala aşkla sarılan yaşlı çiftte hayranlıkla bakması dikkatini çeker ama üzerinde durmaz. Kendisini aşkın büyümesine bırakır. Annenin gelişi Alper için birden gerilim demektir. Bir yandan Ada’nın annesini küçümseyebileceği şüphesi diğer yandan annesine artık yalnız olmadığını taşralı olmayan bir kadın bulabildiğini gösterme arzusu iç içe geçmektedir.

Oysa gerçeğin korkularından daha da korkutucu olduğunu fark etmesine neden olur anne ile Ada’nın ilişkisi. Ada ve anne birbirlerini hemen benimserler, hatta Ada, Alper’e karşı anneyi –müstakbel kayınvalideyi- korur bile.

Anne evet taşralıdır. Taşranın o bulunduğu her yerde sanki kendi evindeymiş gibi davranan insanların dandır. Üstelik kentten de korkarak. Alışveriş merkezinde Ada’nın kahveleri getirmesini beklerken çantalarını daha güvenli yere yerleştirir. Alper’in, oğlunun evini beğenir ama oraya hemen kendi eviymiş gibi davranır. Getirdiği yiyecekleri kendisi yerleştirir. Ama diğer yandan da sürekli ‘elmiş’ gibi de yapar, hazırlanan kahvaltıya *‘bir çay yeterdi bana’* diye yapmacık bir mahcubiyet gösterir.

Dünyada her yere kendi eviymiş gibi davranmayı Alper’in restoranında da sürdürür. Çok yüksek sesle konuşur, tabağa konan yemeği bol bulur, tabağı garsonun masaya koymasına izin vermeden elinden alır ve döktüğü meyve suyunu kendisi temizlemeye kalkar.

Bütün bunları oğluna hiç özenmeden, öğrenmeye çalışmadan, evinin içinde nasıl davranıyorsa öyle davranarak yapar.

Alper, Ada'da olmadığını sandığı taşralılığın ne kadar yoğun –kendisindekinden bile çok- olduğunu annesinin gelişiyile anlar. Ada işyerine gitmek yerine anneyi karşılamaya gelir, onunla vakit geçirmeyi seve seve kabullenir –üstelik benim de bir işim var sitemiyle- , birlikte düğüne gider ve ertesi gün ona İstanbul'u gezdirir. Anneye ne kadar iyi bir 'gelin' olacağını gösterir. Anne de bunu anlar zaten ve giderken Alper'e 'sakın bu kızı bırakma' nasihatinde bulunur. Giden otobüse el sallarlarken Ada beğenilme ve onaylanmanın huzuruyla başını Alper'in omzuna yaslayarak anneye güvenle bakar. Oğlu devralmıştır.

Alper daha önceden de küçük küçük izlerini fark ettiği Ada'nın taşralılığına karar verdiği için ayrılır. Ada'nın aşk sürerse annesi gibi biri olacağını hissettiği için ondan ayrılır. Çünkü Ada da aslında işte evet Alper'in annesi gibi bir kadın olmak istiyordur. Anne olmak istiyordur.

Kadınların en büyük özlemi anne olmak ve Alper in katlanamadığı bu aslında. Ada annesi gibi olursa annesi gibi olacaktır; taşralı.

Ada evet taşralıdır, bütün o kentli tarzına rağmen. Restorandaki ilk kahvaltılarında Ada da boş fincanı garsona vermiş, masadan alınmasına fırsat bırakmamıştır. Taşralı gibi idare edicidir. Terliğe kızan Alper'e '*ben de fark ettim ama yazık sus, yapar*', düğüne gitmek istemeyen Alper'in yalanına ortak olarak bu kez anneyi idare eder. Son derece dramatik geçen ilk seviş (eme)me gecesinin sabahında bile Alper'in evini toplamaktan kendisini alamaz, sonra hep toplar zaten.

Ada kendine hiç güvenmemektedir. Sürekli kız arkadaşıyla paylaşır, strateji geliştirir, analiz yapar. Yani içten, doğal ve kendiliğinden gibi görünürken ve kendisi de kendisini öyle tanımlarken aslında hesapçıdır. Kentte yalnız yaşayan tüm kadınlar gibi her şeyi sürekli hesaplamak ve birini haberdar etmek zorundadır, kent korkutucudur çünkü. Zaten daha önce başının belaya girdiği, canının yandığı anlaşılır. O kadar hesapçıdır ki Alper'le ilgili aldığı anı daha sonra hayatına girecek olan(lar)ın merak edip sormayacakları bir çocuk plağı olur.

Ada'nın kendisine ait bir dili yoktur: '*Karda donmak üzere sin uyku tatlı geliyor ama öldüğünün farkında değilsin*', sözleri sanki bir filmde ya da romandan ezberlenmiş de işte şimdi tam yeriymiş gibi ağızdan plastik bir halde dökülür. Başucu kitaplarının bir iç tutarlılığı yoktur. Thomas Hardy, İhsan Oktay Anar evet ama yatağının başucunda yığılı kitaplar arasında "*Omega 3 diyeti*" gibi bir kitap da vardır. yastık kılıfları dantelli, işlemeli gibidir. Aslında anneye tanışmayı da o ister. Ada anneye gittikleri düğün salonunda kendi düğününü yapabilecek bir kadındır. Ada'nın evindeki sabah yatağa kahvaltı getirmesi Alper'in de aslında kendisine ait bir dili olmadığını gösterir.

Alper Ada'yı bir ada olmadığı için bıraktı: Ada tüm çekiciliğini Alper'in annesi onu sevince kaybetti. Çünkü o evet Hakan gibi biriyle evlenip bir çocuk ve mümkünse bir kız çocuğu doğurup hayatın düzenine dahil olmak istiyordur. Alper Ada'yı hakiki değil sahte bulduğu için ondan ayrılır. Ayrılırken Ada'nın '*biriniz de farklı bir şey söyleyin...*' diye başladığı sözlerini '*ben samimiydim*' diye karşılar. Haklı da çıkar. Ada evlenir, giysi seçimi, çantası, saç şekli değişir. Ve evet son anda bile o sinema pasajında Alper ona dönüp baktığında evli olmasına karşın çağırma bir geceliğine bile kendisine gelmeye hazır taşra kökenli, küçük burjuva, mutsuz, aldatmaya hazır, evli kadını görür. Ağlar Alper.

Artık geri dönüş yok, sığınacak bir ada da

İssız Adam, bir türlü kentlileşemeyen taşralılığın trajedisidir. Filmin belki de böyle bir derdi yoktur ama, kapitalizm içi kentlileşmenin kadın ve erkeğin ruhunu nasıl emip boşaltıp onları ıssızlaştırdığını ama artık dönülebilecek ne bir taşra ne de sığınabilecek bir hakikat adası olmadığını küçük burjuva kentlilere göstermektedir. Belki de bu yüzden seyircilerin büyük bölümü "deja vu" hissine kapılmakta, filmi/kendilerini sevmekte ya da nefret etmektedirler.

Şehirlerde aşk yalnızca bir imkan olduğunda coşkulu ve hakikidir, başladığı anda naylonlaşır. ■

14-15 Aralık 2008 tarihlerinde BirGün Gazetesinde yayımlanmıştır.

Türkiye Psikiyatri Derneği Basın Çalışmaları Üzerine Bir Değerlendirme Yüzümüzü Topluma Dönmek...

Dr. Burhanettin Kaya

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu Basın Koordinatörü,
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Türkiye Psikiyatri Derneği kurulduğu günden bu yana öncelikle ve ağırlıklı olarak psikiyatrinin örgütlenme, üyeleriyle yakın ilişki kurma, psikiyatri meslek alanının ana örgütü kimliği kazanma yönünde etkinlik gösterdi. Kurumsallaşma sürecinde çok önemli atılımlar gösteren derneğimiz meslek etiği kurallarını belirlemekten, ilgili mevzuatı geliştirmeye, yeterlik kurulu aracılığıyla psikiyatri eğitimini standartlaştırma ve niteliğini yükseltmekten, bilimsel çalışma birimleriyle alanımızdaki bilimsel bilgi gelişimini ve ortak çalışma bilincini geliştirmeye, ulusal ve uluslararası bilimsel toplantılar gerçekleştirmekten asistan ve uzmanların mezuniyet sonrası eğitimlerinde bir dinamizm olmaya varan bir çok kapsamlı etkinliği yaşama geçirmeye çabaladı. Bunu da büyük ölçüde başardı. TPD artık yavaş yavaş yüzünü kendi üyelerinden topluma, dış dünyaya döndürme arzusundaydı. Bununla ilgili adımlarını atmıştı. Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu aracılığıyla TTB çatısı altındaki diğer uzmanlık dernekleriyle işbirliği içine girmeye başladı. Öncülük ettiği Ruh Sağlığı Platformu ile alandaki diğer disiplinler, meslek örgütleri ve hasta dernekleri ile yakın ilişkiye geçti. Ruh Sağlığı gündeminde söz sahibi olmanın özgün çabalarını sergiledi. 2008 yılı ise Dünyaya ve topluma açılmanın daha güçlü bir ivme kazandığı bir tarihsel sürecin başlangıcı oldu.

2008 yılı Eylül ayı başında başladığımız ve sürdürmekte olduğumuz basına yönelik çalışmalar bunun en önemli göstergelerinden biri. Eylül ayı ile birlikte TPD basını ve kamuoyunu ruh sağlığını doğrudan ya da dolaylı ilgilendiren tüm konularda, ayrıca ruh sağlığı politikaları ve değişen ruh sağlığı gündemi ile ilgili bir çok basın açıklaması yaptı. Basına ve kamuoyuna yönelik kapsamlı çalışmalar gerçekleştirdi. **10 Eylül Dünya İntihar önleme günü** ve ardından **10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı gününde** kapsamlı bir kampanya düzenledi. Bu çalışmalar çerçevesinde başta Anadolu ajansı olmak üzere ülkemizin etkili yazılı basınında ve internette yer alan basın ve yayın organlarında röportajlar yer aldı. **40'a yakın TV kanalında** bir çok meslektaşımız canlı yayınlara katıldı ve kamuoyunu bilgilendirdi. **Sekiz ayrı TV kanalında** üç gün boyunca Dünya Ruh sağlığı günü ile ilgili derneğimizin hazırladığı bir **reklam filmi** yer aldı. **İnternet bannerleri** hazırlandı ve **ga-**

zete ilanları verildi. Hazırladığımız **afişler** ülkenin dört bir yanındaki tüm hastanelere gönderildi ve halkın görebileceği yerlere asılmaları sağlandı. 17 Ekim 2008 tarihinde **44.Ulusal Psikiyatri Kongresinin son gününde sağlık basınına yönelik bir basın toplantısı** yapıldı. Bu basın toplantısında hem ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığı, ruh sağlığı politikaları ve var olan sorunların çözümünde derneğimizin çözüm önerilerini içeren kapsamlı bir basın bildirisi sunuldu, hem de sağlık basını aracılığıyla kamuoyu **Panik Bozukluğu** ve **Obsesif Kompulsif Bozukluk** ile ilgili olarak **"Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi"**nde etkinlik gösteren değerli meslektaşlarımız tarafından ayrıntılı olarak bilgilendirildi. Aynı gün iki meslektaşımız **TRT**'de canlı yayına katıldılar.

Kasım ayı içinde en önemli etkinlik 14 yaşında bir kız çocuğunun cinsel istismarı ile ilgili **Ruh Sağlığı Platformu** ile ilgili birlikte yapılan etkinlikler ve basın açıklaması olmuştur. Bu konuda TTB'nin basında **"Üzmez Raporu"** olarak adlandırılan Adli Tıp Kurumunun raporunu değerlendiren komisyona TPD olarak katılmış ve bir basın toplantısı ile sunulan bu raporun değerlendirildiği rapora katkılarda bulunulmuştur. 25 Kasım **"Dünya Kadına Yönelik Şiddete Karşı Uluslararası Dayanışma günü"**nde de yine kadına yönelik şiddet ile ilgili kapsamlı bir basın açıklaması **ulusal basında yer almıştır**. Hem çocuklara yönelik cinsel istismar, hem de kadına yönelik şiddet ile ilgili olarak çocuk ve erişkin psikiyatri meslektaşlarımız **10'u aşkın canlı TV programına** katılmış, **TV'lerde ve radyolarda** konuyla ilgili açıklamalarda bulunmuş, konunun kamuoyu gündeminde tartışılmasına önemli katkılar sağlamışlardır.

Aralık ayı içinde de **Çocuk Hakları Günü** ve **Dünya Engelliler Günü** çerçevesinde basına ilettiğimiz açıklamalar, ve son olarak **Ekonomik Kriz ve Ruh Sağlığı** ile ilgili **Basın Bülteni** yazılı basın ve medya da büyük bir etki yaratmıştır. Bu etki halen sürmektedir. Halen konu ile ilgili derneğimizden yazılı ve sözlü görüş istenmektedir. Birçok meslektaşımız **TV ve radyoda canlı yayınlara katılmış**, küresel ekonomik krizin yakın ve uzak erimdeki ruhsal sonuçları ile ilgili kamuoyunu bilgilendirmiştir.

“...TPD artık yavaş yavaş yüzünü kendi üyelerinden topluma, dış dünyaya döndürme arzusundaydı. Bununla ilgili adımlarını atmıştı. Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu aracılığıyla TTB çatısı altındaki diğer uzmanlık dernekleriyle işbirliği içine girmeye başladı. Öncülük ettiği Ruh Sağlığı Platformu ile alandaki diğer disiplinler, meslek örgütleri ve hasta dernekleri ile yakın ilişkiye geçti. Ruh Sağlığı gündeminde söz sahibi olmanın özgün çabalarını sergiledi. 2008 yılı ise Dünyaya ve topluma açılmanın daha güçlü bir ivme kazandığı bir tarihsel sürecin başlangıcı oldu...”

Derneğimizin bu atılımı artarak sürecektir. TPD psikiyatri ve ruh sağlığı ile ilgili konularda ulusal basın ve Medya için referans kurum niteliği kazanmış durumdadır. TPD, basının gereksinimleri çerçevesinde etkinlik göstermekten öte yaptığı basın açıklamaları-basın bültenleriyle gündemi belirleyen ve yönlendiren bir konuma doğru ilerlemektedir.

TPD üç aylık performansı ile aslında basına ve kamuoyuna merhaba demiştir. Yeni yıl ile birlikte çalışmalarımızın daha da hız kazanacağını, toplum üzerindeki etkisinin daha güçleneceğini umut etmekte, bu yönde çabalarımızı sürdürmekteyiz. **23 Ocak 2009'da** sağlık basınına yönelik **İstanbul'da**

gerçekleştireceğimiz ikinci büyük basın toplantımızda **psikiyatrinin insana ve topluma bakışımı, TPD'nin ve Türkiye Psikiyatrisinin ruh sağlığı sorunları ve ruh sağlığı politikalarına ilişkin temel görüşlerini** kamuoyuyla paylaşacağız.

Tüm bu etkinliklerde, TPD MYK'nın çağrısı üzerine, basına röportaj vererek, televizyon programlarına katılarak yer alan tüm üyelerimize içten teşekkür ediyoruz.

Çalışmalarımızda en büyük gücümüz psikiyatrinin her alanında uzmanlaşmış değerli üyelerimizin varlığı olmuştur. ■

TPD YETERLİK SINAVI 2008

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ 2008 YETERLİK SINAVLARINDA BAŞARILI OLANLAR

İlki 2006 yılında yapılan ve bu yıl 14 Ekim 2008 tarihinde üçüncüsü gerçekleşen yazılı yeterlik sınavında başarılı olan adaylar, 18 Ekim 2008 tarihinde sınavın uygulamalı olan ikinci aşamasına katıldılar. Bu sınavda da başarılı olarak sınavlı yeterlik belgesini almaya hak kazanan psikiyatri uzmanlarının listesi aşağıdadır:

Dr. Ayşe Devrim BAŞTERZİ
Dr. Özlem DONAT EKER
Dr. Nurper ERBERK-ÖZEN
Dr. Özkan GÜLER
Dr. Abdullah AKPINAR
Dr. Nuray ATASOY
Dr. Levent ATİK
Dr. Serhat ÇITAK
Dr. Elvan ÖZALP
Dr. Ömer SAATÇIOĞLU
Dr. Aslıhan SAYIN

Yeterlik Belgeleri kendilerine 13. Yıllık Toplantı – Bahar Sempozyumunda verilecektir.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu olarak, sınavda başarılı olan meslektaşlarımızı kutlar, özenli ve özverili çalışmalarından ötürü Yeterlik Kurulu üyelerine ve sınav jürisinde görev yapan üyelerimize teşekkür ederiz.

Temel Asistan Eğitimi Üzerine...

Dr. Özlem Helin Poşpoş

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) tarafından 1.yıl asistanlarına yönelik bir temel eğitim kursu düzenlendi. Psikiyatri’de uzmanlık eğitimine başlamış, henüz birinci yılını doldurmayan 60’a yakın arkadaşımız 13-14 ekim 2008 tarihindeki Antalya’da düzenlenen 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi öncesi iki yarım gün süren eğitimde bir araya geldiler.

Ulaşım, konaklama ve kongre kayıt masraflarının TPD tarafından karşılandığı temel eğitim kursu, öğleden sonra Dr. Burhanettin Kaya tarafından gerçekleştirilen tanışmanın ardından TPD Genel Başkanı Dr. Şeref Özer’in hepimize ‘hoş geldiniz’ diyerek başladığı, TPD olarak asistanları çok ama çok önemsediklerini, asistanların TPD’nin geleceği olduğunu, bu tür asistanlara yönelik kurs ve bursları sürdürmeye kararlı olduklarını belirten açılış konuşması ile başladı. Hemen ardından kursumuz Dr. Şahap Erkoç’un “Psikiyatri tarihi” başlıklı oturumu ile devam etti. Toplantıda Osmanlı’da psikiyatri uygulamalarından başlayarak günümüze kadar gelen süreçte psikiyatri’nin gelişimi anlatıldı. Peşi sıra Dr. Mustafa Sercan Türkiye Psikiyatri Derneği’nin tarihini, gerekliliğini ve diğer meslek örgütleriyle olan ilişkilerini bizlerle paylaştı. Derneğin kuruluş aşamalarında psikiyatri asistanlarının önemli bir role sahip olduğunu duymak bir yandan mutluluk verici iken diğer taraftan da fazlasıyla motive edici oldu. Derneğin işleyişinde ve ileri götürülmesinde yeni kuşak olarak bizlerin daha aktif olarak çalışmamızın önemine vurgu yapıldı.

Sonrasında, Dr. Selçuk Candansayar psikiyatrinin insan ve topluma bakışını tartıştı, Dr. Cem Kaptanoğlu ise psikiyatri kimliği nedir sorularına yanıt arayarak bizlere aktardı. Çoğumuzun servislerimizde yaşayarak öğrendiği, zaman zaman ciddi sıkıntı ve sorunlar yaşadığı özlük hakları, hak ve yükümlülükleri, etik, meslek etiği konuları, Dr. Doğan Şahin ve Dr. Doğan Yeşilbursa tarafından bizlere anlatıldı.

Yoğun geçen günün ardından yemekte hep beraberdik. Birbiri ardından yapılan hoş sohbetler verimli geçen günün ardından yorgunluklarımızı sildi. Çeşitli illerden katılan asistan arkadaşlarımızla eğitimimizde karşılaştığımız sorunları, kliniklerimizin farklı ve benzer yanlarını, olumlu ve olumsuz taraflarını tartışarak görüş alışverişinde bulunduk. Gecenin sonunda ertesi günkü toplantılarda buluşmak üzere vedalaştık.

İkinci gün Dr. Raşit Tükel’in “Psikiyatri eğitiminin temel ilkeleri: standartlar, sorunlar” başlıklı oturumu ile başladı. Ardından Dr. Neşe Direk, Dr. Mehmet Yumru ve Dr. Erdal Yurt eski asistanlar şimdinin yeni uzmanları olarak asistanlık süreçlerini değerlendirirken “bugün neler yapabiliriz” sorusunu sordular. Dr. Sinan Gülöksüz bir asistan olarak Türkiye ve Avrupa’daki asistan örgütlenmesinden söz ederken, Asistan Bilimsel Çalışma Biriminin kuruluşunu ve yapısını anlattı. Dr. Muzaffer Kaşar ise Türk Tabipleri Birliği ve Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu’ndan bahsetti. Günün ve eğitimin son konuşması ise “İlaç endüstrisi ile ilişkiler ve etik” başlıklı tartışmalı ve hareketli bir sunum ile Dr. Halis Ulaş’ındı.

Tüm oturumların ardından yapılan sertifika töreni ile birinci yıl asistanlarına yönelik eğitim toplantısı sona erdi. Değerli hocalarımız ve benim gibi yeni asistan arkadaşlarımızla tanıştığım, pek çok konu hakkında bizlerde farkındalık yaratan bu eğitim sayesinde gerek psikiyatri, gerek derneğimiz hakkında pek çok temel bilgi kazandığımı düşünürken ilk kez başlayan böyle bir uygulamaya katılanlardan biri olarak kendimi şanslı varsayıyorum. Henüz üç aylık bir asistan olarak katıldığım bu ilk kongrede TPD tarafından desteklenmek, güçlü, aktif ve işler bir derneğimiz olduğunu görmek beni gelecek için umutlandırırken aynı zamanda derneğimizin işleyişindeki her süreçte katkıda bulunmak yönünde de beni isteklendirdi. Derneğimizin bu son derece önemli ve işlevsel eğitiminin önümüzdeki yıllarda da artan katılımı ile devam etmesini diliyorum. ■

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ

Psikiyatrik İlaçların Resmi Endikasyonları Dışında Kullanımı Görev Grubu Raporu

Koordinatörler

Doç. Dr. Mustafa Sercan, Prof. Dr. Cengiz Kılıç

Üyeler

Dr. Ekrem Güney, Çiğdem Çifci, Barış Kılıç

ANTİPSİKOTİKLER

KLOZAPİN	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Leponeks 25/100mg tb Novartis	Klasik nöroleptiklere intolerans gösteren ya da cevap vermeyen, tedaviye dirençli şizofrenik hastalarda endikedir	Şizofreni Her türlü psikoz Sanrılı bozukluk
Clonex 25/100mg tb Adeka	Klasik nöroleptiklere intolerans gösteren veya yanıt vermeyen, tedaviye dirençli şizofrenik hastalarda endikedir	

RİSPERİDÖN	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Risperdal ½/3/4mg tb, 1mg/ml oral sols. Risperdal Consta. 25/37.5/50mg im flakon Risperdal Quicklets ½mg Janssen-Cilag	Akut ve kronik şizofrenik psikozlarda, diğer psikotik durumlarda, saldırganlık, aktivite bozuklukları veya psikotik semptomların belirgin olduğu yaşlı hastalarda demansa bağlı davranış bozukluklarının tedavisinde, bipolar bozukluklara bağlı maninin tedavisinde, zarar verici davranışların ön planda olduğu, entelektüel işlevleri ortalamanın altında veya mental retardasyonlu çocuk, ergen ve erişkinlerde davranım ve davranış bozukluklarında endikedir.	Şizofreni Her türlü psikoz Mani Demansa (bunamaya) bağlı davranış bozuklukları Çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu Hiperaktivite ya da zekâ geriliğine bağlı davranış bozukluğu Sanrılı bozukluk Obsesif-kompulsif Boz. Dirençli depresyon Anoreksia nervosa Tik, Beden Dismorfik Boz. Kişilik bozuklukları
Risfamed ½/4mg tb Medikare	Risfamed, akut ve kronik şizofrenik psikozların ve pozitif semptomların (alüsinasyon, deliryum, düşünce bozuklukları, düşmanca tavırlar, şüphecilik gibi) ve/veya negatif semptomların (duygularda körelme, sosyal ve duygusal olarak içe kapanma, konuşurken ifade zorluğu) belirgin olduğu diğer psikotik durumların tedavisinde endikedir. Şizofreniye bağlı duygusal semptomları (depresyon, suçluluk duygusu, anksiyete gibi) da hafifletir. Risfamed, tedavinin başlangıcında olumlu yanıt veren hastalarda, devam edilen tedavi sırasında klinik düzelmeyi sağlamada da etkilidir. Risfamed, ayrıca, bipolar bozukluklarla ilişkili manik episodların tedavisinde, ruhsal durumu stabilize eden diğer ilaçlarla birlikte kullanılır. . Zarar verici (saldırganlık, kendine zarar verici veya fevri) davranışların görüldüğü, entelektüel işlevler açısından ortalamanın altında veya mental retardasyonlu çocuk, ergen ve erişkinlerdeki davranış bozukluklarında endikedir.	
Rixper ½/3/4mg tb Fako)		
Rileptid ½/3/4mg tb Egis		
Ricus 1mg/ml oral sols. Biofarma		

OLANZAPİN	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Zyprexa 5/10mg tb 5/10mg velotab,10mg flakon Lilly	Şizofreni, Bipolar bozuklukta orta derece ile ağır manik dönemlerin tedavisinde ve reküransların önlenmesinde endikedir	Şizofreni Her türlü psikoz Mani Demansa (bunamaya) bağlı davranış bozuklukları Çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu Hiperaktivite ya da zekâ geriliğine bağlı davranış bozukluğu Sanrılı bozukluk Obsesif-kompulsif Boz. Dirençli depresyon Anoreksia Nervosa Dirençli Somatizasyon Boz.
Rexapin 2.5/5/7.5/10mg tb Abdi İbrahim	Şizofreni, bipolar bozukluklarla seyreden akut manik atakların kısa dönemli tedavisinde endikedir	
Oferta 5/7.5/10mg tb Sanovel	Şizofreni tedavisinde endikedir	
Zyzapin 5/10mg tb Biofarma		
Elynza 5/10/15/20mg tb Bilim		

KETİAPİN	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Seroquel 25/100/200/300mg tb AstraZeneca	Şizofreni tedavisinde, bipolar bozuklukların eşlik ettiği manik atakların tedavisinde ve bipolar bozuklukta orta-ileri derecede şiddette depresif atakların akut (8hafta) tedavisinde endikedir	Şizofreni Her türlü psikoz Bipolar bozukluk manik, depresif ya da karışık ataklarının akut dönemi Demansa (bunamaya) bağlı davranış bozuklukları Çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu Hiperaktivite ya da zekâ geriliğine bağlı davranış bozukluğu Sanrılı bozukluk Obsesif-kompulsif Boz. Dirençli depresyon Dirençli Somatizasyon Boz. Anoreksia Nervosa
Cedrina 25/100/200/300mg tb Sanovel	Şizofreni tedavisinde bipolar bozuklukların eşlik ettiği depresyon ve mani ataklarının tedavisinde endikedir	
Gyrex 25/100/200/300mg tb Berkasam		

ZİPRASİDON	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Zeldox 40/60/80mg kapsül Pfizer	Şizofreni ve ilişkili psikozların tedavisinde, psikotik özellikleri olan ya da olmayan bipolar bozukluklarda görülen akut manik ya da mixt epizodların tedavisinde, ancak profilaktik kullanımının etkinliği kontrollü klinik çalışmalarla sistematik olarak değerlendirilmedi için hekim uzamış periyodların tedavisinde ziprasidonu tercih ediyorsa, ilacın uzun dönemdeki risklerini ve faydalarını tekrar değerlendirmelidir	Şizofreni Her türlü psikoz Bipolar bozukluk manik ya da karışık ataklarının akut dönemi Demansa (bunamaya) bağlı davranış bozuklukları Çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu Hiperaktivite ya da zekâ geriliğine bağlı davranış bozukluğu Sanrılı bozukluk
Zeldox 20mg/ml im ampul Pfizer	Şizofreni hastalarındaki akut ajitasyonun hızlı bir şekilde kontrol altına alınmasında, oral tedavinin uygun olmadığı durumlarda maksimum 3 ardışık gün boyunca endikedir. Oral formuyla birlikte kullanımıyla ilgili bilgi olmadığından, eş zamanlı kullanımları önerilmemektedir	

AMİSÜLPİRİD	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Solian 200/400mg tb 100mg/ml oral sols. Sanofi Aventis	Akut veya kronik şizofrenik rahatsızlıklar dahil olmak üzere psikozların tedavisinde endikedir	Şizofreni Her türlü psikoz Bipolar bozukluk manik ya da karışık ataklarının akut dönemi Demansa (bunamaya) bağlı davranış bozuklukları Çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu Hiperaktivite ya da zekâ geriliğine bağlı davranış bozukluğu Sanrılı bozukluk Obsesif-kompulsif Boz. Dirençli depresyon Dirençli Somatizasyon Boz.

SÜLPİRİD	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Dogmatil 200mg tb Sanofi Aventis	Akut ve kronik şizofreni ve diğer psikozlarda endikedir	Şizofreni Her türlü psikoz Bipolar bozukluk manik, depresif ya da karışık ataklarının akut dönemi Demansa (bunamaya) bağlı davranış bozuklukları Çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu Hiperaktivite ya da zekâ geriliğine bağlı davranış bozukluğu Sanrılı bozukluk Obsesif-kompulsif Boz. Dirençli depresyon Dirençli Somatizasyon Boz. Anoreksia Nervosa
Meresa 50-100 mg kapsül 200mg fort tb, 100mg/3ml ampul Adeka	Akut veya kronik şizofreni ve diğer psikozlarda endikedir	
Zeprid 200mg tb, 100mg/2ml ampul	Akut veya kronik şizofreni ve diğer psikozlarda endikedir	
Zeprid 25mg/5ml oral sols. Nobel	Erişkinlerde, şizofrenide, ülser ve hemorajik rektokolitlerde psikosomatik komponentin tedavisinde; çocuklarda psikoz ve davranış bozukluklarında endikedir	

PİMOZİD	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Nörofren 2mg tb Sanofi-Synthelabo	Akut ve kronik şizofrenide, diğer psikozlar, özellikle paranoya ve monoseptomatik hipokondriyak psikozlar; mani, hipomani, orta dereceli ve şiddetli psikomotor ajitasyon ve heyecanlanmanın kısa süreli tedavisinde ek tedavi olarak endikedir	Şizofreni Her türlü psikoz bipolar bozukluk manik ya da karışık ataklarının akut dönemi Sanrılı bozukluk Tik Obsesif-kompulsif Boz. Dirençli depresyon Dirençli Somatizasyon Boz. Dirençli Anoreksia Nervosa
ARİPİPRAZOLE	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Abilify	Şizofreni	Şizofreni Her türlü psikoz bipolar bozukluk manik ya da karışık ataklarının akut dönemi
HALOPERİDOL	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Norodol 5/10/20mg tb 20mg/2ml damla, 10mg ampul ARİS	Akut ve kronik şizofreni, mani ve hipomani, organik psikozlar, psikolojik ajitasyon, çocuklarda, şiddetli hipereksitabilite ve aşırı hiperaktivite, motor tikler ve vokal tikler, Gilles de la Tourette sendromu, anksiyete nevrozu ve gerilim durumları, depresyon durumlarının anksiyete ile birlikte görülen karışık nevrozları	Şizofreni Her türlü psikoz bipolar bozukluk manik ya da karışık ataklarının akut dönemi Çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu hiperaktivite ya da zekâ geriliğine bağlı davranış bozukluğu Tik bozuklukları Sanrılı bozukluk
Sedaperidol 5/10mg tb 5mg/ml ampul Biosel	Akut ve kronik şizofreni, mani ve hipomani, organik psikozlar, psikolojik ajitasyon, çocuklarda, şiddetli hipereksitabilite ve aşırı hiperaktivite, motor tikler ve vokal tikler, Gilles de la Tourette sendromu, anksiyete nevrozu ve gerilim durumları, depresyon durumlarının anksiyete ile birlikte görülen karışık nevrozları	
Leptol 5mg/ml ampul, İE Ulagay		
TRİFLUOPERAZİN	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Stilizan 1/2/5mg draje 1mg/ml ampul Dr.F.Frik	Anksiyete, ajitasyon ve anksiyete sonrası sekonder depresyonların kısa süreli tedavilerinde, kusma ve bulantının tedavisinde, şizofreni tedavisinde, diğer psikozlarda, ciddi psikomotor ajitasyonlarda veya tehlikeli fevri davranışlarda, düşük zekâ düzeyli kişilerde kısa süreli tedaviler için	Şizofreni Her türlü psikoz Bipolar bozukluk manik ya da karışık ataklarının akut dönemi Demansa (bunamaya) bağlı davranış bozuklukları Çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu Hiperaktivite ya da zekâ geriliğine bağlı davranış bozukluğu Sanrılı bozukluk
KLORPROMAZİN	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Largactil 25/100mg tb 25mg/5ml ampul Eczacıbaşı	Akut psikozlar, ajitasyon durumları, hipomani ve maniler, delirium nöbetleri, konfüzyonlu sendromlar, kronik psikozlar, şizofreni, kronik delirium durumları, büyüklerde ve çocuklarda saldırganlık durumları, senil demans sırasındaki eksitasyon durumları, genel tıpta çeşitli hastalıklar sırasında görülebilen anksiyete ve ajitasyon durumları, bulantı ve kusmalar, kaşıntılı dermatozlar, infantil nörotoksikozlar, anesteziye hazırlamada, doğum analjezisi, eklampside.	Şizofreni Her türlü psikoz Bipolar bozukluk manik, depresif ya da karışık ataklarının akut dönemi Demansa (bunamaya) bağlı davranış bozuklukları Çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu Hiperaktivite ya da zekâ geriliğine bağlı davranış bozukluğu Konfüzyon, deliryum Sanrılı bozukluk
MESORİDAZİN	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Lidaniil 5mg draje Novartis	Anksiyete halleri, psikosomatik bozukluklar, psikonöroz, kronik beyin sendromu, mental yetmezlik ve alkol tedavisinde görülen anksiyete, fobi, depresif anksiyete, gerilim, ruhi huzursuzluk, psikomotor ajitasyon veya hiperaktivite, eksitabilite, agresivite hallerinde endikedir	
ASEPROMAZİN	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Plegicil 1mg/ml damla Sanofi-Synthelabo	Psikoz tedavisinde, kusma ve bulantıda, hıçkırıkta, alkolik hallüsinasyonlarda ve diğer nöropsikiyatrik rahatsızlıklarda, manide, paranoya, şizofreni, ajitasyon, hostilete gibi psikozlarda kullanılır	

FLUFENAZİN	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Prolixin 25mg/ml ampul Bristol-Myers Squibb	Şizofreni ve manik psikoz dahil tüm psikotik belirtilerin tedavisinde, birinci seçenек tedavinin etkili olmadığı ya da kontrendike olduğu orta derece ile ciddi anksiyete, somatik nedenler veya anksiyete/depresyona bağlı ajitasyon, agresif hiperkinetik hastaların tedavisinde kısa süreli olarak (3 aydan daha az) düşük dozda (1-2 mg/gün) kullanılabilir	Şizofreni (idame tedavisinde) Her türlü psikoz (idame tedavisinde) Sanırlı bozukluk
FLUPENTİKSOL		
Fluanksol 3mg draje 20mg/ml ampul Lundbeck	Düşünce bozukluğuyla birlikte apati, anjeri, kendini geri çekme vakaları, paranoid delüzyonlar, şizofreni v.b. psikozlar ile halüsinasyonda endikedir	
ZUKLOPENTİKSOL		
Clopixol 2/10/25mg tb 20mg/ml damla 50/200mg/ml ampul Lundbeck	Ajitasyon, akut ve kronik şizofreni ve benzeri psikozlar, delüzyonlar, düşünce bozuklukları, halüsinasyonlar, hostilete, huzursuzluk, mani, saldırganlığın eşlik ettiği diğer psikozlarda endikedir.	

ANTİDEPRESANLAR

PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
SERTRALİN	
Serdep 50 mg, 28 kap	Depresyon, OKB, panik
Seralin 50 mg, 14 tb	Depresyon, OKB
Selectra 50 mg, 14 kap	Depresyon, anksiyete, insomnia
Lustral 50 mg, 28 tb	Depresyon, OKB, panik, PTSS, sosyal fobi, PMDB, çocuk OKB (≥6 yaş)
Misol 50 mg, 28 tb	Depresyon, OKB, Panik, PTSS, PMDB, Sosyal fobi
Serotop 100 mg, 14 tb	Depresyon, OKB, panik, TSSB, çocuk OKB (≥6 yaş)
VENLAFKSİN	
Efexor XR 75 mg, 28 kap	Anksiyeteli depresyon dahil her tip depresyon
MOKLOBEMİD	
Aurix 150 mg, 30 tb	Depresyon, sosyal fobi
Lobem 300 mg, 30 lak tb	Depresyon
MAPROTİLİN	
Ludimil 75 mg, 14 tb	Depresyon, somatojen, maskeli, yorgunluğa bağlı, reaktif, endojen, menopoza bağlı depresyonda
Maprotil 75 mg, 14 tb	Reaktif, organik, tükenme, menopoz, anksiyete ve depresyona bağlı psikosomatik bozukluklar, çocuk ve ergenlerdeki depresif ve diğer duygusal bozukluklarda
REBOKSETİN	
Edronax 4 mg, 60 tb	Depresyon
MİLNASİPRAN	
lxel 50 mg, 56 kap	Erişkin M. depresyonunda
SİTALOPRAM	
Atopran 40 mg, 28 tb	
Cipram 20 mg, 28 tb	Depresyon, panik, OKB
Citrex 10 mg, 28 tb	Depresyon, OKB, panik
Citara 10 mg, 28 tb	Depresyon, panik, PKB
Laira 20 mg, 28 tb	Depresyon, panik, OKB
Relaxol 20 mg, 28 tb	Antidepresan
Eslopram 20 mg, 28 tb	Depresyon, panik, OKB
Citexam 20 mg, 28 tb	Depresyon, panik, OKB
Vodelax 20 mg, 28 tb	Depresyon, panik, OKB
Citolap 20 mg, 30 tb	Antidepresan
Pasilopram 20 mg, 28 tb	
ESSİTALOPRAM	
Cipralax 20 mg, 28 tb	M. Depresyon, panik, sosyal fobi, YAB
Eslorex 10 mg, 14 tb	Depresyon, panik, OKB
Citoles 5 mg, 28 tb	M. Depresyon, panik, sosyal fobi, YAB
Esrak 10 mg, 28 tb	
FLUOKSETİN	
Prozac 20 mg, 24 kap	Depresyon, depresyona bağlı anksiyete, OKB, Bulimia
Depset 20 mg, 20 tb	Depresyon, OKB, bulimia, PMDB
Zedprex 20 mg, 16 kap	M. Depresyon
Florak 20 mg, 16 kap	M. Depresyon ve buna bağlı anksiyete
Fulsac 20 mg, 16 kap	M. Depresyon
Depreks 20 mg, 16 kap	Depresyon ve buna bağlı anksiyete
FLUVOKSAMİNE	
Faverin 100 mg, 30 tb	Depresyon, OKB
PAROKSETİN	
Paxera 20 mg, 28 tb	Depresyon ve anksiyeteli depresyon, OKB, panik, sosyal fobi
Paxil 20 mg, 14 tb	Depresyon, anksiyeteli depresyon, OKB, panik, sosyal fobi
Seroxat 20 mg, 14 tb	Depresyon, OKB, panik, sosyal fobi
Xetanor 30 mg	Depresyon, OKB, panik, sosyal fobi, YAB, PTSS
TİANEPTİN	

Her türlü depresyon (major, minör, eksojen, endojen, retarde, atipik, melankolik, maskeli depresyon, bipolar bozukluk depresif atak) Anksiyeteli depresyon Uyum bozukluğu (anksiyeteli veya depresif) Travma sonrası stres bozukluğu Akut stres bozukluğu Panik bozukluğu Obsesif kompulsif bozukluk Her tür fobi ve sosyal fobi Genelleşmiş anksiyete bozukluğu Anoreksiya nervoza Bulimia nervoza Menopoz somatizasyon konversiyon bozukluğu Kronik ağrı, fibromyalji Migren profilaksisi Psikosomatik bozukluklar Alkol bağımlılığı Kişilik bozuklukları

Stablon 12,5 mg, 60 tb	Nevrotik/reaktif depresyon, somatik/dijestif semptomla giden anksiyodepresif durumlar, alkol bağımlılarının anksiyodepresif durumlarının tedavisinde	
MIRTAZAPİN		
Mirtaron 30 mg, 14 tb		
Remeron 30 mg, 28 tb	M. Depresyon	
AMİTRİPTİLİN		
Laroxyl 25 mg, 40 drj	Depresyon, öz. endojen dep.	
Triptilin 25 mg, 40 tb	Endojen/exojen psikoz ya da nevrozların belirtisi olan depresyonda	
KLOMİPRAMİN		
Anafranil 25 mg, 30 drj	Depresyon, OKB, fobiler, panik, narkolepsiye eşlik eden katapleksi, kronik ağrı, enürezis (≥5 yaş)	
İMİPRAMİN		
Tofranil 25 mg, 50 drj	Depresyon, kişilik bozukluk, alkolizme eşlik eden depresyon, panik, kronik ağrı, gece korkusu, enürezis	
MİANSERİN		
Tolvon 30 mg, 14 tb	Sedatif etkinin gerektiği depresyonda	
TRAZADON HCl		
Desyrel 100 mg, 30 tb	Anksiyeteye beraber olan veya olmayan depresyonlar, psikosomatik bozukluklar, yaşlıların emosyonel bozuklukları ve organik beyin sendromları	

DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİLERİ

	PROSPEKTÜS ENDİKASYONU	ÖNERİMİZ
Lamotrijin		
Lamictal	Epilepsi, Bipolar depresyon	Epilepsi, Bipolar depresyon, Unipolar depresyon, kişilik bozuklukları
Karbamazepin		
Tegretol	Epilepsi	Epilepsi, Bipolar depresyon ve mani
Karazepin		
Karbasif		
Teril		
Valproik asit		
Depakin	Epilepsi	Epilepsi, Bipolar depresyon ve mani, kişilik bozuklukları

Öneriler için kaynaklar:

APA Practice guidelines, http://www.psych.org/MainMenu/PsychiatricPractice/PracticeGuidelines_1.aspx

Pharmacological Treatment of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia: A Review of the Evidence. JAMA, February 2, 2005—Vol 293, No. 5 (Reprinted)

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Personality Disorders: The World Journal of Biological Psychiatry, 2007; 8(4): 212-244

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ Özel Eğitim Merkezleri Görev Grubu Ara Raporu

Özel Eğitim Görev Grubu Koordinatörü
Dr. Gülay Özdemir

Erişkin ve çocuk psikiyatristlerinden elde edilen geribildirimlerle karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerilerini araştırdık. Gelen yanıtlar değerlendirildiğinde sık karşılaşılan sorunlar şu şekilde sıralanabilir;

A- Öğrenci ile ilgili sorunlar;

1. Öğrenci ailelerinin gelmemesi, çocuğun gelişimi ile ilgili yeterli bilgi edinememek
2. Okul başarı durumu için öğretmenlerinden bilgi alınamaması
3. Uyarıcı eksikliği nedeni ile sosyal gelişimin tamamlanmamış olması
4. Özellikle kırsal kesimden gelen çocukların çoğunun ilk kez köylerinin dışına çıkmak ve yabancı insanlarla konuşmak konusundaki çekingenlikleri (çoğu korku ile bakarken birkaç dakika da anlayamadıkları bir şeye yanıt verme kaygısı)
5. Ailelerin özel eğitim kurumları ile ilgili bilgilerinin olmaması (bazen çocuklarını maaş almak için getirdiklerini belirtiyorlar)

B- Psikiyatristlerin karşılaştığı sorunlar;

1. Muayene için yeterli zaman ayrılamaması
2. Çocuk ile ilgili yeterli bilgi alınamaması
3. Hastanelerde psikolog bulunmaması veya test konusundaki yetersizlikler.Ör; Wiscr zeka testinin uygulanamaması
4. Aileye hastalık konusunda bilgi vermek için yeterli zamanın olmaması
5. Sağlık kurulu raporları yenilenmesi için başvuran çocuklar hakkında devam ettikleri özel eğitim kurumundan gönderilmesi gereken formların bulunmaması veya eksik gönderilmesi
6. Yönetmelikte bulunan dikkat eksikliği ve özgül öğrenme güçlüğü tanılarının netleşmesi
7. Çocuk psikiyatrist uzmanı sayısının yetersizliği
8. Eğitim kurumlarının denetlenmemesi, düzenlenen geri bildirim raporlarının eksikliği
9. Konuşma bozukluğu eğitimi verme kriterlerinin belirlenmemiş olması
10. Devlet hastaneleri raporlarının yeniden üniversite hastanelerine gönderilmesi,
11. Başvuru sayısının çok fazla olması, dosya sisteminin kullanılamaması
12. Eğitim kriterlerinin netleşmesi (yaş, IQ, sıklık)

C- Rehberlik araştırma merkezleri ile ilgili sorunlar;

1. Rehberlik araştırma merkezlerinde uzman yetersizliği
2. Başvuru sayısının fazlalığı nedeni ile yapılan testlerin yetersizliği

D- Milli Eğitim Bakanlığının özel eğitime bakış açısı ve denetimleriyle ilgili sorunlar,

1. Özel eğitim almak için gereken kriterlerin net olmaması
2. Kurumların yeteri kadar denetlenmemesi
3. Özel eğitimci sayısını yetersizliği

E- Eğitim merkezlerinin işleyişinden kaynaklanan sorunlar olarak

1. Özel eğitim kurumu açma kriterlerinin bulunmaması
2. Özel eğitimci sayısının yetersizliği
3. Olumsuz yargılarla savaşmak
4. Eğitim için gerekli yer, eğitimci, süre, yöntemler konusunda standart verilerin olmaması.

Özel eğitim konusunda karşılaştığımız sorunların çözümü için öneriler;

1. Bu kurumlarla ilgili sınırların belirlenmesi, (eğitici özellikleri, kurum şartları)
2. Çocukların muayeneye gelmeden önce Rehberlik Araştırma Merkezinde izlenerek ayrıntılı dosyalarının (okul başarıları, sosyal gelişimi, gerekirse zeka testlerinin uygulanması) hazırlanması,
3. Daha önce özel eğitime devam eden çocukların gelişim raporu
4. Sağlık raporu için başvuruda ailenin bulunması
5. Ayrıntılı muayene yapabilmek için sürenin belirlenmesi
6. Yapılacak zeka testlerinin belirlenmesi, Wiscr zeka testi uygulanabilmesi
7. Özel eğitimde verilen eğitimlerin sınıflandırılıp (konuşma bozukluğu), kontrollerinin yapılması
8. Yeterli sayıda ve özellikte eğitici bulundurulması
9. Bu kurumların denetlenmesi sırasında Milli Eğitim bakanlığı yanında , Sağlık bakanlığı yetkililerinin bulunması
10. Etik dışı kayıtlar nedeni ile çocukların kurumlara devamlılığının denetlenmesi
11. Ailelerin çocuklarını eğitim sırasında evlerinde veya kurumda internet aracılığı ile izleyebilmesi verimliliği arttırabilir. ■

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ Hastane Standartları Görev Grubu Ara Raporu

Hastane Standartları Görev Grubu Koordinatörü

Dr. Ejder Akgün Yıldırım

Tarafınızdan görevlendirildiğim “Psikiyatrik muayene süreleri, kliniklerdeki fizik koşullarda standartlar, güvenlik standartları konularında ülkemizdeki ve yurt dışındaki düzenlemeler, sorunlar ve çözüm önerileri” içerikli Hastane standartları görev grubu koordinatörü olarak istenilen ara rapor aşağıda sunulmuştur:

Görev grubu ile ilgili ilk olarak bir sekreteryaya oluşturuldu. Dr. Muzaffer Kaşar ve Dr. Sinan Gülöksüz’ün görev dağılımı yapıldı.

Dr. Muzaffer Kaşar (İstanbul Tabip Odası temsilcisi) TTB ile ilişkiler ve hekimlik uygulamaları, TTB tüzük ve yönetmelikleri, hekimlik uygulamaları ile ilgili gerekli belgeler ve yazışmalar konusunda görev aldı.

Dr. Sinan Gülöksüz (İstanbul TPD şube YK üyesi) TPD ve şubeleri ile ilişkiler ve yazışmalar, WHO ve WPA ile uluslararası yazışmalar, uluslararası metinlerin toplanması vb. konuları üstlendi.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden Dr. Altan Eşsizoglu görev grubuna davet edildi ve üniversite hastaneleri ile ilgili standartlar konusunda çalışma görevini aldı. Ayrıca görev grubunda sayın Dr. Nahit Özmenler katkıda bulunmak istediğini belirtmiş kendisinden katkı istenmiştir.

Görev grubunun oluşumu öncesi bu konunun mail grubunda uzun süre tartışılmasına ve görev grubumuzun tarafınızdan grupta ilan edilmesi rağmen herhangi bir üyenin talebi, konu ile ilgili görüşü, yazışma ya da geri dönüşü olmamıştır. Mail grubuna tarafımızdan yapılan çağrıya da bir yanıt gelmemiştir.

Görev grubumuz olarak öncelikle psikiyatri uygulamasında olması gerekenlerin belirlenmesi, bilimsel gereklilikler çerçevesinde hizmet sınırlarının çizilmesini; ikinci aşamada bunun uygulama alanları ve ulusal ölçekte standartlarının oluşturulmasını gündeme almıştır.

Grubumuz kendi arasında toplanmakta ve yazışmaktadır. Ulusal kongrede bir forum ya da panel oturumunda toplanılan belgelerin ve sonucun tartışılması planlanmaktadır. Şimdilik hedefimiz ulusal kongreye verilerimizin sunulması şeklindedir. Ulusal ölçekte standartların belirlenmesi ve derneğimizin ilgili kurullarına sunulması hedefi ile çalışmalarımız devam etmektedir. ■

Saygılarımızla

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ Özlük Hakları Görev Grubu Raporu

Özlük Hakları Görev Grubu Koordinatörü
Dr. Umut Karasu

Aşağıda yer alan ve Türkiye'nin farklı bölgelerinden psikiyatri uzmanlarının sıkıntılarını içeren rapor –önsel- bir taslak rapor niteliğinde olup farklı bölgelerden beklenen ancak henüz elimize ulaşmayan her bölgenin kendi öznel sıkıntılarını da içeren raporlarıyla zenginleştirilecek ve bütün olarak kısa bir süre içerisinde tarafınıza ulaştırılacaktır.

PSİKIYATRİ UZMANLARININ SORUNLARI

Servislerle İlgili Yaşanan Sorunlar

Ülke genelinde psikiyatri uzmanlarının yaşadığı en önemli sorunlardan biri servislerle ilgili yaşanan sorunlardır. Zira servislerde yatak sayıları son derece kısıtlı ve fiziksel imkanlar oldukça yetersizdir. Özellikle kapalı servislerin yetersizliği ve servislerde hastaların serbest geçirecekleri alanların yokluğu tedavi koşullarını zorlaştırmaktadır. Servis koşullarının yetersizliği nedeniyle nevroz, psikoz, madde bağımlılığı gibi hastalar aynı ortamda hizmet görmekte, bu durum çalışma koşullarını zorlaştırmakta ve tedavilerde aksamalara yol açabilmektedir. Servislerde vizit odalarının yetersizliği bir başka sorun alanıdır. Özellikle 1'den fazla psikiyatristin çalıştığı birimlerde bu odaların yetersizliği önemli sorunlara yol açmaktadır.

Servislerin önemli sorunlarından biri de tecrit odalarının olmamasıdır. Bu durum hem servis çalışanlarının güvenliğini tehdit etmekte hem de serviste yatan hastalar açısından tehdit oluşturmaktadır. Servislerde yatan hastalara ilaç sağlama konusunda karşılaşılan zorluklar servislere ait diğer bir sorundur. Bu konuda yayınlanan tebliğlere ve bakanlık tarafından hastalara yönelik sergilenen populist söylemlere rağmen sorun hala sürmektedir. Hastane eczanelerinden ilaç ihtiyacının sadece küçük bir bölümü karşılanabilmekte, ilaç temini istendiğinde hekim ve sağlık çalışanları ile hasta-hasta yakınları karşı karşıya gelebilmektedir.

Personelle İlgili Sıkıntılar

Ülkenin hemen her bölgesinde başta sosyal çalışmacı olmak üzere, hemşire, psikolog ve diğer yardımcı personel sayısındaki yetersizlikler önemli sorunlar yaratmaktadır. Bu durum psikiyatristlerin daha efektif çalışmasını engellemekte, iş

yükünü artırmaktadır. Personelin olduğu yerlerde personelin eğitimine dair ciddi sıkıntılar göze çarpmaktadır. Eğitim yetersizliği nedeniyle bazı personellerin görev tanımları yeterince yapılamamakta, hastanede psikiyatri servislerinde sıkıntı yaşanmasına rağmen bu personel görevleriyle ilişkisiz yerlerde çalışmaktadır (Örneğin Porteus ve Kent dışında hiçbir test bilmeyen bazı psikologların “Hasta Hakları” birimlerinde çalıştırılması, sayısı son derece kısıtlı olan Sosyal çalışmacıların “halkla ilişkiler” birimlerinde çalıştırılması vb.). Eğitimsiz personelin eğitimi için yoğun çaba harcanmakta ancak belli fonlar gerektiren eğitimler için Sağlık Müdürlükleri ve hastane idareleri duyarsız davranmaktadır (Örneğin birçok hastanede meslektaşlarımız başta WISC R olmak üzere psikologlarını test eğitimleri için gönderme isteklerinin sürekli bütçe olmadığı bu bedelin kendileri tarafından ödenmesi gerektiği gibi gerekçelerle geri çevrildiğini belirtmişlerdir).

Güvenlik

Bugün Psikiyatri uzman ve asistanlarının belki de en önemli sorunu güvenli çalışma koşullarından son derece uzak çalıştırılmalarıdır. Psikiyatri kliniklerinde güvenlik personeli sayısındaki yetersizlikler ve personelin eğitimsizliği son derece dikkat çekmektedir. Kanımızca bu durum bir an önce çözülmesi gereken, eğer çözülmezse bedeli ağır olabilecek bir sorun olarak durmaktadır. Devletin kamudan elini çekme ve kamu hizmetlerini, özel-taşeron firmalarla sunma girişimi her alanda ama özellikle güvenlik alanında son derece tehlikeli bir durum yaratmaktadır. Psikiyatrik hastaya yaklaşıma dair hiçbir bilgisi ve öngörüsü olmayan güvenlik elemanlarının bu servislerde görevlendirilmesi gerek hasta-hasta yakınları ile bu personel, gerekse klinik çalışanları ile bu personel arasında ciddi sıkıntılar yaratmakta ve sık sık fiziki şiddete dahi varan olaylar yaşanmaktadır. Bu personelin görev tanımlarının tam olarak yapılmaması, kliniklerde zaman zaman başına buy-

ruk hareket etmelerine yol açmakta ve özellikle servislerde ciddi güvenlik zafiyetlerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Meslektaşlarımızdan gelen bazı örnekler incelendiğinde, güvenlik personelinin görev tanımlarının tam olarak yapılmamasına bağlı olarak servis sorumlularına bile itaat etmediği, serviste müdahale edilmesi gereken durumlarda sorunları kendi yöntemleri ile çözmeye çalıştıkları (en sık karşılaşılan örnek; müdahale edilmesi istenen psikotik ajitasyonlu bir hastayla pazarlık yapma girişimi vb) bildirilmektedir. Tüm bu nedenler psikiyatri kliniklerinde çalışmanın zorluklarını artırmakta ve bu servisleri daha güvensiz kılmaktadır. Yakın zamanlarda Eskişehir’de önce bir servis hemşiresinin nöbette bir hasta tarafından boğularak öldürülme girişimi, aynı hastanede poliklinikte görevli bir öğretim üyesinin maruz kaldığı ve son anda kurtulduğu bıçaklı saldırı girişimi, İstanbulda yakın bir zamanda asistan meslektaşımızın yaşadığı saldırı ve Türkiye’nin her yerinden ulaşan şiddet haberleri bizleri gelecek açısından kaygılandırmaktadır. Güvenlik görevlilerinin seçiminde daha objektif kriterlerin olması, personele verilecek eğitimlerin ve mesleğe başlamadan önce verilecek raporların çok daha titiz bir çalışma sonrasında verilmesinin, ayrıca bu servislerde çalışacak güvenlik personelinin seçiminde psikiyatristlerin daha aktif söz sahibi olmasının aciliyeti olduğu kanısındayız.

Güvenlik konusunda yaşanan sorun kuşkusuz sadece güvenlik elemanları ile alakalı değildir. Yukarıda sözü edilen kapalı servislerin, tecrit odalarının olmaması psikiyatristleri her an şiddetle burun buruna getirmektedir. Belli bölgelere ait öznel sorunların da irdelenmesi gerektiği kanısındayız. Örneğin madde bağımlılığının çok yoğun olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde çalışan meslektaşlarımızdan sık sık yeşil reçeteli ilaç yazmaları istenmekte, bu konuda kararlı duruş sergilemeye çalışan meslektaşlarımız taciz edilmektedir. Bu bölgede yeşil reçeteli ilaçların ticaretinin yapıldığının bilinmesine rağmen meslektaşlarımız ilaç yazılması istendiğinde meslek onurları ile yaşam kaygısı arasında tercih yapmak durumunda kalmaktadır.

Yoğunluk-ücret dengesizlikleri

Ülkemizde özellikle 2.basamakta çalışan psikiyatristlerle ilgili en önemli sıkıntılardan biri de poliklinik ağırlıklı hizmet vermeleri ve bu nedenle servise ve diğer alanlara yeterince yönelmemeleridir. Polikliniklerde yaşanan yoğunluk ise bir başka sorun alanıdır. Belki de bu durumdan daha önemlisi meslektaşlarımızın ekonomik kaygılarla daha çok hasta bakmaya razı edilmesidir. Burada performans sistemine vurgu yapmak gerekmektedir. Sağlıkta dönüşüm projesiyle, artık hekimlerin temel ödeme şekline dönüşen performans ödemesi hekim ücretlerinde kısmi iyileşmelere yol açsa da hekimler arası dayanışmayı yerle bir ederek hekimleri birbiriyle rekabet ettirerek sağlık ortamını tahrip etmiştir. Performans sisteminin belki de en büyük mağdurları ise psikiyatri uzmanlarıdır. Zira nitelik açısından hiçbir değerlendirme kriteri olmayan sistem sadece çok hasta bakmak üzerine kuruludur ve psikiyatristler-

den de istenen ne kadar sürede ne kadar hastaya ve nasıl baktıkları değil kaç hastaya baktıklarıdır. Ülkenin birçok yerinde psikiyatri uzmanlarının gelir kalemlerinden olan “aile tedavisi”, “aile görüşmesi”, bireysel psikoterapi”, “klinik değerlendirme ölçekleri”, “grup psikoterapisi” gibi gelir kalemlerine ciddi kotalar konulmakta ve psikiyatri uzmanlarının ortalama performans ödemesi için diğer klinikler kadar hasta bakması gerekmektedir (bazı hastanelerden gelen veriler, bakılan hastaların yüzde 5’ine aile tedavisi ve bireysel psikoterapi, yüzde 25’ine aile görüşmesi, yüzde 25’ine klinik değerlendirme ölçeği girilmesine izin verildiğini daha fazla girilen kalemlerin keyfi olarak silindiğini ortaya koymaktadır). Bu durum meslektaşlarımızın yoğun poliklinik koşullarına mahkum olmasına ve gerek ayaktan gerekse yatan hastalara yeterli zaman ayıramamasına neden olmaktadır. Ayrıca zaman yetersizliği nedeniyle hasta takipleri sadece farmakoterapi ile yapılabilen ve yeterince kayıt tutulamamaktadır. Performans sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmaz ve idarecilerin keyfi kota uygulamaları engellenmez ise meslektaşlarımız ağır poliklinik koşullarında, herhangi bir dahili branş hekimi kadar hasta bakmak zorunda kalacak ve bu durum farmakoterapi dışındaki her türlü yaklaşımı olanaksız kılacaktır. Herşey bir yana psikiyatri uzmanlarının emeklerinin bu kadar değersizleştirilmeye çalışılması tarafımızca anlaşılabilir ve hakkaniyetsiz olarak algılanmaktadır.

Heyet muayeneleri

Psikiyatride önemli sorun alanlarından birisi heyet raporlarıdır. Psikiyatri uzmanları, 2022 sayılı yasadan faydalanmak, vergi indirimi, özel eğitim, silah ruhsatı almak gibi taleplerle gelenlere rapor düzenlemekte ve bu konuda ciddi mağduriyetler yaşamaktadırlar. Daha önce de belirtildiği gibi poliklinik yoğunluğu bu hastalara yeterince zaman ayıramamasına neden olmaktadır. Rapor başvurularının sıklığı da bu hastalara çok kısa sürelerde tanı konması zorunluluğunu doğurmaktadır. Bu konuda diğer bir sorun da daha önce sözü edilen personel eğitim yetersizliğidir. Zira psikologlardan istenen testlerin birçoğu yapılamamakta, yapılan testlerde de genellikle bilgiler eksik kalmaktadır. Bu durum karar verme süreçlerinde tanımların eksik kalmasına yol açmaktadır.

Mecburi hizmet

Her alanda çalışan hekimler gibi psikiyatri uzmanları da mecburi hizmet uygulamasından son derece rahatsızdırlar. Psikiyatri uzmanları, toplumsal sorumluluğunun bir gereği olarak Sağlık Bakanlığı’nın zorunlu hizmeti bireylere yükümlülük olarak getirebilme hakkı olduğunun farkındadır. Ancak getirilen bu yükümlülüğün sadece kamuda çalışmak isteyen bireyleri kapsaması gerektiğine inanılmaktadır. Kamu yerine özel sağlık sektöründe çalışmak isteyen sağlık çalışanlarının bu zorunluluğun dışında tutulması mağduriyetlerin giderilmesi açısından son derece önemlidir. Halen uygulamada yaşanan ailelerin parçalanması sorununun önüne geçilmesi kanımızca zorunludur. Psikiyatri uzmanları, halen gündemde olan Per-

sonel Dağılım Cetveli kurallarının tam aksine sağlık çalışanının (hekimin) önceden süresi belirlenmiş olan bu mecburi hizmeti tamamlamasından sonra, yine önceden yazılı olarak belirlenmiş bir prosedür dahilinde ve siyasi politizasyona izin vermeyecek biçimde kademeli biçimde arzu ettiği bölgelere geçiş yapabileceği bir düzenlemenin oluşturulmasını talep etmektedir

Reçete ve ilaç sorunları

Son 2 yıldır defalarca yayınlanan tebliğler son derece kafa karıştırıcı olmuştur. Bu tebliğlerin sonucu olarak şu anda da hangi ilacın hangi tanıyla ödeneceği konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Farklı endikasyonlarda kullanılabilen farklı gruplardan ilaçlara sadece tebliğde bildirilen tanılar yazılmasının istenmesi hekimi sıkıntıya sokmaktadır. Bu durum hasta karnesinde farklı tanıların yer almasına ve takiplerde sorun yaşanmasına neden olmaktadır. İlaç sadece sınırlı endikasyonlarda ödemek kanımızca hekimin tedavi tercihinin saygısızlığıdır ve derhal düzeltilmesi gereken bir durumdur. Ayrıca Psikiyatride farklı endikasyonlarda kullanılan bazı ilaçlar psikiyatri hekimleri tarafından reçete edilememektedir (Örnek: Gabapentin, bazı anti-epileptikler). İlaç raporları konusunda da kafa karışıklığı yaşanmakta, aynı rapor farklı eczanelerde farklı değerlendirilmektedir. Tüm bu uygulamalar hekim ile hastayı karşı karşıya getirebilmektedir.

Sevk zinciri ile ilgili sorunlar

ne yazık ki, meslektaşlarımız çoğu zaman üst düzey yönetici-

lerin baskıları ile hasta yatırmak zorunda kalmakta, bu durum zaten kısıtlı yatak sayısı ile zorluk yaşayan meslektaşlarımızı daha da zor durumda bırakmaktadır. Endikasyon olduğu halde çoğu zaman hastalar yatırılmamakta, sevk zincirine göre sevk edilmek istendiğinde sevkle ilgili sorunlar çıkmaktadır. Bu konuda en büyük sorun yatırılması düşünülen hastanın servisi olan hastanelerde gezmeye başlaması en son gönderilen bölge ruh sağlığı hastanelerinde yatış endikasyonu görülmemesi nedeni ile hastanın geri gönderilmesidir. Bu durum hasta-hasta yakınları ile hekim arasında ciddi iletişim sorunları yaşanmasına neden olmaktadır.

İdarecilerle yaşanan sorunlar

psikiyatri uzmanlarının yaşadığı önemli sorunlardan biri de idarecilerin kendilerine yönelik zaman zaman baskıları ve çoğunlukla duyarsızlıklarıdır. Bu noktada belki de en önemli sorun psikiyatrinin nasıl bir tıp alanı olduğunu, diğer bölümlerden farklılığını anlatma güçlüğüdür. Bu konuda idarecilerin içgörü eksikliği nedeniyle poliklinik sayılarının diğer poliklinikler kadar yüksek tutulması istenmekte, hasta sayısını azaltma isteklerine sürekli olumsuz yanıt verilmektedir. Farklı bölgelerde psikiyatri uzmanlarına geçici görevler çıkarılması da kanımızca bu anlayışın bir ürünü olup takip hastalarının tedavilerinin aksamasına yol açmaktadır. İdarecilerle ilgili yaşanan önemli olaylardan biri de servis ve polikliniklerin genel ihtiyaçlarına olan duyarsızlıktır. Psikiyatri servis ve poliklinikleri, yeni sağlık anlayışı çerçevesinde yeterince gelir getiren yerler olarak görülmemekte ve ihtiyaçlar konusunda son derece duyarsız davranılmaktadır. ■

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ Psikiyatride Ücretlendirme Görev Grubu Ara Raporu

20.04.2008

Psikiyatride Ücretlendirme Görev Grubu Koordinatörü

Dr. Fatih Öncü

Merkez Yönetim Kurulu tarafından 25.01.2008 tarih ve 15/2008 sayılı yazı ile psikiyatride ücretlendirme konusundaki sorunları ve çözüm yollarını araştırmak için bir Görev Grubu kurulması, sorunlar ve çözüm yollarıyla ilgili rapor hazırlanması istenmiş, yine Merkez Yönetim Kurulu tarafından 19.03.2008 tarih ve 72/2008 sayılı yazısı ile Bütçe Uygulama Talimatı ile ilgili sorunlar ve çözüm yollarıyla ilgili çalışmalarında bu görev grubu tarafından yapılması istenmiştir.

Bu görevlendirme üzerine tarafımda tüm Türkiye’de değişik kurumlarda görev yapan meslektaşlarımıza ulaşabilmek için psikiyatri elektronik posta grubuna mesaj atılmış ve gruba üye olarak katkıda bulunmaları ve önerileri istenmiştir. Bu çağrı üzerine Doç. Dr. Mustafa Sercan (Bolu, Üniversite), Doç Dr. Özgür Öztürk (İstanbul, serbest), Dr. Hüsameddin Özer (Sakarya, Eğitim ve Araştırma Hastanesi), Dr. Suat Can

(Antalya, Serbest), Dr. Mehmet Çekirdek (Antalya, Üniversite), ve Dr. Salih Selek (K. Maraş, Devlet Hastanesi)’ten oluşan bir grup oluşturulmuştur. Koordinatör ile birlikte toplam 7 (yedi) kişiden oluşan grubun, farklı kurumlarda ya da serbest çalışan meslektaşlarımızdan oluşması sorunun tüm boyutlarının incelenmesi açısından memnunluk yaratmıştır.

Grup elektronik posta yolu ile iletişime geçmiş ilk olarak söz konusu sorunlar ve çözüm yolları ile ilgili ülkemizde yapılmış başka çalışma ya da raporların araştırılmasına ve Maliye Bakanlığı’nın Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nin psikiyatride ilişkin bölümlerinin incelenmesine karar verilmiştir.

Söz konusu incelemeler halen devam etmektedir.

Bilgilerinize sunulur. ■

TPD Psikiyatrik Hizmetleri Ücretlendirme Görev Grubunun Sağlık Uygulama Tebliği ile İlgili Görüşleri..

05.11.2008

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Merkez Yönetim Kurulu'na

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Merkez Yönetim Kurulu'nun 24.10.2008 tarih ve 219/2008 sayılı yazısı ve Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi'nin 21.10.2008 tarih ve 213/2008 sayılı yazısı ile 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası Yasası'nın sağlık alanında uygulanmasını tarif eden Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'ne dair genel ve uzmanlık alanımızla ilgili görüşlerimiz sorulduğundan, SUT, meslektaşlarımızın başka organizasyonlarda ve yayınlarda dile getirdiği sorunlar ve çözüm önerileri görev grubumuzca incelenmiş ve ekte belirtilen değerlendirmeler yapılarak rapor halinde tarafınıza sunulmuştur.

Saygılarımla.

Dr. Fatih Öncü

TPD Psikiyatrik Hizmetleri Ücretlendirme Görev Grubu Koordinatörü

Üyeler:

Dr. Fatih Öncü

Dr. Hüsameddin Özer

Dr. Salih Selek

Gözlemci üyeler:

Doç. Dr. Mustafa Sercan

Dr. Mehmet Çekirdek

Doç. Dr. Özgür Öztürk

Dr. Suat Can

İNCELEME VE ÖNERİ RAPORU

SUT'nin genelinin değerlendirilmesinde,

Sağlık sisteminin büyük oranda mali açıdan değerlendirildiği, sağlık çalışanlarının hizmetlerinin niteliklerinin göz ardı edildiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının emeklerinin karşılığının yetersiz olduğu ya da adaletsiz dağıtıldığı gözlenmiştir. Riskli tıbbi uygulamalar yeterince değerlendirilememiştir.

SUT'un 2.3/ç bendinde muayenehaneler, basamaklandırılmayan gruplar içinde yer almaktadırlar. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşma yapan veya yapmayan muayenehanelerin Özel Sağlık Kurumu olarak sayılıp, bu haliyle tamamen dışlamaktansa, hizmetlerinden yararlanılması amacıyla "Muayenehane" olarak eklenmelidir. Böylece, muayenehanelerin sistem dışına itilmesinin önüne geçilecektir. Bu dışlanan muayenehane hekiminin kendisi isterse sisteme entegrasyonunu sağlayacak ve hastanın da hekim seçme özgürlüğüne katkı sağlayacaktır.

Gerek Üniversite Hastanelerinde gerekse Eğitim Hastanelerinde sağlık hizmetine ek olarak eğitim masrafları da fazladan olacağından SUT'de belirlenmiş olan katkı payları araştırma

ve eğitim kalitesinin düşmemesi bağlamında Üniversitelerde ve Eğitim Hastanelerinde daha da yüksek (%20-30) olmalıdır.

Ek 10/B'de Ayaktan tedavi ödeme listesindeki ücretlendirmenin hangi kıstaslara göre yapıldığı net değildir. Örneğin Üniversite Hastanesi'nde, Eğitim Hastanesi'nde ve Tıp Merkezi ile Özel Dal Merkezleri'nde branşlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Özellikle Psikiyatri ve Çocuk Psikiyatrisi ücretlendirilmesi Üniversite Hastanelerinde 36, Eğitim Hastaneleri'nde 29, Özel Dal Merkezleri'nde 20 YTL olarak en düşük düzeyde belirlenmişken, diğer branşlarda fiyatlar daha yüksek tutulmuştur. Oysa psikiyatrik muayene süreleri daha uzun ve gün içinde değerlendirilen hasta sayısı diğerlerine göre daha az sayıda olmaktadır. Ayrıca bazı olgularda ek olarak aile görüşmeleri de yapılmaktadır. Başka uzmanlık alanlarının da benzer sorunlar yaşadığı düşünülmektedir.

Uzman hekim raporları ve Sağlık kurulu raporları nitelikleri ve mesleki riskleri göz önüne alındığında önemsizleştirilmiştir. Harcanan emeğe karşılık gelecek bir düzeye çıkarılmalıdır.

SUT'nin psikiyatri uzmanlık alanında değerlendirilmesinde;

SUT'de psikiyatrik uygulamalarla ilgili bazı yerinde olmayan ve haksız değerlendirmeler yapılmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası'nda (Sağlık Bakanlığı 2006) “Acil müdahale ve psikiyatrik yoğun bakım hizmetinin özel olarak ücretlendirilmesi ve bu birimde çalışanların döner sermaye katkı paylarının artırılması gerektiği” belirtildiği halde “acil psikiyatrik girişim” ve “psikiyatrik yoğun bakım”ın SUT'de yer almadığı görülmüştür. Bu alanlarda Bakanlıkça bile öngörülmüş düzenlemelerin olmaması şaşkınlık yaratmıştır.

Ayrıca bu hizmetler başka uzmanlık alanlarından farklı olarak psikiyatride özgü uygulamalardır. Ajitasyon ya da suisid düşüncesi nedeniyle yakın gözlenmesi gereken ya da kendisine ya da başkasına zarar vermemesi için psikiyatrik yoğun bakım gerektiren tıbbi durumlarda sağlık mensuplarının çalışmaları yeterince yer almamıştır.

Psikiyatri olguları içerisinde kendi bakımını yapamayacak düzeyde olanların (kronik hastaların bir kısmı, zeka geriliği olanlar, demans olguları gibi) vücut bakımları ve kişisel hijyeni sağlık ekibince yapılmaktadır. Başka alanlarda hasta refakatçisi bu bakımlarda rol alırken psikiyatri kliniklerinde çoğunlukla bu mümkün değildir.

Diğer uzmanlık alanlarında daha ayrıntılı değerlendirmelere yer verilmişken psikiyatride ayrıntılı hekim değerlendirmeleri sınırlı kalmış, psikometrik veya nöropsikolojik testler ağırlık kazanmıştır. Oysa ayrıntılı bilişsel işlev değerlendirmesi, Ekstrapiramidal sistem muayenesi bazı olgularda hekimin ayrıca yaptığı uygulamalardır. Bu değerlendirmeler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Nöroloji uygulamalarında olmasına rağmen Psikiyatrik uygulamalarda bulunmamaktadır.

Yine Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Nöroloji uygulamalarında (bazıları ortak olarak) rehabilitasyona ayrıntılı bir şekilde yer verilirken çağdaş psikiyatri uygulamalarında psikiyatrik rehabilitasyona yer verilmemiştir. Oysa gerek üniversite gerekse eğitim hastanelerinde başlayıp giderek yaygınlaşan rehabilitasyon uygulamaları **Türkiye Psikiyatri Derneği ve Sağlık Bakanlığı'nın sık sık vurguladığı “toplum temelli ruh sağlığı” yapılandırmasının gereklerindedir.** Ayrıca, **ülkemizdeki yasalar ve yönetmelikler gereği** psikiyatrik rehabilitasyon uygulamalarının Psikiyatri uzmanı ya da Çocuk Psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılacağı belirtildiğinden **bu uzmanlar sorumluluğunda ve gözetiminde** klinik psikolog, psikolog, sosyal çalışmacı, iş-ugraş terapisti ve psikiyatri hemşiresi tarafından yapılabileceği belirtilmelidir. Nitekim diğer alanlarda Rehabilitasyon uygulamaları Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı veya Spor Hekimi gözetiminde fizyoterapistler tarafından uygulanabileceği SUT'de belirtilmiştir.

Bireysel ya da grup terapilerinin puan değeri birçok başka

uzmanlık alanında ki uygulamaların çok gerisinde kalmıştır. Harcanan emek ve süre göz önüne alındığında bu açıkça görülecektir. Yine ülkemizdeki yasalar ve yönetmelikler gereği **psikoterapi uygulamalarının Psikiyatri uzmanı ya da Çocuk Psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılacağı ya da bu uzmanlar sorumluluğunda ve gözetiminde** klinik psikolog ve psikolog tarafından yapılabileceği belirtilmelidir.

Adli psikiyatri uygulamalarının yoğun olduğu uzmanlık alanımızla ilgili SUT'de hiçbir maddeye rastlanmamıştır. Sadece faturalandırmada adı genel olarak geçmektedir. Oysa gerek bilirkişilik gerekse koruma ve tedavi alanlarında özellikle bölge hastaneleri yoğun mesai harcamakta ve emek vermektedir. Ceza mahkemeleri ve hukuk mahkemelerinin bilirkişilik hizmetleri derecelendirilerek SUT'e konmalıdır. Mahkeme dosyalarının incelenmeleri dikkate alınmalıdır. Ayrıca mahkemelerde bazen sadece dosya üzerinden rapor istenmesi nedeniyle SUT'de dosya üzerinden sağlık kurulu raporu şeklinde de yer almalıdır. Özellikle riskli çalışma alanları olan Adli Psikiyatri ve AMATEM Kliniği hizmetleri ayrıca değerlendirilmelidir.

Bunun dışında üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri ile dal hastanelerinde özelleşmiş kliniklerde (Psikoz, Duygudurum, Cinsel İşlev Bozuklukları, OKB vb.) hastaya ayrılan süreler ve hasta sayısındaki sınırlamalar göz önüne alınarak ayrı şekilde değerlendirilmelidir.

Madde-12.7.2'de belirtilen ilaç kullanım ilkeleri ve ilaç raporu düzenlemeleri psikiyatrik uygulamalarda bugüne kadar psikiyatri hekimlerinin ve hastalarının aleyhine bir çok soruna neden olmuştur. Özellikle antidepresanların ve antipsikotiklerin hem psikiyatri hem de nöroloji uzmanlarınca yazılması ve ilaç raporu düzenlenmesi pratikte sorunlar yaratmaktadır.

Demans gibi her iki uzmanlık alanı ile ortak değerlendirilebilen olgular dışında psikiyatrik endikasyonlarda (Depresyon, anksiyete bozukluğu, şizofreni vb) nöroloji uzmanlarınca düzenlenen ilaç raporları ve sonraki gerek hastanın hastalığının seyirindeki kötüleşme gerekse adli olgulardaki sorunlar sık sık meslektaşlarımızın önüne gelmiştir. Her ne kadar uzmanlık eğitimi esnasında 9 ay süren rotasyonlar olsa da Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile Nöroloji uzun yıllar önce birbirinden ayrılmış iki farklı tıp disiplindir. Birbirlerinin yerine ikame edilemezler. SUT eklerinde de olan hastalık endikasyonlarında sadece ortak hastalıklarla (Demans, psikiyatrik ilaç yan etkileri nedeniyle ekstrapiramidal sistem hastalıkları gibi) ilgili her iki uzman da rapor düzenleyebilmeli ancak uzmanlık alanlarındaki hastalıklarda (örneğin şizofrenide antipsikotik, depresyonda antidepresan gibi) sadece ilgili uzmanlık (psikiyatri) ilaç raporu düzenleyebilmelidir. Ülkemizde artık çoğu ilde psikiyatri uzmanı bulunmaktadır. Böylece hem hastanın hastalığı ile ilgili uzmana ulaşması dolayısıyla tedavi hakkı korunmuş olacaktır hem de başka bir uzmanlık alanının tedavisiyle gerçekleşecek olumsuz sonuçların önüne geçilmiş olacaktır.

Yüksek dozda alındığında suisid riski olan hastalar için tehlikeli olabilecek **trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar psikiyatri ya da çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından**

yazılmalıdır. Uzman raporuyla diğer hekimlerde yazabilmelidir.

SSRI, SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanları psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanı, nöroloji (erişkin ve çocuk) uzmanı ve aile hekimi yazılabilmeli **ancak sadece psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından ilaç raporu düzenlenebilir.** Sadece yerleşim yerinde psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanlarından birisi bulunmadığı takdirde nöroloji (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından rapor düzenlenmelidir. Nöroloji uzmanının düzenlediği ilaç raporu 6 (altı) aydan daha uzun olmamalı daha sonraki değerlendirmelerin psikiyatri uzmanı tarafından yapılması şart koşulmalıdır.

Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin oral formlarının psikiyatrik endikasyonlarda psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi yerinde olacaktır. **Sadece yerleşim yerinde bu uzmanlardan birisi bulunmadığı takdirde nöroloji (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından reçete edilebileceği daha sonraki değerlendirmenin psikiyatri uzmanı tarafından yapılması şart koşulmalıdır.**

EK-8'de önerilen değişiklikler (gri renkte yazılanlar)

KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	PUAN	BİRİM FİYAT (YTL)
	2. HEKİM MUAYENELERİ VE RAPORLAR			
520.020	Acil poliklinik muayenesi		40	25,00
	Acil psikiyatri polikliniği muayenesi		50	30,00
520.030	Normal poliklinik muayenesi		26	15,50
	Özelleşmiş Alanlarda Psikiyatri Poliklinik Muayenesi	Üniversitelerde, Eğitim Araştırma Hastanelerinde, dal hastanelerinde Adli Psikiyatri, AMATEM, Duygudurum, Psikoz, Nevroz, CİB vb.	50	30,00
520.050*	Sağlık kurulu raporu	Hastalık, İstirahat, Malullük, Özürlü raporlarında Bir rapor ve bir muayene ücreti ödenir	100	60,00
	Sağlık kurulu raporu	Görev yapma (Emniyet, Öğretmen, güvenlik vb.), silah ruhsatı. Bir rapor ve bir muayene ücreti ödenir	150	90,00
	Sağlık kurulu raporu	Ceza sorumluluğu tespiti	250	150,00
	Sağlık kurulu raporu	Uyuşturucu madde bağımlılığı tespiti	200	120,00
	Sağlık kurulu raporu	Hukuki ehliyet tespiti, TMK'nun 432. maddesi uyarınca değerlendirilme, Denetimli serbestlik raporu, Mağdur durumu	150	90,00
	Sağlık kurulu raporu	Farik-mümeyyizlik tespiti	250	150,00
	Sağlık kurulu raporu	Adli dosya incelemesi	60	40,00
	Sağlık kurulu raporu	Dosya üzerinden rapor düzenlenmesi (ceza mahkemeleri)	150	90,00
	Sağlık kurulu raporu	Dosya üzerinden rapor düzenlenmesi (hukuk mahkemeleri)	100	60,00
	Sağlık kurulu raporu	TCK'nun 57/2,3, 6 ve 7. maddesi uyarınca hastaneden çıkarılma konusunda	150	90,00
	Sağlık kurulu raporu	TCK'nun 57/4. maddesi uyarınca tıbbi kontrol	150	90,00
	Sağlık kurulu raporu	Diğer	100	60,00
520.051	Uzman hekim raporu		50	30,00
520.052	Meslek hastalıklarının tespiti için hekim görüş raporu	Sadece meslek hastalıkları hastaneleri tarafından fatura edilir.	84	50,00

Antidepresanlar ve antipsikotikler için düzenlenecek uzman hekim raporunda ilacın kullanılacağı süre belirtilmeli ve **gerekirse kontrol aralıkları** da eklenmelidir.

Psikiyatrik hastalıklarda kullanılan bazı ilaçların (antipsikotik) yan etkilerinden dolayı psikiyatri uzmanlarının da kullandığı ilaçlar sadece Biperiden'den oluşmadığından Ek-2 10.3'deki **Ekstrapiramidal sistem hastalıklarında kullanılan diğer ilaçların da (Bornaprin HCL, Difenhidramin gibi) psikiyatri uzmanlarınca (erişkin ve çocuk) reçete edilebilmesi ve ilaç raporu düzenlemesi sağlanmalıdır.**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda ülkemizde yeni kullanıma giren **Atomoksetin'in** psikiyatri uzmanları (erişkin ve çocuk) tarafından reçete edilebilmesi ve ilaç raporu düzenlenebilmesi sağlanmalıdır.

Ayrıca psikiyatrik uygulamalarda ayırıcı tanıda organik kaynaklı bazı hastalıkları ayırt etmede kullanılan görüntüleme ya da laboratuvar tetkiklerinin faturalandırmasında geri ödemede güçlüklerle karşılaşılması da meslektaşlarımızda belirtildiğinden gözden geçirilmelidir.

Ek-8 ile ilgili değişiklik önerileri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

7.7.SİNİR SİSTEMİ				
	PSİKİYATRİK ÇALIŞMALAR	702.660-702.810 arası çalışmalar Psikiyatri kliniklerince yapıldığında faturalanabilir.özel dal psikiyatri hastanelerinde ücretlere %30 ilave edilir.		
702.660	Aile görüşme- değerlendirme	Psikoz ve Zeka geriliği tanısı alanlarda her görüşme için, çocuk psikiyatrisi hariç diğer tanılarda yılda en fazla üç kere ödenir. Acil serviste intihar girişimlerine psikososyal destekve krize müdahale kapsamındaki devlet hastaneleri acil servislerinde de fatura edilebilir.	60	40,00
702.670	Aile tedavisi	her ay için en fazla üç kez ödenir.Acil serviste intihar girişimlerine psikososyal destek ve krize müdahale kapsamındaki devlet hastaneleri acil servislerinde de fatura edilebilir.	60	40,00
702.680	Aile, iş yeri ya da okul ziyareti	yılda en fazla bir kez ödenir	100	60,00
702.690	Anestezili EKT protokolü, EKT+EEG		100	60,00
702.700	Bireysel psikoterapi (her saati)	Psikiyatri uzmanı ya da çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılır ya da bu uzmanlar gözetiminde Klinik Psikolog tarafından yapılabilir	40	25,00
702.710	Elektrokonvülsiv tedavi, EKT		40	23,80
702.711	EKT sonrası bilinç ve oryantasyon takibi	EKT sonrası bir adet faturalandırılır.	25	15,00
702.720	Gelişim testler (her biri)	702.760 ile birlikte fatura edilemez.	20	11,90
702.730	Grup Psikoterapisi (kişi başına herbiri)	Psikiyatri uzmanı ya da çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılır ya da bu uzmanlar gözetiminde Klinik Psikolog tarafından yapılabilir.	30	20,00
702.740	Kişilik testleri (her biri)	Bir adetten fazla faturalandırılmaz.	20	11,90
702.750	Klinik değerlendirme ölçekleri (her biri)		10	6,00
702.760	Nöropsikolojik test bataryası	Nöropsikolojik test bataryası ile faturalanmaz	50	29,70
702.770	Nöropsikolojik testler (her biri)		15	8,90
702.780	Projektif testler (her biri)		20	11,90
702.790	Psikiyatrik değerlendirme	520.030 ile birlikte faturalanamaz.	30	20,00
702.800	Psikiyatrik tanı koydurucu ölçekler	Bir adetten fazla faturalandırılmaz.	15	8,90
702.810	Zeka testleri (her biri)	702.760 ile birlikte fatura edilemez. Bir adetten fazla faturalandırılmaz.	20	11,90
	Psikiyatrik Yoğun bakım	Tespit, yemek, yatak, hasta ziyaret hizmetlerini kapsar.	150	90,00
	Psikiyatrik Yakın Gözlem	Yemek, yatak, hasta ziyaret hizmetlerini kapsar.	130	70,00
	Ajite hasta muayenesi		50	30,00
	Ekstrapramidal sistem muayenesi		25	15,00
	Bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi		25	15,00
	Psikiyatri hastası vücut bakımı	Kendi bakımını yapamayan hastalarda uygulanır	50	30,00
	Sosyal anket	Sosyal çalışmacı vb. tarafından yapılan	50	30,00
	Psikiyatrik rehabilitasyon (her biri)	Psikiyatri ya da çocuk psikiyatristi tarafından ya da gözetiminde Klinik Psikolog, Psikolog, Sosyal çalışmacı, iş-üçraş terapisti, psikiyatri hemşiresi vb. tarafından yapılan Psikoeğitim, özbakım eğitimi, sosyal beceri eğitimi, spor terapisi, iş-üçraş terapisi	50	30,00
	Solunum havasında alkol tespiti	Alkolmetre ile	15	10,00
	Gevşeme egzersizi	Psikiyatri ya da çocuk psikiyatristi tarafından ya da gözetiminde Klinik Psikolog, Psikolog, psikiyatri hemşiresi vb. tarafından yapılan	25	15,00

*Sağlık kurulu raporları Üniversite veya Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde düzenlenmişse %20 oranında eğitim katkı payı eklenmelidir.

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği
RUSİHAK

PSİKİYATRİK TEŞHİS ALMIŞ VE ZİHİNSEL ENGELLİ BİREYLERİN HAKLARININ TANINMASINA ve TOPLUMSAL YAŞAMA KATILIMINA YÖNELİK PROJE

İstanbul Yuvarlak Masa Toplantısı Raporu “Psikiyatrik Teşhis Almış Kişilerle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri”

17 Haziran 2008

Raporu hazırlayan
Fatma Zengin Dağdır-Şehnaz Layıkel

17 haziran 2008 salı günü saat 13:30-16:30 arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi başhekimlik toplantı salonunda gerçekleştirilen toplantıya aşağıdaki kişiler katılmıştır:

1. Abdülkadir Tabo, *İl Sağlık Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı müdür yardımcısı*
2. Adnan Kaya, *Hasta yakını, Kayseri’de ikamet ediyor.*
3. Alp Oflazoğlu, *Şizofreni Dostları Derneği üyesi*
4. Ayla Yazıcı, *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Gündüz Hastanesi yöneticisi*
5. Aylin Çiftçi, *İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Kayışdağı Darülaceze Müdür Yardımcısı*
6. Ayşe Şair, *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Sosyal hizmet uzmanı*
7. Bahadır Çembersaran, *Şizofreni Dostları Derneği üyesi*
8. Canan Öner, *Kadıköy Belediyesi, Engelli Danışma Merkezi Koordinatörü*
9. Cüneyt Kayhan, *İl sağlık müdürlüğü, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, Psikolog*
10. Deniz Keskinler, *Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Başhekim yardımcısı*
11. Doğan Yeşilbursa, *Türkiye Psikiyatri Derneği üyesi*
12. Hacer Atık, *Psikiyatri Hemşireleri Derneği genel sekreteri*
13. K. P., *Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, tedavi görüyor*
14. Medaim Yanık, *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekim*

15. M. D., *Gündüz Hastanesinde tedavi görüyor ve çalışıyor*
16. Nazlı Sevgili, *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, temizlik görevlisi*
17. Pınar Bayrak, *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekim Asistanı*
18. Seçkin Şeftalicioğlu, *Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, El sanatları Öğretmeni*
19. Serpil Güleçyüz, *Kadıköy Halk Eğitim Merkezi Müdürü*
20. Sevim Alper, *Dünya Şizofreni Derneği üyesi, hasta yakını*
21. Sinem Erusta, *SHÇEK Zeytinburnu Rehabilitasyon merkezi Psikologu*
22. Soner Koşan, *Bahçelievler Belediyesi Sengi Evi Sosyal hizmet uzmanı*
23. Vildan Çembersaran, *Şizofreni Dostları Derneği yönetim kurulu üyesi*
24. Fatma Zengin Dağdır, *Proje Koordinatörü*
25. Mesut Demirdoğan, *Dernek başkanı*
26. Nilay Kacar, *Yönetim Kurulu Üyesi*
27. Şehnaz Layıkel, *Genel Koordinatör*

Katılımcılar kendilerini tanıttikten sonra, Mesut Demirdoğan, RUSİHAK’ı ve çalışmalarını kısaca anlatmış, Fatma Zengin Dağdır “Ruh sağlığı alanında dünyadan ve Türkiye’den iyi örnekler” başlıklı bir sunum yapmıştır. Bu sunumda, batı ülkelerinde son 40 yıldaki toplum temelli hizmetlere geçişle

İlgili süreçler ve kendi haklarının savunucusu olma, kişi merkezli planlama, toplum-temelli hizmet gibi kavramlar kısaca anlatılıp, bazı ülkelerdeki kamu hizmet sistemleri aktarılmıştır. Ayrıca, Türkiye'deki özürülük istatistikleri özetlenmiş ve ülkemizde özel dernekler ve bazı hastanelerin yaptığı örnek teşkil edecek çalışmalar anlatılmıştır. Ardından RUSİHAK'ın, Bakırköy ve Erenköy hastanelerinde uyguladığı proje etkinlikleri kapsamında hasta ve çalışanlarla yürütülen sorunlar ve çözüm önerileri çalışmalarında ortaya çıkan öneriler sıralanmıştır. Bu öneriler şu şekildedir:

BAKIRKÖY VE ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANELERİNDE TEDAVİ GÖREN VE KALAN HASTALARIN SORUNLARI ve ÖNERİLERİ

(yaklaşık 25 kişilik iki grup çalışmasında dile getirilen sorun ve çözüm önerilerinden derlenmiştir.)

Hastane Koşulları- Genel Sağlık Hizmetleri

- Hastanelerde hastalıklara özel bölümler olmalı. Farklı rahatsızlığı olanların bir arada olması, farklı travmalar yaratıyor, hem tehdit oluşturuyor, hem de denetlenemiyor.
- Hastanede çıkan yemekler hep benzer şeyler olmasa, hastalara bu konuda fikirleri sorulsa.
- Hastanede sabah altıda kahvaltı bitmiş oluyor, akşam odalar açılana kadar tüm hastalar ayakta. 15 saat ediyor. İlaçla tedavi olan kişiler istirahat edemiyor. Sekiz oda varsa dört tanesi istirahata açılabilir. Bahçede daha uzun süre kalabiliriz.
- Duş aldıktan sonra kıyafetlerimizin geri gelmesi konusunda titiz davranılmalı. Yıkamıyor, geri gelmiyor.
- Ortak bardak kullanılıyor, çeşme suyu veriliyor, Her şeyi hasta yakını getiremiyor. Sağlık Bakanlığı bardak verebilir, temiz su sağlayabilir.
- Atölyelerin yanında morg var, yazıyı görünce moralimiz bozuluyor. En azından üstündeki yazı kaldırılabilir .

Kurumlardaki Meşguliyet -Rehabilitasyon Olanakları

- Vakit geçirecek hiçbir şey yok, canımız sıkılıyor, ruhumuz daralıyor. Bir şeyle meşgul olursak bunalıma girmeyiz.
- Spor aktiviteleri olabilir.
- Hastanede sosyal faaliyet olarak bilgisayar kursu veya başka branşlar öğretilir, beceri edinmiş oluruz.
- Bizim gibi hastalara, ilgi alanlarına göre çeşitli eğitimler verilebilir. Hastanelere mühendislik bölümlerinden hocalar veya öğrenciler gelebilir, ben icat yapmayı seviyorum.

- Bütün sanat dalları olmalı kurslarda. Hastalara sorumluluk verilmeli. Verilen becerileri de kullanması sağlanmalı.
- Madde bağımlısı olarak hastanede kaldım ve kendi isteğimle ayrıldım. Çünkü orada sadece maddeden konuşuluyordu. Meşgale olmadığı için insanlar birbirlerini teşvik ediyorlar. Hastalar o şekilde bir arada olmamalı, aktiviteler olabilir, sevdikleri şeyleri yapabilirler.

Hasta- Hekim İlişkileri ve Tedavi Olanakları

- Doktor, hemşire surat asıp azarlayabiliyor.
- Tıp fakültelerinde hasta hakları okutulmalı. Başhekimlik, hasta haklarını, hastalara da anlattırabilir.
- Hizmet alanlar ve verenlerin birlikte arkadaş gibi bir ortam olması çok ileri seviyeye götürür.
- Hastanede çalışanların hastalara daha saygılı olmaları gerekir, bizim gibi hastalıklarda anlayışlı olmaları gerekir. Emir şeklinde ya da kendi sorununu kendin hallet diyerek değil.
- Kurumda doktor, hemşire, hastabakıcı, güvenlik görevlilerinin aynı dili konuşmaları için, “önce insan”, “iletişim” başlıklı eğitimler verilmeli.
- Her gün bizi görebilse doktorumuz. Terapi daha çok olmalı. Doktor sayısı artırılabilir.
- Hastanede ayaktan tedavi kolaylaştırılmalı, sabahın altısında gelmek zorunda olmamalıyım. Randevu sistemi olsun, hekimler de boşa zaman kaybetmemiş olur.
- Hastalığın tamamen iyileşmesi için tıp bir şeyler yapsın artık. Eskiden Mazhar Osman zamanında farklı yöntemler varmış, tıp ilerliyor, yeni yöntemler bulunabilir.

Farklı Teşhisler Konması-İlaç Tedavisi- Bilgilendirme

- Tedavi verenlerde teşhis açısından birlik olmalı. Denetleme de yok. Kendi başlarına klinik açan psikolog farklı teşhis koyuyor, hastane başka veriyor. Sağlık bakanlığı özel ve kamuda birlik sağlamalı, özeller de denetlenmeli.
- Psikiyatride farklı teşhisler konuluyor. 91'den beri tedavi oluyorum; depresyon, iki uçlu, kronik şizofrenin denildi. İlk gittiğim profesör 10 tane ilaç verdi. İlaçlar kötüleştirirdi beni. sonra başka teşhise göre farklı ilaç verdiler.
- Doktora girmemizle çıkmamız oluyor. Sorun biraz sistemde.
- İlaçların yan etkileri hakkında işi bilen kişilerce bilgilendirilmek istiyorum
- Daha uzun süre takip edip daha dikkatle ilaç verebilirler, hastalığın seyri ve ilaçların etkisi konusunda bilgi verebilirler.

Terapi Hizmetlerinin Denetlenmesi-Özel Sigortalarda Kapsam Dışı Olma

- Özel klinikler rant haline geldi. Bazı çalışmaları bilimsel bile değil.
- Medyada belirli doktorlar, hastalığı olmayanlara hastalık yayıyor. Prozac vs. gibi ilaçlar kolayca satılıyor. İlaçların köşe yazarlarınca reklam edilmesi engellenmeli. Bu bilgileri verenlerin ve medyanın denetlenmesi gerek. Buradan da bir rant yaratılıyor.
- Sağlık Bakanlığı standart oluşturmalı. Parası olan soyuluyor. Özel terapiler çok pahalı, devlette de randevu almak zor. Sigortalar bunu karşılamıyor, özel sigortalar psikolojik hastalıkları karşılamıyor. Bu da bakanlığın görevi. Psikoterapi çok önemli.

İstihdam-Çalışma Saatleri

- Çalıştıgımda çok iş yüklediler, 12 saat çalışıyordum.
- İŞKUR'a gittim, bir imza yüzünden işim olmadı. Torpil olmamalı.

Damgalama-Dışlama

- Özürlü değil engelli denmeli
- Yakınlarımızda ve toplumda psikiyatrik hastalara karşı çok önyargı var. Nasıl mücadele edebiliriz, evlenmemize hiç sıcak bakılmıyor mesela.
- Aileler iyi davranınsın.
- Hasta olan birey yargılanıyor. Bir insan hasta da şizofren vs. de olsa yargılanamaz, etiket gibi yapıştırılmaz, toplumun her kesiminde önyargıyla karşılanmamalıyız.
- Önyargılara karşı bilgilendirici kitaplar dağıtılabilir. Yetkili ve işin uzmanları hazırlasın. Her yerde dağıtılsın.
- Nüfus cüzdanına özür derecesi yazılması yanlış bir uygulama. Damga gibi, ömür boyu hasta mı olacağız?
- Otobüslerde kartımızı gösterince inanmıyorlar. Küçük şehirlerde daha çok sorun oluyor. Kimliğimi gösterince tamam diyorlar ama rencide ediyoruz.
- İETT gibi toplu taşıma bölümlerine gidilip hastalıklarla ve özür çeşitleriyle ilgili bilgi verilebilir.

Yasal Haklar-Hasta Hakları-Bilgilendirme

- Evlenme iznimiz var mı, ne yapabiliriz?
- Özürlü merkezleri bize de hizmet veriyor mu?
- Başka ülkelerdeki tecrübeler örnekler bizimle paylaşılmıştı, bunlar çok faydalı oluyor.

- Firara eğilimli hastaların kendilerine ve ailelerine psikolojik danışma hizmeti verilmeli. İlaç kullanımı konusunda dikkat edilecek konularda bilgi verilmeli. Hastanelerde ve Sağlık kuruluşlarının hepsinde verilebilir.
- Hasta yakınlarının bilgilendirilmesini çok istiyorum. Hastalara, hüsnü kuruntu yapıyor diyorlar. Hastalıkla ilgili bilgilendirilmeliler. Medya kanalıyla, kurumlarda bilgi verilebilir.

Hizmetlerin Yaygınlaşması -Toplum Temelli Hizmetler- Alternatif Merkez Modeli

- Hukuk fakültesinde fiziksel sorunum nedeniyle diğer arkadaşlarıma göre iki kat çalışmam gerekiyordu. Zorlandım. Ailevi sorunlarım da vardı. Hepsi üst üste geldi. Sonra depresyon başladı. Okulu bıraktım. Senelerce evden çıkmadım. Üniversitelerde psikolojik danışma merkezleri olmalı.
- 17 yıldır tedavi görüyorum, annem felçli, abim uzaktan geliyor, kısacık görüşebiliyorum. Bulduğum yerdeki devlet hastanesinde psikiyatri tedavisi görebilsem daha iyi olurdu.
- Model merkez dernek gibi bir yer olsun. Almanya'da bağımlılar için olan merkezler gibi olsun. Seçenekler çok olsun, biz seçelim. Adına Huzur havzası diyebiliriz.
- Evimize yakın akşamları ve cumartesi-pazar da kalabileceğimiz yerler olsa..
- Şu an bir geçiş aşamasındayız, huzurevleri pek çok yerde var. Huzurevleri ve SHÇEK'in merkezlerinde gündüz hastanesi gibi hizmet verilebilir.
- Türkiye'nin her yerinde psikiyatri hastanesi açılmalı.
- Sağlık ocakları her ilçede var. Sağlık ocaklarında bir tane psikiyatri doktoru olsa. Ataklar olmadan önleyici çalışmalar yapılabilir, hastalığın sebepleri araştırılabilir, bu kadar uzun süre hastanede kalmak zorunda kalmayız.
- Taburcu olduktan sonra oturduğumuz semtlerde ilgili kurumlara, mesela oradaki hastanelere başvurabilir miyiz? Keşke olsa. Oralarda dernekler olsa, sıkıntılarımızı iletsek.
- Bunlar paraya bağlı. Hemşirelerin eğitimi de olmalı. Eğitimi devlet vermeli. Kesilen vergilerimizle yapılabilir.
- Aileden, kadından sorumlu bakanlığın 0-7 yaş döneminde (ruhsal gelişim bu dönemde tamamlanıyor) önce anneleri, sonra babaları, sonra aileleri eğitmesi ve bunların denetlenmesi lazım.

BAKIRKÖY VE ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANELERİNDE ÇALIŞANLARIN ÖNERİLERİ

(İki grup çalışmasında 8 çalışanın söylediklerinden derlenmiştir.)

Topluma Dahil Olma- Ailenin Bilinçlenmesi

- Hastanın toplumdan dışlanmaması gerekir. Aile bilinçlendirilmeli ve hastayı gizlememeli. Sosyal Hizmetler'de bu konuya özel, sosyal hizmet uzmanları, psikolog vs.den oluşan özel bir birim olmalı. Aile bilinçlenirse hastaya daha iyi davranır.
- Hastanede hastası yatarken ailelere dönük de eğitim verilmeli. Bu eğitimler daha sonra, belediyeler, hizmet veren tüm kurumlarla devam edebilir. Zincir kopmamalı.
- Hastalardaki yetenekleri keşfetmek çok önemli. Kurumlarda terapi odalarında eline ilk kez kalem alanlar çok güzel resim yapabiliyor.
- Tüketici değil üretken olmalı, onlara uygun ortamlar, iş imkanları sunulmalı. İşe yaradığını hissettirmek gerekli.
- Sesi çok güzel olanlar var. Bir beceri edinirse, özgüven kazanır belki para bile kazanabilir. Ekonomik özgürlük kazanması lazım ki toplumun içinde yaşasın.
- Halk Eğitim Merkezlerindeki kurslarda tiyatro, halk oyunları ekiplerinde bu hastalar da olmalı. Hastanede veya dışarıda konser vermeleri. Dışarıdaki salonlar bu gruplara bedava verilmeli.

İşverenlerin-Medyanın Bilinçlenmesi

- İşverenlerin engelli grupları ve özellikleri hakkında bilinçlenmesi lazım, yeni işyerleri açılması lazım. Böyle bir hastalığın var olduğunu toplumun kabul etmesi lazım. İnsanlar korkuyor.
- Belediyeler ve işyerlerinin belli sayıda özürü çalıştırması gerekiyor. Bu bilinmiyor. Büyük şirketlerin bu gruba da iş vermesi lazım.
- Medyadan, sağlıkla ilgili bilgi verici belgesellerin yayınlanması istenebilir.
- Hastaneden çıktıktan sonra takibi olmalı. Yine onu hasta eden ortama girince, tedavi yarım kalıyor, devletin ilacı, parası boşa gidiyor. O ortamdaki stres kaynakları giderilmeli ki hasta tekrar dönmessin.
- Sağlık Bakanlığı'nın, hastanelere belli illeri bağlayıp diğerlerine gidişi kısıtlaması, insanları mağdur ediyor.

Farklı Bir Tedavi Yaklaşımı

- Doktor, psikolog, hemşire ekip olarak bir çalışma yapmıştık, serviste hasta ve yakınları ile belli sürelerle toplantı yapıp hastalara çeşitli görevler veriyorduk, gazete

okudu mu, alışverişe çıktı mı diye aileye soruyorduk. Bu çalışma sonucunda yatış araları azaldı. Tüm kliniklerde bu uygulanırsa, aileler ve hastalar bilinçlenmiş olur, hem de bir çeşit takip sistemi kurulmuş oluyor. Sadece ilaç tedavisi yerine, aileyle diyalog kuruluyor. Aile de nasıl davranacağını öğreniyor. Bu bir uzmanın başlattığı bir uygulamaydı, o uzman emekli olunca çalışma bitti. Oysa sisteme dönüşebilirdi.

Hastaların İstihdamı – Meşguliyet – Rehabilitasyon Hizmetleri

- İş konusu çok büyük sorun. Hiçbir yere yönlendiremiyoruz, yerel yönetimler yardımcı olmuyor, sokağın alternatifleri yok. Her ilçenin kaymakamlığı, belediyeler bizim sorumluluğumuz değil diyor, Darülaceze de kabul etmiyor.
- İşyerleri bu iki grubu tercih etmiyor, iş kalitesi açısından güvenemiyorlar, yarı zamanlı iş bile vermiyorlar.
- Hastalar, hastanelerdeki rehabilitasyon atölyelerinde daha çok vakit geçirmeli.
- Spor, müzik, kişisel bakım hizmetlerine (kuaför, kılık, kıyafet) çok ihtiyaç var. Halk Eğitim Merkezlerinden, belediyeden bu uzmanlar getirilebilir.
- Yeteneğini keşfedeceği ortamlar sunulup ondan sonra buna uygun iş bulunması gerekir.
- Gönüllüler ve hastaneler işbirliği yapabilir. Gönüllü hizmetler kişisel ya da dernekler aracılığıyla olmalı.. Önemli olan hizmetleri isteyerek severek yapmak.

Personel Eksikliği-Sosyal Güvenlik İşlemleri

- Kurumlarda çalışan sayısı çok az. Bir doktor 60 hastaya, sosyal hizmet uzmanı 250 hastaya bakıyor. Kaliteli hizmet verilemiyor. Genel politika hasta sayısının ve gelirin artması ama personel sayısı artmıyor.
- SHÇEK psikiyatri hastaları için hazırladığımız evde bakım raporlarını geri gönderiyor.
- Sosyal güvenlik işlemleri çok uzun sürüyor. Hakem hastane istiyorlar. Bağ-kur ve SSK gibi kurumlarda konuyu bilmeyen kişiler var. Sahte rapor için yaptıkları bu inceleme nedeniyle tüm hizmetler aksıyor. Sahteciliği farklı yöntemlerle inceleyebilirler.
- Yeni sosyal güvenlik sisteminin ne getirdiğini bilmiyoruz.

Hastanelerde yapılan etkinliklerde dile getirilen bu önerilerin sunulmasının ardından, toplantıdaki katılımcılara İstanbul'da psikiyatrik tedavi görenlerle ilgili yaşanan sorunlar ve bu konudaki çözüm önerileri sorulmuş ve aşağıdaki yanıtlar alınmıştır:

YUVARLAK MASA TOPLANTISI

İSTANBUL'DA PSİKİYATRİK TEDAVİ GÖRENLERLE İLGİLİ SORUNLAR ve ÖNERİLER

Hastanelerin işleyişi- Hastane koşulları -kurumsal sorunlar ve gelişmeler

- Hastanede kalırken, çok erken kalkıyoruz. 8:30-9:00'da kalkmak isterdim.
- Hastama EKT verildi. Ama bana kesinlikle yararı veya zararı açıklanmadı.
- Bu çocuklar salt ilaçla tedavi edilmiyor, çeşitli uğraşlar lazım.
- Oğlumun %80'lik raporu varken, askeri doktor çok normal görünüyor diye bunu kabul etmedi, askere alındı, üç ay sonra çok kötüleşmiş olarak terhis edildi.
- Hasta hakları bölümüne gittiğimde tatmin edici cevap alamadım.
- Hastalar her seferinde başka hekime gitmek değil, aynı hekimi görmek istiyor. Bunun için randevulu hekimlik sistemine geçildi.
- Hekim yeterli süre ayırabiliyor mu, hasta süreyi yeterli görüyor mu, bunlar tartışmalı.
- EKT uygulanıyor ve bilgilendirme yapıp onam belgesi alındıktan sonra yapılıyor.
- Taburcu olurlarken, bilgilendirme formu ilgili kişilerce dolduruluyor.
- Hastanede çocuk psikiyatristi bir tane ve o da gebelik iznine çıkacak.
- Genel tıp hizmeti içerisindeki psikiyatri bakışı çok yetersiz. Birinci basamakta eğitimler yapılıyor. Birinci basamak için hedef bilinçlendirmek, farkındalığı artırıp sevkini kolaylaştırmak. Anadolu'dan gelen hastanın takibini yapmak için sağlık ocağı devreye sokulabiliyor. Ama sistem daha da aktifleşmeli.
- Hastalara taburculuktan sonra kalacak bir yer ve bir iş sunulamıyor.
- Hastanedeki reform hareketleri sıkıntıyı gidermeye yetecek gibi görünmüyor. Zaman zaman memnuniyet ölçümleri yapıyoruz. Her şey çok kötü değil, çok iyi bir durumda da değiliz.
- İstanbul'da en büyük zorluk yalnızca bölgeye değil, ülke geneline hizmet vermek zorunda olmak. Türkiye'deki ruh sağlığı sisteminin genel problemleri hastanelere de aynen yansıyor. Aşırı yükten kurtulabilirsek, Kayseri'deki hasta buraya gelmeyip kendi şehrinde tedavi görebilse, hastaneler daha rahat toparlanabilir. Eğer İstanbul'un

belirli bölgesine hizmet verip, servislerdeki yatak sayısını 60'lardan 25'e çekebilsek, bir sürü şey iyileşebilir.

- Türkiye'nin 28 ayrı bölgesinde 200 yataklı psikiyatri hastanesi yapılması için Sağlık Bakanlığında ihale açılma ihtimali var. Bu hastaneler 20 yataklı üniteler, bahçeli, geniş alanlı olacak. Gerçekleşirse, büyük bir rahatlama olacak.
- Toplum psikiyatrisi önemli. Belediyeler kendi nüfusları için bir merkez ve ardından yönlendireceği iş merkezi kurabilirse, hastaneler de rahatlar.

Uzmanların Yaklaşımı-İletişim Tarzı-Çalışanların Eğitimi-Motivasyonu

- Küçükken çocuğumun geçirdiği bir hastalık sonrası bir psikiyatri uzmanı bana "İyileşmez, çünkü mongol" dedi. Oysa kızım şimdi veteriner.
- Bilinçli bir anne olmasaydım, işler daha kötü olabilirdi. Hastaneden çıktıktan sonraki süreçle ilgili yeterince bilgi verilmiyor. Her şeyi kendi çabamla yaptım.
- Hem doktorlar hem mesleki eğitmenler kullandıkları üsluba, söylediklerinin karşı tarafı nasıl etkileyeceğine dikkat etmeli.
- Çalışanlarda bıkkınlık hali, tükenmişlik sendromu var. Servis değişikliği, bunalan birini daha başka bir göreve geçirme gibi yöntemler deniyor.
- Hastane çalışanlarının motivasyonunu arttırmaya yönelik sosyal etkinlikler daha sık düzenlenebilir.
- Hemşireler, pratisyen hekim ve bakım personeline eğitim sağlanması gerekiyor.

Gündüz Hastanesi Modeli-Planlı ve Entegre Yöntemlerin Gerekliliği

- Gündüz hastanesi ilk kurulduğunda herhangi bir ülkeden bir yöntem kopyalanmadı. Çeşitli yöntemler uyarlandı. Kişiyeye özel yöntem seçildi. Bir sistem her yere uygulanırsa, başarısız olur. İhtiyaca göre terapi yapılmalı. Aileye ve kişiyeye özel programlar yapılmalı. Hasta ve yakınlarıyla danışmanlık görüşmelerine başladık ve çok olumlu sonuçlar aldık.
- Şizofreni tanısı konan biri için ömür boyu planlı terapi gerekir.
- İlaç, terapi ve sosyal entegrasyon çalışması birlikte yürütülmeli.
- Hastalar her yerde çalışamaz. Taburcu olduktan sonra onları bir yere yönlendirebilsek, kalacak bir yer de önerebilirsek zincir tamamlanabilir.
- Bayan hasta, eşi alkol alıyor ve şiddet uyguluyor. Tedaviden sonra aynı sorunların içine göndermek zorunda kalıyoruz hastayı. Böyle durumlarda ailenin tamamının özellikle eşin tedaviye alınması gerekir.

Toplum temelli hizmetler -Kaynakların iyi kullanılması

- Kayseri’de yaşıyorum, ruh sağlığı hastanesi var, ama hizmet kalitesiz. Psikologla hiç tanışmadım. Şartlarını zorlayıp çocuğumu Bakırköy’e getirdim. Sürekli kalabileceğim bir yakınım yok. İstanbul’daki hastanelerde şehir dışından gelenler için kalacak lojmanlar olmalı.
- Otizmi olan bir çocuğa çok geç teşhis kondu. Anne kabul edemediği için tedavi görmedi. Oysa toplum temelli hizmetler olsaydı, başka olabilirdi. Gebelikte belirlenebilir, tedavi ailelerin ayağına gidebilir.
- Toplum temelli psikiyatri yaklaşımı için belediyelere büyük görev düşüyor. Her ilçe bu tür yapılanmaları oluşturmalı.
- Evlerde ve hastanelerdeki yükü azaltmak için toplum temelli ruh sağlığı merkezleri yaygınlaştırılmalı.
- Sivil yapılar baskı grubu olarak da kullanılmalı. Kurumlar arası ilişkiler zor yürüyor, ama tabandan gelen baskı dönüşümü hızlandırabilir.
- Projeler mantıklı bir sıraya konmalı ve bütçe en acil sorununa ayrılmalı. Bütçe düşükse, öncelik ağır gruba (şizofrene) verilmeli. Daha yüksekse hafifler de işin içine katılabilir.

İstihdam-Korumalı İşyeri-Rehabilitasyon Programları

- %80 özürlülük oranım var, iş vermiyorlar. Evde bakım da alamıyorum. Şizofren damgası olunca, iş bulmak zor. Oysa çalışmayı isterim.
- En gerideki engelli grup şizofreni hastaları ve bu alanda en gerideki husus korumalı işyeri.
- Rehabilitasyon merkezinin (Bir şizofreni hasta gündüzlü rehabilitasyon merkezinde ne yapar üzerine) resmi bir iş-leviş programı yoktu.
- Belediye desteğiyle Down Cafe gibi korumalı işyerleri kurulabilir.
- Korumalı işyerleri çoğaltılmalı. Bu yatışları da azaltır. Kurumlar arası ve STK’larla işbirliği çok önemli. STK’lar da birebir çalışarak bunu göstermeli.
- Psikoze hastalarının sadece ilaç tedavisi var. Ama barınma, istihdam sorunu ne olacak? Korumalı işyeri, özel kotadan daha uygun bir çözüm. Avrupa’da mesleki rehabilitasyon daha çok korumalı işyerleri üstünden ilerliyor.
- Halk Eğitim Merkezinde şizofreni tanısı olan birini yanıma işe verdiler. 3 yıl çalıştı. 3 yıl sonunda heyet beni de görüşmeye çağırdı. Heyet raporundan sonra, öğretmenliğe geri döndü ve hiçbir sorun yaşamadı.. Hastaların işyerlerinde takibi ve gözetilen kişiyle bağlantı kurulması çok yararlı bir yöntem.

Barınma problemleri-sokakta yaşayanlar

- Şu anda Türkiye’de bir şizofrenin yardımıyla da olsa kendi kendine yaşayabileceği bir yer yok, bakımevi bile yok.
- İstanbul genelinde kışın yapılan sayımda sokakta yaşayan 250 psikiyatrik hasta görüldü.
- Sokakta yaşayanların %80’i şizofreni hastası. Sokakta yaşayanlar yatılı kurumu reddediyor. Yenikapı’da belediye duş, yemek gibi ihtiyaç duyduklarında kullanabilecekleri hizmetler için bir yer kurdu.
- Hollanda’da yaklaşık %50’den az ruhsal özürlü ailelerle yaşıyor. Çoğu Avrupa ülkesinde %20-25’i sokakta yaşıyor.
- Türkiye’de bu grubun neredeyse %98i aileyle yaşıyor. Modernleştikçe bu trend bize de gelecek ama şimdi aile yapısını korumalıyız. Aileleri rahatlatmalıyız.. Stratejiye aileleri eklemeliyiz. Evde bakım ana stratejilerimizden biri olmalı.

Vasilikle ilgili sorunlar

- Vesayetle ilgili sorun yaşıyorum. Ülkede hasta haklarına dair kanunlar kağıt üzerinde kalıyor, uygulama yok. 19 yaşında hastalandım, askere gittim ve döndüm. Ama bana vasi atandı. Oysa ben askerliğini bile yapmış biriyken, bana vasi atanmamalıydı. Vasimle sorun yaşıyorum. Hastane vasi gerekir raporu verdi. “ilerde hastalanabilir” gerekçesiyle adli tıp iptal etmedi. Vesayetim kalksın istiyorum. Vesayetin iptali için aklı dengenin yerindeliği bile yeterli değilmiş.
- Uzman: Vasinin başvurusu yapılması gerekir. Ama bizzat kendisi vesayetten kurtulmak istediği için, bunu kötüye kullandığını kanıtarsa, vasi değişebilir. Ama iptal edilemez.
- Belki aile değil de profesyoneller vasi olursa, daha iyi olabilir.

Yasal alandaki uygulamalarla ilgili sorunlar

(sabahki oturuma katılan ve Bakırköy Ruh Sinir Hastalıkları hastanesinde de görev yapan hakim Hatice Atasoy’un söyledikleri)

- Hukukçu olarak hem zihinsel hem psikolojik sorunları olan kişilerle özel ilgileniyorum. Medeni kanununun kabulünden beri bu kişilerin hukuki açıdan korunması ile ilgili pek çok kanun var, ama normal kişilerin haklarının uygulanmasında bile sorun varken bu grupta daha çok sorun oluyor. Hakimler bile bu grubu ve haklarını hafife alır, diğer konuları daha önemli görürler. Zaten bu kişiler kendilerini koruyamıyorlar. Genelde düşük statülü ailelerden geliyorlar, aileler de haklarını bilmiyor, bir de hukuki değer verilmemesi çok büyük bir sorun. İsimleri bile bilinmez, nüfus cüzdanları bile yoktur.

- Aileler reddetmiş durumda, gayrimenkulları var, kim onların hakkını koruyacak? Aile de maddi olarak kullanmak amacını güdebiliyor.
- Hastanede kalan hastaların kimliği yoksa çıkarılması, vasi tayin edecek kimsenin bulunmaması gibi önemli meseleler var.
- İlk kez Bakırköy Ruh Sinir Hastalıkları hastanesinde özel ihtisas bölümü olarak çalışmaya başladık. Hastaların yatışında hukuki işlemlerin kolaylaşması için ahkam-i şahsiye mahkemesini kendi çabalarımızla kurduk. Adliyenin hilafına rağmen Ankara'da ikinci örneğini kurduk. Bu çalışmanın sonunda Adalet bakanlığına da ulaşılmalı.
- Bu hastanede en az 4 tane daha mahkeme açılmalı. Çünkü bizzat kişinin dinlenmesi lazım. Çoğu zaman servis doktoruna güveniyorum. Avrupa'ya göre sayılar çok fazla, her gün 30 yatışın olduğu yerde hakim gelmesi zor. Burada hakim olması gerekli o yüzden.

Sosyal Hizmetler -Evde Bakım Hizmeti –Özürlü Maaşı

- SHÇEK'e bağlı yatılı kurumlarda normal gelişen çocuklarda bile bir süre sonra sorunlar görülmeye başlıyor. SHÇEK elemanları, yeterli bilgi ve donanım olmadan çalışıyor. Kimsesiz, terkedilmiş ya da sokakta yaşayan çocuklarda 0-7 yaşta sorunu yakalayabilirsek, bir şeyler yapılabilir. Ama kaçıp suça karıştıklarında, sorun ciddiye alınıyor. Koruyucu ruh sağlığı toplum için çok daha faydalı olabilir.
- SHÇEK personeline ruh sağlığı konusunda daha çok eğitim ve destek sağlanmalı.
- Hasta sayısının çokluğu, sosyal hizmet uzmanlarının yapması gerekenleri yapamamasına neden oluyor.
- Sosyal program hazırlandığında, yetkililerden ilgi görmüyor. Başka özür gruplarında olduğu gibi karşılanmıyor.
- Engelli maaşında çok sorun var: Baba ya da annenin sosyal güvencesi varsa ve maaşı alırsa, güvence kaybediliyor. Süreç bir yıl sürüyor, yeşil kart da maaşla geliyor ve kişi o bir yıl içinde güvencesiz kalıyor.
- Evde bakım hizmetinde ücretten faydalanma konusunda mevzuattan doğan sıkıntılar var. Önce %50 özrü bulunan ve geliri asgari ücretin altında olanların alabileceği söylendi ve bu koşulları taşıyanlardan bazıları ücret almaya başladı. Sonra bir de "ağır özür" ibaresi istendi. Oysa kişi özürlyü ve anne tüm hayatını buna adadıysa, motivasyon sağlanması için bunun verilmesi gerekir.
- Özürülülerin maaşı olursa, ebeveynler öldüğünde onlara bakacak daha çok kişi çıkar.
- Evde bakım ücretinden faydalananlar içerisinde psikiyatri hastalarının oranı yalnızca %1.

- %80 özrü bulunan kişiler çalışamaz ifadesi kalkmalı. Şizofren her işte çalışabilir, alevlendiği dönemde çalışmaz.
- Raporlardaki yüzdeler için belirli bir kriter yok. Her kurum farklı oranlarda rapor verebiliyor.

Televizyonda Bilgi Verici Programlar-Ailelerin Eğitimi-Toplumun Bilinçlendirilmesi

- Böyle hastaların topluma kazandırılması gerekir. Televizyondaki eğitici programlar olursa ve hastaları aşağılayan programlar olmazsa, toplumun bakışı değişir.
- Bilinçlendirmek ve farkındalık oluşturmak için halka yönelik, özellikle şizofrenlerle yaşayan ve bakanlara yönelik çalışmalar yapılmalı.
- Tüm toplum bilinçlendirilmeli. Sokakta etkinlikler olmalı, tanışıklık olmalı, ürkeklik ortadan kalkmalı.
- Medyanın da olumlu çalışmalar içinde olması gerekiyor.
- Dernek için yer kiralarken sorun yaşıyoruz. Şizofreni derneği olduğunu duyunca zarar geleceğinden korkup yer vermiyorlar.

KATILIMCI KURUMLARIN ELBİRLİĞİYLE YAPILABİLECEKLER

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi: Hasta ailelerini bilgilendirmek konusunda ciddi sorunlarımız var. Hastane olarak (Bakırköy) hasta aileleri için ziyarete geldiklerinde seminer şeklinde toplantılar yapabiliriz, deneyimlerini paylaşabilirler, ilaçlar konusunda bilgilendirilebilirler. Böyle bir program yapabiliriz. / Yakın zamanda Bakırköy içinde amacı haklarla ilgili rehberlik sağlamak ve prosedürü basitleştirmek olan bir sosyal servis hizmete girecek. / 26-27 Haziran'da Bakırköy'deki Bahar Şenliği sırasında yeni gündüz hastanesi açılacak. / Servislerden biri daha geniş bir yere taşınacak. Bu servis dünyadaki özelleşmiş en iyi model olacak.

Bakırköy Gündüz Hastanesi: Darülaceze, SHÇEK, Belediye diğer kurumlarla birlikte, çok ayaklı düşünmek lazım. Belediyenin özürü merkezindeki personele eğitim vermeye başladık. Bizim hastalarımız oralarda uğraş terapisi görebilecek.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi: Randevulu hekimlik sistemi var. Hastalar, çok beklemeden randevu alıp, sıra beklemeden istediği hekime muayene oluyor. / İlaç yazma polikliniğimiz var. Uzman muayenesi olmadan belirli bir süre için ilaçlarını yazdırabiliyorlar. / Hastalarımızın büyük kısmı Ümraniye'den geliyordu. Toplu ulaşım gelmek zor olduğu için orada bir hizmet kliniği açtık. / Ayda 1 kez hastanede hasta yakınlarıyla bilgilendirme toplantısı yapıyoruz. Hasta okulu uygulaması ile Hasta yakınlarına eğitim veriyoruz.

Erenköy El sanatları Atölye sorumlusu: Malzeme sıkıntımız var, malzeme desteği bekliyoruz. Daha fazla hasta katılımı, ayakta tedavi görenlerin de katılımını hedefliyoruz. Bizde yürek var, destek görürsek, atölyeleri ayakta tutabiliriz.

İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı: Kendi şubemiz çok verimli değil. Ruh sağlığı hastaneleri bize bağlı değil. Sadece çalışanlara dönük eğitimlerle uğraşıyoruz. Damgalanma ve izolasyonu kırmak için, Sağlık ve ruh sağlığı haftalarında yoğun etkinlikler yapıyoruz. Kamuoyundaki bakışı değiştirmek için iyi fırsatlarımız var. 0-6 yaş için psiko-sosyal gelişim inceleme ve hastalık önleme konusunda İstanbul'da Ekim ayında tüm birinci basamaklarda devreye girecek bir çalışmamız var.

Kadıköy Halk Eğitim Merkezi: Mesleki yardım konusunda her zaman yardıma hazırız. / Eleman eksikliği var. Öncelikle eğitilmiş ve kendini adanmışlar arasından seçilen kişilerin eğitmen olarak yetiştirilmesi gerekiyor. / 0-6 yaş eğitiminde, evde zeka testleri ve ailenin tüm üyelerinin dahil olduğu eğitimleri de içeren anne-çocuk eğitimi programlarımız yaygınlaştırılıp, erken tanıya bir katkı sunabilir ve tanı sonrası için de yararlı olabilir. / Halk Eğitim Merkezi içinde psikiyatri grubuna yönelik eğitimler açılabilir. Talep olursa, program düzenlenebilir; yer ve araç gereç açısından bir sorun yok. Mevzuatla ilgili de bir engel yok.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Darülaceze Tesisleri: Hayat okuluna benzer bir uygulama başlatılmaktadır. Danışmanlık (hangi hastaneye gidilecek, ne yapılacak, neye yönlendirilecek vs.) ve aile eğitimi sunulacaktır. Ayrıca kurum olarak, yönetmelik değişikliği yaptık ve psikiyatrik tanılu kişileri kabul etmeye başladık. / Gündüzlü bakım ve rehabilitasyonla ilgili bir AB projesi yazıp STK ve belediye ortaklığında bir merkez kurulmasına destek olabiliriz. / Darülaceze sadece kimsesiz ve bakıma muhtaçlar için, oysa aciz olmayan kişiler için de yatılı bakım kurumları geliştirilmeli. / Bakırköy ruh sinir hastanesi ile birlikte "yaşam evleri projesi" geliştirildi. Kişilerin kendi mahalleleri ve evlerinde (evleri yoksa tutulan dairelerde) bakımı sağlanıyor. Kurulacak yaşam evlerine sorunu belli eden isimler koyulmamalı. Hastalığını ifşa etmemeyi tercih edenler olabilir. / Korunmalı işyerleri için de ileriye yönelik altyapı çalışması yapılıyor.

Kadıköy Belediyesi İnsanca Yaşam Projesi kapsamında Kaymakamlıkla işbirliğiyle kurulan Sosyal Polis Timlerine

eğitim verildi. Bu polisler sokakta yaşayan hastaları tespit edip gerekli yerleri yönlendirir. İstanbul dışından gelen bir hastayı Sosyal Polisten yardım alarak Erenköy'e gönderdik.

Sevgi Evi: Kronik rahatsızlığı (şizofreni, bipolar vs.) olan kişilerin raporla geldikleri, Bahçelievler Belediyesine bağlı rehabilitasyon merkezidir. Kişinin tanısı ve geçmişi incelendikten sonra, hastalık hem aileye hem hastaya tanıtılıyor; seminerler, aile terapileri yapılıyor; ilaçlar, yan etkileri tanıtılıyor. Bireysel terapiler ve grup terapilerinin yanı sıra onları toplumsal sahaya, iş sahasına entegre etmeye çalışıyoruz. Diğer belediyelere bu tür merkez açmaları konusunda yardımcı olabiliriz, tecrübe aktarabiliriz.

Türkiye Psikiyatri Derneği: Tüm psikiyatrların %98'i derneğe üye. Hedeflerimiz standart oluşturma, eğitim ve bilgilendirmedir. Üyelerimize ve topluma yönelik eğitimler yapıyoruz. Web sitesi üzerinden ve yakında, çeşitli basın yayın araçlarında damgalanmayı önleme, ruh sağlığı yasaının çıkması ve hastalıkları tanıma konusunda çalışmalar yapılacaktır.

Psikiyatri Hemşireleri Derneği: Psikiyatri hemşireleri için sertifika programları düşünülüyor. Özel eğitim gerekli.

Dünya Şizofreni Derneği: Bu çocuklar salt ilaçla tedavi edilmiyor, uğraş lazım. Dernek kızım için çok iyi oldu. Faaliyetlere katılıyor. Bu tür dernekler belediyelerce yer konusunda desteklenmeli. Şimdiki proje bitince yer sorunu tekrar ortaya çıkacak.

Şizofreni Dostları Derneği üyeleri: Paranoid şizofreni hastasıyım ve yaklaşık 3 senedir ŞDD'ye gidiyorum. Mum derslerine girdim, siparişler aldık ve mum yaptık. İnsanlarla iletişimim gelişti. Proje ve para bitince dersler de bitti. / Ben evde bakım yerine çalışmayı tercih ederim.

Toplantının bitiminde Rusihak adına Mesut Demirdoğan ve Şehnaz Layıkel toplantıya ev sahipliği yaptığı için Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi başhekimisi Medaim Yanık'a ve değerli katkıları için tüm katılımcılara teşekkür etti. Hizmeti alanlar ve verenleri bir araya getirerek sorunlar ve çözüm önerilerini tartışmaya açtıklarını, bu toplantıda ihtiyaçların karşılanmasında kurumlar arası işbirliği açısından olumlu gelişmeler olduğunu dile getirdi, toplantı bu tür birlikteliklerin ve işbirliklerinin artması ortak dileğiyle sona erdi. ■



TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ BASIN AÇIKLAMASI

25 KASIM "KADINA YÖNELİK ŞİDDETE KARŞI ULUSLARARASI DAYANIŞMA GÜNÜ"

KADINA YÖNELİK ŞİDDET ARTIYOR, YARATTIĞI OLUMSUZ VE KALICI SONUÇLAR AYNI ORANDA BÜYÜYOR...

NEDEN 25 KASIM ?

25 Kasım 1960'da Dominik Cumhuriyetinde, Trojillo Diktatörlüğü'ne karşı bir hareketin üyesi olan Mirabel Kardeşlerin, cezaevinde bulunan eşlerini ziyaret ettikten sonra tecavüz edilerek öldürülmelerinin ardından tüm dünyada kadına yönelik şiddete karşı kampanyalar düzenlenmiş, 1981 yılında Kolombiya'nın başkenti Bogota'da toplanan 1. Latin Amerika ve Karayip Kadınlar Kongresi'nde Mirabel kardeşlerin öldürüldüğü gün olan 25 Kasım "Kadına Yönelik Şiddete Karşı Uluslar Arası Dayanışma Günü" olarak ilan edilmiştir. Bu kararı benimseyen Birleşmiş Milletlerin 1999'daki kararı ile her yıl 25 Kasım tarihi "kadına yönelik şiddete karşı uluslararası dayanışma günü" olarak anılmaktadır.

Bu günün 8 Mart Dünya Kadınlar Günü ya da kadınlarla ilgili diğer günlerden önemli bir farkı var. O da dünya üzerinde yaşayan tüm kadınların ve kız çocuklarının giderek artan ve çeşitli biçimlerde maruz kaldıkları cinsiyete dayalı şiddete odaklanılmış olmasıdır. Kadına yönelik şiddet hem kadını hem de tüm toplumu saran sosyo-ekonomik koşullar, politik gelişmeler ve kültürel etkenlerle birlikte değerlendirilmelidir.

ŞİDDET NEDİR?

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti "gücün, yaralanma ve kayıpla sonlanan veya sonlanma olasılığı yüksek bir biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da bizzat uygulanması" olarak tanımlıyor. Kadına yönelik şiddet ise "kamusal ya da özel yaşamda kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı, ıstırap veren ya da verebilecek olan cinsiyete dayanan bir eylem, tehdit, zorlama, keyfi olarak özgürlükten, ekonomik gereksinimlerden yoksun bırakma" olarak tarif ediliyor. BM Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi kadına yönelik şiddeti kadınlara yönelik toplumsal cinsiyete dayalı, bir kadına sırf kadın olduğu için yöneltilen ya da oransız bir şekilde kadınları etkileyen bir şiddet olduğunun altını çiziyor. Şiddetin, özellikle erkekler ve kadınlar arasındaki eşit olmayan güç ilişkilerinin tarihsel bir göstergesi olduğunu, kadınları zorla bağımlı bir konuma sokmanın toplumsal mekanizmalarından biri olarak işlev gördüğünü, kadını sözlü ve psikolojik şiddet yoluyla ekonomik ihtiyaçlarından yoksun bırakmayı da içerdiğini vurguluyor. 2004 yılında yayınlanan Uluslararası Af Örgütü Türkiye Raporu dayaktan, töre cinayetlerine, küçük yaşta evlilikten beşik kertmesine hatta intihara varan olayların, toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin özgün biçimleri olduğunu belirtmektedir.

DÜNYADA KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN DURUMU

Tüm dünyada kadınlar toplumun en yoksul kesimlerini oluşturmaktadır. Hem gelişmiş hem de yoksul ülkelerde toplumun en yoksulları kadınlardır. İşsizlerin içinde de en işsiz olanlar yine kadınlardır. Ev hanımlığı meslek olarak kabul edilmiş olsa bile -ki bu maaşsız bir meslek olmaktadır- işsiz kadınların oranı erkeklerin çok üzerindedir.

Dünyada her 1 dakikada 380 kadın gebe kalmaktadır. Bu gebeliklerin hemen hemen yarısını planlanmamış ya da istenmeyen gebelikler oluşturmaktadır.

Şiddete maruz bırakılma açısından, düşük gelirli ailelerden gelen

kadınlar, çatışma veya doğal afetlerden kaçan kadınlar ve şiddete karşı korunmasız gruplardan gelen kadınlar özellikle risk altındadır. Avrupa Konseyinin 2002 raporunda 16 ile 44 yaşları arasındaki kadınlar için en sık ölüm ve sakat kalma nedeninin şiddet olduğu belirtilmiştir.

Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl yaklaşık dört milyon kadın eşleri tarafından tacize uğramaktadır. Bu taciz olaylarının 4000'i kadının ölümü ile sonuçlanmakta, yaklaşık üçte biri acil servislere başvurmakta veya yardım aramaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerin başvuran kadın hastaların yaklaşık %14-28'inin aile içi şiddet kurbanı oldukları belirtilmektedir. ABD'de yapılan ulusal çalışmalarda her yıl bir milyonun üzerinde kadının ve eş ya da partnerlerinin tecavüzüne maruz kaldıkları aktarılmaktadır. ABD de aile içi şiddetin yineleyici olma eğiliminde olduğu özellikle belirtilmektedir.

Kadınlar bir yıl içinde en az 6 şiddet girişimine maruz kalmaktadırlar. Birleşmiş Milletlerin verilerine göre tüm dünyada kadının şiddete uğrama oranı %17-75 arasında değişmektedir.

Kanada da % 25, Japonya da %59 iken, Hindistan'da bu oran %75'e çıkmaktadır.

Kadına yönelik şiddet ve tecavüz aynı zamanda bir savaş taktiği ve bilinçli bir politika olarak, bir kadını karnında düşman çocuğu beslemeye zorlamak amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır. Tüm dünyada sıcak çatışmaların yaşandığı bir çok yerde kadınlar taciz, tecavüz, karın deşme, cinsel organların tahribi gibi cinsel şiddetin bir çok biçimine maruz kalmaktadırlar. Kadın bedeni bir savaş, bir egemenlik alanı olarak görülmektedir. İkinci Dünya Savaşında ve Kore'de kadınlar "cinsel tutsaklığa" mahkum edilmiştir. 1971 de Bangladeş'te savaş sırasında 250 - 400 bin kadının ırzına geçilmiş, buna bağlı 25 bin gebelik oluşmuştur. Bosna Hersek'te 20 binden fazla kadına tecavüz edilmiştir. Rwanda'da bir yıl içinde tecavüze uğrayan kadın sayısı 15 binin üzerindedir.

TÜRKİYE'DE DURUM

Ülkemizde çalışmayan nüfusun oranı %19.9 dur. Bunun %88'ini kadınlar oluşturmaktadır. Çalışanların büyük çoğunluğu sosyal güvenlik kapsamı dışında çalışmaktadır ve eğitim olanaklarından yoksundurlar. Türkiye'de ev dışında çalışmaya kendisi karar veren kadınların oranı batı metropollerinde % 21.6 iken doğu kentlerinde bu oran %16.2'dir. Kırsal bölgelerde ise % 8.4'e düşmektedir. Ev dışında çalışmaya eşi karar verenlerin oranı ise doğudan batıya doğru %50 ile 80 arasında değişmektedir.

Türkiye'de yılda en az 25 töre cinayeti işlenmektedir. Fakat gerçek sayı bunun çok üzerindedir. Namus ve töre adına kadınlara yönelik kötü muamele, işkence, öldürme, intihara zorlama oranı son yıllarda %25 oranında artmıştır.

Milyonlarca kadın için "ev", şiddetin en yoğun ve o derece gizli yaşandığı mekandır. Kadınlar bu mekanda yakınlarının, akrabalarının, babalarının, eşlerinin ve sevgililerinin şiddetine uğramaktadırlar.

Aile Araştırma Kurumu tarafından 1997 yılında yayımlanan verilere göre Türkiye'de ülke genelinde kadına yönelik fiziksel şiddet sıklığı %16.5, sözel şiddet sıklığı %12.3 tür. Bu sayıların gerçek oranların çok altında olduğu kabul edilmektedir. Malatya'da kırsal alanda yapılan bir araştırmada kadınların aile içinde %55 oranında sözel %18 oranında ise fiziksel şiddete maruz kaldıkları gösterilmiştir. Psikiyatri polikliniklerine başvuranlarda aile içinde çeşitli şiddet türlerine maruz kalma oranının %29 ile %57 arasında değiştiği, en sık başvuru gerekçesinin fiziksel şiddete uğrama olduğu gösterilmiştir. Yine Emniyet Genel Müdürlüğü verilerine göre 2001-2004 yılları arasında aile içi şiddete maruz kalanlarda ölüm oranı % 65'in üzerindedir.

Türkiye'de 2007 yılında Ayşe Gül Altınay ve Yeşim Arat tarafından yapılan "Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet" başlıklı hemen tüm illeri kap-

sayan geniş ölçekli araştırmada her üç kadından birinin fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Hayatı boyunca” eşinden en az bir kez fiziksel şiddet görmüş kadınların oranı Türkiye genelinde % 35, doğu genelinde ise % 40 bulunmuştur. Bu araştırmada ortaya çıkan diğer bir çarpıcı sonuç, en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını söyleyenlerin Türkiye genelinde % 49’unun, doğu genelinde ise % 63’ünün bu durumdan daha önce hiç kimseye söz etmemiş olmalarıdır. Türkiye genelinde şiddet gören her iki kadından biri (doğuda her üç kadından yaklaşık ikisi) eşinden gördüğü şiddetle tek başına mücadele etmek durumunda kalmaktadır. Kocalarından boşanmış veya ayrılmış kadınlarda fiziksel şiddet deneyiminin %78 gibi çok yüksek bir orana ulaştığı bildirilmektedir.

Eğitim düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların oranı azalmaktadır. Okuma yazma bilmeyen kadınlar arasında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını söyleyenlerin oranı %43 iken, yüksek öğrenim görmüş kadınlar arasında bu oran % 12’dir. Eşi okuyamaz olmayan kadınların yarısı en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını söylerken, eşin eğitimi yüksek okul ve üniversite düzeyine çıktığında bu oran % 18’e düşmektedir. Aradaki fark ne kadar anlamlı olsa da, yüksek öğrenim görmüş altı erkekte birinin eşine fiziksel şiddet uyguluyor olması dikkat çekicidir.

Gelir düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların oranı düşmektedir. Buna karşın hane geliri 2500 YTL’nin üzerinde olan her dört ailenin birinde bile fiziksel şiddet yaşanmaktadır.

Şehirde oturan kadınların fiziksel şiddete maruz kalma oranları ilçelerde oturanlara göre yaklaşık %42 daha fazladır. Dayanın en az yaşadığı yerleşim birimleri ilçeler, en çok yaşadığı yerler ise şehirlerdir. Kadınların % 14’ünün en az bir kez “istemediği zamanlarda cinsel ilişkiye zorlandığı” belirtilmiştir. Cinsel şiddete uğradığını söyleyenlerin % 67’si aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldıklarını ifade etmektedirler.

Ayrıca kadınların %36-%52’si ekonomik şiddete maruz kaldıklarını ifade etmektedir. Kadınların aileye kocalarından daha çok gelir getirmesi, dayak riskini en az iki misli artırmakta, bu durumda olan her üç kadından ikisi fiziksel şiddete maruz kalmaktadır.

Kadınların % 60 - % 74’ü devletin erkekleri eğiterek, sığınma evleri açarak, bu konuda çalışan kuruluşları destekleyerek, ağır cezalar vererek ve polisi eğiterek erkeklerin eşlerine uyguladıkları şiddeti engelleyebileceğini düşünmekte, ancak devletin bu sorumluluklarını yerine getirmediğini ifade etmektedir. Devlet tarafından aile içi şiddetle mücadele konusunda önemli adımlar atılmaya başlandığı bilinmektedir. Bu açıdan özellikle Temmuz 2006’da yayınlanan 26218 sayılı Başbakanlık Genelgesi’nin kritik önem taşımaktadır. Ancak, genelgenin uygulanmaması, uygulanmamasıyla ilgili herhangi bir yaptırımın olmaması, pek çok devlet kurumunun genelgede belirtilen sorumlulukları yerine getirmemesine yol açmaktadır. Belediyelerin 5393 sayılı Belediye Kanunu’nun 14. Maddesi (a bendi) uyarınca ile nüfusu 50.000’i geçen belediyeler “kadınlar ve çocuklar için korunma evleri” açma” yükümlüğünün olmasına karşın bu yönde bir çalışma gerçekleştirmemeleri ciddi bir sorundur.

Türkiye hükümet kadına yönelik şiddeti önlemeye ilişkin bir çok uluslararası sözleşme imzalamış olmasına karşın bu sözleşmelerin gereğini yapmamakta, zaman içinde çıkarılan bazı yasaların, genelgelerin yaşama geçirilmesine katkıda bulunmamakta, gereken ilgi ve çabayı göstermemektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası “kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı”nın tanımlandığı 17. maddesi ile herkesin yaşam hakkını garanti altına almayı ve kimsenin “insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamayacağını” taahhüt etmektedir. Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet bu anayasal hakkın ihlali anlamına gelmekte, bu ihlalin önlenmesi için öncelikle devlete büyük sorumluluklar düşmektedir.

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, Türkiye Cumhuriyeti yurttaşlarının var olan potansiyellerini gerçekleştirmelerinin önündeki en önemli engellerden birisi olmaya devam etmektedir. Özellikle kız çocukları ve kadınların, çekirdek aile içinde, geniş ailede sokakta, okulda, iş yaşamında fiziksel, ekonomik, ruhsal ve cinsel şiddete maruz kalması; eğitim olanaklarından mahrum bırakılması, toplumsal yaşama etkin biçimde katılmama, şiddet mağduru kadınların kendi çocuklarına uyguladıkları şiddetin artması, istenmeyen evliliklerin oluşması, sakatlıkların ve ölümlerin oluşması alınmayan önlemlerin ve yapılmayan düzenlemelerin ne denli ağır sonuçlara yol açtığı en can alıcı göstergeleridir. Namus adına ya da töre adına işlenen cinayetler şiddetin en ölümcül olanlarıdır...

Tüm biçimleriyle kadına yönelik olan cinsiyete dayalı şiddet, Türkiye’de yaşayan milyonlarca kadının bedensel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit etmekte, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, uyum bozuklukları, bedenselleştirme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, intihar, hatta psikotik bozukluklar gibi ağır ruhsal bozuklukların oluşmasına ve süreğenlik kazanmasına yol açmaktadır.

SONUÇ OLARAK

- Kadına yönelik şiddet, hem dünyada hem de ülkemizde giderek artan ve kalıcı olumsuz sonuçlar yaratan siyasal ve toplumsal bir olay olarak her geçen gün önemini daha da artırmaktadır.

- Kadına yönelik şiddetin ve sonuçlarının ortadan kaldırılması, öncelikle devletin ve siyasal iktidarların ilgili tüm kurumlarıyla sorumluluk üstlenmesi, ilgili tüm sivil ve resmi kuruluşlarla işbirliği yaparak, yaşamsal öneme sahip bu sorunun ortadan kaldırılması için gerekli sosyal politikaların yaşama geçirilmesi ile mümkün olacaktır.

- Bu güne dek imzalanmış tüm uluslararası sözleşmelerin yaşama geçirilmesi sağlanmalıdır.
- Konuya ilişkin 2006 tarihli Başbakanlık genelgesi başta olmak üzere olumlu yöndeki tüm hukuksal düzenlemeler yaşama geçirilmeli, uygulamaları sağlanmalı ve sonuçları denetlenmelidir.
- Kamusal bir hizmet olarak, mağdur olan bireylerin sağlık ve sosyal destek sistemlerine ulaşmaları sağlanmalıdır
- Şiddete uğrayan bireylerin yaşmalarını sürdürebilecekleri sığınma evlerinin sayısı artırılmalı ve niteliği yükseltilmelidir.
- Risk gruplarına, şiddetle sık karşılaşan meslek gruplarına ve kamuya yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmalarının sayısı ve niteliği artırılmalıdır.

Türkiye Psikiyatri Derneği bu süreçte bilimsel ve etik ilkelere uygun, toplumun ve mağdur olan bireylerin yararını gözetken her türlü işbirliği ve dayanışmaya katkıda bulunmaya hazır olduğunu bildirir.

Dr. Şeref Özer

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı

Doç. Dr. Burhanettin Kaya

Türkiye Psikiyatri Derneği MYK Üyesi ve Basın Koordinatörü

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu adına



TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ 20 KASIM DÜNYA ÇOCUK HAKLARI GÜNÜ BASIN AÇIKLAMASI

TÜRKİYE'NİN ÇOCUK HAKLARI KARNESİ ÇOCUĞA YÖNELİK ŞİDDET VE İSTİSMAR ARTIYOR...

Çocuklar ve onlara yönelen şiddet, ülke gündeminin en önemli ve her zaman üst sıralarda yer alan olaylarından biri. Çok yakın tarihimizde gündemi işgal eden Vakit gazetesi yazarı Hüseyin Üzmez'in 14 yaşındaki bir kız çocuğunu taciz etmesi olayı, Saray Rehabilitasyon Merkezi ile ilgili haberlerle başlayan çocukların korunması ve uygulanan sosyal hizmet çalışmalarını, Diyarbakır'da yürüyüşlere katıldıkları gerekçesiyle tutuklanan çocuklar, sokakta yaşamak zorunda bırakılan, ticari ve cinsel sömürünün nesnesi olan, fabrikalarda riskli işlerde çalıştırılarak emekleri sömürülen, eğitim olanaklarından yoksun, yoksulluk ve yoksunluk içinde yaşayan, birçok ülkede asker olmaya zorlanıp öldürülen çocuklar... Daha sayabileceğimiz onlarca örnek, çocuklara yönelik şiddetin ve çocuk haklarının aslında bir gün değil yıllar boyunca konuşulması, üzerinde daha çok çalışılması gereken bir konu olduğunu gösteriyor.

Dünya Çocuk Hakları günü Birleşmiş Milletlerin 20 Kasım 1989 tarihinde kabul ettiği "Çocuk Hakları Sözleşmesi" çerçevesinde her yıl birçok ülkede kutlanmaktadır. Türkiye 1995 yılında 17. 29. ve 30. maddelerine çekince koyarak bu sözleşmeyi kabul etmiş ama sözleşmenin yaşama geçirilmesi için bu güne dek dikkati çeken ciddi bir adım atmamıştır. Aksine çocuklara yönelik şiddet olaylarında var olan durumu koruyan bir politik tutumu sergilemeyi sürdürmüştür.

Gelişmekte olan ülkelere yaşayan çocukların yüzde 40'ı (yaklaşık 500 milyon çocuk) günde 1 doların altında bir gelire yaşamını sürdürme çabasındadır.

Dünyanın birçok ülkesinde yıllardır sürmekte olan birçok savaşta yüz binlerce çocuk yaşamını yitirmiş, yitirmektedir.

Yine yüz binlerce çocuk silahlendirilmekte ve asker olmaya zorlanmakta, silahlı çatışmalara katılmaktadır. Yapılan araştırmalarda, dünya çapında 18 yaşın altındaki yarım milyondan fazla çocuğun, 85'ten daha fazla ülkede silahlı hükümet kuvvetleri, hükümet dışı silahlı politik gruplar, suç örgütleri vb. tarafından silahlı altına alındığı saptanmıştır. Zorla kaçırılarak silahlendirilen bu çocuklar şiddet eylemlerinin tanıkları ve mağdurları haline getirilmiştir.

Başta Asya ve Afrika ülkeleri olmak üzere tüm dünyada 5-14 yaş grubunda 270 milyon çocuk büyük çoğunluğu güvensiz, sağlıksız ve ağır işlerde çalıştırılmaktadır.

Tüm dünyada ihmale, şiddete uğrayan, ihmal edilen, ticari ve cinsel sömürünün nesnesi olan alkol ve madde kullanan çocukların sayısı giderek artıyor.

Beslenme yetersizliğinden kaynaklanan ölümler kız çocuklarında daha fazla olmak üzere hızla artış gösteriyor. 1 milyar çocuk sağlıklı ev ortamından uzakta büyüyor.

Tüm dünyada 1990 ile 2000 yılları arasında çatışmalar yüzünden 2 milyon çocuk öldürülmüş, 6 milyon çocuk yaralanmış ya da kalıcı bir biçimde sakat kalmış, 12 milyon çocuk da evinden yurdundan olmuştur. 20 milyon çocuk evsiz, 7 milyonu ise mülteci konumundadır.

Tüm dünyada 600 milyonu aşkın çocuk yoksulluk içindedir. 100 milyonu aşkın çocuk yoksulluk ayırmıcılık yada kaynak yetersizliği yüzünden temel eğitim olanaklarından yararlanamamaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü verilerine göre dünyada 246 milyon çocuk işçi çalışmaktadır. Çalışan çocuklardan 73 milyonu 10 yaşından küçüktür. Bu dünyada her 6 çocukta birinin çalıştığı anlamına gelmektedir. Çalışma yaşamıyla ilgili kazalarda her yıl 22 bin çocuk ölmektedir.

Cinsel ve ticari sömürünün nesnesi haline dönüştürülen çocukların sayısı da 8 milyon 400 bini aşmıştır. Bu çocukların bir milyon 200 bini alınıp satılma, kaçırılma gibi uygulamalara maruz kalmaktadır.

Türkiye'nin Çocuk haklarına ilişkin karnesi oldukça kötü

Türkiye'de 200 bin çocuk sokakta yaşamını sürdürmeye çalışmaktadır. Özellikle Anadolu'nun birçok kentinden ve köylerden gelen ailelerin çocukları göç ettikleri kentlerde yoksulluk içinde yaşam mücadelesi vermektedirler.

15 milyon 70 bin ailenin 3 milyon 600 bini yoksulluk sınırındadır. 15 yaş altındaki 5,6 milyon çocuk gıda ve gıda dışı yoksulluk içinde yaşamaktadır. Özetle, ülkemizde dört çocukta biri yoksuldur. Yoksul çocukların çoğunluğu büyük şehirlerde ve köylerde yaşamaktadır. Çocuk yoksulluğunu önlemeyi sağlayacak ilgili yasal düzenlemeler yoktur.

Türkiye'de iş güvenliği olmaksızın, yüzde 76,9'u tarım kesiminde olmak üzere her beş çocukta biri çalışmaktadır. Sokakta çalışan çocukların sayısı giderek artmaktadır. Bu çocuklar için koruyucu, önleyici, tedavi ve rehabilite edici projeler geliştirilmemiştir. 2008 verilerine göre ülkemizde 770 bin çocuk işçi olarak çalışmakta; her 1000 bebekten 29'u bir yaşını tamamlamadan, 37'si beş yaşından önce hayatını kaybetmektedir.

Türkiye'nin aile ve çocuk merkezli insani gelişme ve refah göstergeleri dünya ortalamasının çok altındadır. Çocukların beslenme bozukluklarının neden olduğu hastalıklar yaygındır. Ergen sağlığı hizmetleri çok sınırlı düzeydedir. Çocuk sağlığı hizmetleri dünya ortalamasının altındadır. 1,5 milyon üzerindeki korunmaya muhtaç ve kimsesiz çocuk sosyal güvenlik sisteminin dışındadır. Korunmaya muhtaç çocuklar için koruyucu, önleyici ve destekleyici projeler geliştirilmemiş ve yaşama geçirilmemiştir.

Özürülere verilen özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri gerek nicelik gerekse nitelik bakımından dünya ortalamalarının çok altındadır.

Son 5 yılda çocuklara yönelik başta ekonomik istismar olmak üzere çocuk ihmali ve istismarının yaygınlığı giderek artmıştır. Fiziksel ve cinsel istismar olgularında da belirgin artış gözlenmektedir. Çocuk pornografisi konusunda Türkiye riskli ülkeler arasındadır. Son üç yılda akranlar arası şiddet olaylarında ve çocukların kesici alet ve ateşli silah kullanımı yaygınlaşmıştır.

Ülkemizde imzalandığı günden bu yana Çocuk Haklarına Dair Sözleşme çerçevesinde taahhüt edilen hedeflere ulaşılmamış durumdadır. Bu yönde gerekli yasal düzenlemeler de yapılmamıştır.

15 yaş altındakilerin yüzde 27,7'si, yani yaklaşık 5,6 milyon çocuk yoksulluk içinde yaşamak zorundadır. Kırsal bölgede yaşayan 15 yaş altındakilerin durumuysa çok daha vahimdir. Çünkü bu çocukların yüzde 40,6'sı doğdukları andan itibaren yoksullukla karşı karşıya kalmaktadır.

Sonuç olarak tüm bu veriler dünyada ve özellikle gelişmekte olan ülkelere çocukların ciddi ve kalıcı ruhsal sorunlar yaşamaya, ruhsal bozukluklar geliştirmeye aday olduğunu göstermektedir. Özellikle aileyi ve bireyin toplumsal yaşamını da kapsayan bu süreçler çocukların gelişim sürecinde birçok ruhsal bozukluk ve davranış sorunlarının ortaya çıkmasına yol açacaktır. Bu tablo topluma, devlete, yönetimlere, ilgili tüm kurum ve kuruluşlara, bunun yanında meslek topluluklarına hem çocuk hakları hem çocuklarda ortaya çıkan ruhsal sorunları önleme açısından önemli görev ve sorumluluklar düştüğünü göstermektedir. Çocuk haklarının ve ruhsal sorunlarının toplumun ve ülkeyi yönetenlerin öncelikli konularından biri haline getirmek, çağdaş, çocukların sağlıklı ruhsal gelişimlerini sağlayacak bir aile ve yaşam ortamı sağlamak, bunu engelleyen sosyal kültürel ve ekonomik koşulları ortadan kaldırmak, buna yönelik çocuk politikaları geliştirmeye katkıda bulunmak, çocukların sağlık sisteminden yararlanmalarını sağlayan ve kolaylaştıran koruyucu sağlık uygulamalarını geliştirmek öncelikli uğraşı konuları olmalıdır. Türkiye Psikiyatri Derneği, üyeleri ve bünyesindeki bilimsel çalışma birimleriyle bu sürece katkıda bulunmaya devam edecektir.

**Türkiye Psikiyatri Derneği
Merkez Yönetim Kurulu**

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ÇOCUKLARIN CİNSEL İSTİSMARI KONUSUNDAKİ BİLİRKİŞİLİK VE ADLİ TIP KURUMU RAPORU

10.11.2008

İNCELEME KURULU
Adli Tıp Uzmanları Derneği
Adolesan Sağlığı Derneği
Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği
Türk Pediatri Kurumu
Türkiye Psikiyatri Derneği
İstanbul Tabip Odası Kadın Komisyonu
İstanbul Tabip Odası Çocuk Hakları Komisyonu

Çocukların cinsel istismarı çeşitli nedenlerle gizli kalan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hemen her toplumda seyrek olmadığına ilişkin ciddi işaretler görülmekle birlikte gerçek yaygınlığı bilinmemektedir. Cinsel istismar kolaylıkla ortaya konamaz.

Kamuoyu bir süredir bir davayı ve bu nedenle cinsel istismar kavramını tartışmaktadır. İnceleme konusu davada bir cinsel istismar olgusu, sanık yakalandığında yanında bulunan ve yaşadığı cinsel istismarı açıklamış olan bir çocuk ve gerekli ve yeterli inceleme yapılmadan verilen bir Adli Tıp Kurumu raporu vardır.

Türk Tabipleri Birliği (TTB), söz konusu dava ile ilgili olarak Adli Tıp Kurumunun verdiği rapor hakkında bir inceleme başlatmıştır. Adli Tıp Uzmanları Derneği, Türk Pediatri Kurumu, Adolesan Sağlığı Derneği, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği, Türkiye Psikiyatri Derneği TTB'nin inceleme çağrısına uyarak Adli Tıp Kurumunun çocuk istismarı konusunda verdiği raporu uzmanlık alanlarının bilimsel yaklaşım ve iyi hekimlik uygulamaları yönünden değerlendirmiştir.

Cinsel istismarın sonuçları bedensel ve/veya psikolojik olabilir. Bedensel olarak hasar görmüş dokuların iz bırakmadan iyileşmesi olasıdır. Çocuğun varlığını, anlamını dahi bilmediği cinsel eylemlerin nesnesi haline getirilmesi durumunda ruhsal olarak etkilenmemesi söz konusu değildir. İstismara uğrayan çocuğun durumu anlatmaması, çelişik ifadeler vermesi, etkilenmediği anlamına gelmez. Ayrıca birçok ruhsal belirtinin erken dönemde ortaya çıkmayabileceği de gözden kaçırılmamalıdır.

Cinsel istismar mağdurunun dünyaya bakışı değişir. İstismarın özellikle, bireyin kendilik değeri ve kimliği üzerine etkileri büyüktür. Kimlik zedelenmesi en çok ergenleri etkiler. Çünkü onlar halen aileden ayrılma, bağımsızlık ve cinsel, sosyal, ahlaki ve mesleki kimliklerini geliştirme gibi süreçlerle baş etme çabası içindedirler.

Çocuğun uğradığı fiziksel, cinsel ve / veya ruhsal istismar açısından klinik olarak değerlendirilmesi ise asla hafife alınmaması gereken, bilgi ve deneyim gerektiren çok özgün bir süreçtir. Birçok nedenle çocuk yaşadıklarını gizleme çabası gösterebilir:

Çocuğun aile bireylerini, ailenin geçimini sağlayan ya da katkıda bulunan kişileri, yakınlarını, arkadaşlarını ve yakınlık duydukları kişileri, aile sistemlerini sorgusuz koruma eğilimi vardır. Tanımadığı ve güven ilişkisi kurmamış olduğu kimselere, onlar hakkında olumsuz olabilecek bilgiyi vermektен kaçınır. Okul öncesi dönemdeki çocuk bile sezgisel olarak bu biçimde davranma becerisine sahiptir.

Çocuk uğradığı istismarı anlattığında kendisine inanılmayacağını, suçlanacağını, ayıplanacağını ya da cezalandırılacağını düşünebilir. İçinde bulunduğu korku ve şaşkınlık, yaşadıklarını sözelleştirmesini zorlaştırabilir. Yaşadıklarını anımsadığında utanç duyduğu için anlatarak yeniden yaşamaktan kaçındığı sık görülür. Çünkü travmanın yeniden anımsanması en az travmanın kendisi kadar rahatsız edi-

cidir.

Özellikle cinsel istismarda çocuğa ikna, kandırma, tehdit ya da zor içeren yöntemler uygulanmış olabilir. Çocuk, istismarı açığa çıkardığında kendisinin ya da yakınlarının başına kötü şeyler gelebileceğinden korkar.

Aile dışından ya da içinden, tanıdıkları ya da tanımadıkları kişiler tarafından istismar edilmiş olan çocuk, aile bireylerinin, saldırganın ya da yakınlarının konuşmama yönündeki baskısına uğramış olabilir. Ona konuşmama ya da yanlış bilgi verme öğretilmiş olabilir. Şikâyette bulunmuş olsa bile çevre baskısı nedeniyle şikâyetini geri çekip bunda ısrarcı olabilir.

Çocuklar bütün bu nedenlerle istismar edilmiş olsalar da anlatmamayı seçebilirler. Öncelikle çocuğun istismara uğrayıp uğramadığını sağlıklı biçimde değerlendirebilmek için onunla bir güven ilişkisi kurulması gerekir. Güven ilişkisinin kurulması süreci ise hem zaman alır hem de belirli incelikleri ve görüşme tekniklerini gerektirir.

Bütün bu konular, çocuk istismarını değerlendirebilmek konusunda özellikle eğitilmiş bir çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının varlığını gerektirmektedir. Ayrıca uzmana çocukla baş başa kalabileceği bir ortamda yeterli sürenin tanınması da gerekir.

Cinsel istismar, farklı bedensel ve ruhsal gelişim düzeyindeki bireyler (yetişkin-çocuk, yetişkin/ergen, ergen/çocuk) arasında gerçekleştiği için, doğası gereği, gelişim açısından daha alt seviyedeki birey için travmatik bir nitelik taşıdığı için gerek tıbbi, gerekse adli açıdan farklı bir yaklaşım gerektirir. Başka bir deyişle, gelişim halindeki bireyleri konu aldığı ve gelişimi doğrudan etkilediği için, cinsel istismar sağlıklı bireylerde hastalık yaratan bir etken gibi ele alınabilir. Ancak istismarı uygulayanın bir başka birey olması, olguya suç niteliği kazandırır.

Bir insanın başka bir insanın hastalanmasına neden olabildiği bu durum, hem tıbbi hem de adaleti ilgilendiren bir durumdur; tıp hastalığı saptamak ve tedavi etmekle yükümlüken adalet de suç niteliği kazanmış bu davranışı cezalandırarak, olası faileri caydırmakla yükümlüdür.

Konu yargıya geçtiğinde, çocuğun yargılama sürecinde yaşadıklarının da "travmatik" olduğu gözden kaçırılmaktadır. Yasal gerekler tam olarak da yerine getirilmediği için, bu süreç çocuğu travmatize ederek yaşananların ortaya çıkarılmasını karartıcı bir sonuca da varmaktadır. İstismara maruz kalan çocuğun hukuki sürecinde genellikle emniyet, savcılık, adli tıp ve mahkeme aşamaları izlenmektedir. Bu aşamaların her birinde çocuk, istismarı anlatmaya zorlanmaktadır. Genellikle istismarın varlığını ve etkilerini nesnel olarak değerlendirebilecek bir uzmana ulaşabildiğinde bile çocuk yeterince korkmuş / korkutulmuş, aklı karışmış, kaygısı ve çökkünlüğü artmış ve bilgi vermeye iyice isteksizleşmiş duruma gelmektedir. Bu nedenle usulen çocuğun eğitilmiş bir çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı

tarafından sürecin en başında değerlendirilmesinin sağlanması, bu değerlendirmenin uzmanla baş başa yapılması, uzmanın tıbbi kanısının yasal süreçte esas alınması gerekmektedir. Ayrıca yasal süreçte kesin gizlilik koşuluna uyulmalı, istismar bilgisinin çocuğun sosyal çevresine ve medyaya yansımaması sağlanmalıdır. Çocuğun yalnızca değerlendirilmesi değil, ailesiyle birlikte sağaltımının derhal başlatılması için gerekli önlemler de alınmalıdır.

Yasal düzenlemede; 103. maddenin 6. bendinde yer alan ruhsal bozukluk kriteri, uygulamacılar tarafından yasada açıkça belirtilmemiş olmakla birlikte kalıcı bir hasar biçiminde yorumlanmakta, basın dahil olmak üzere halk tarafından ise basit bir etki olarak algılanmakta; dolayısıyla da uzmanların yaptıkları inceleme sonrasında “bozukluk meydana gelmemiştir veya bozukluk saptanmamıştır” denmesi, “çocuk bu olaydan etkilenmemiştir, biçiminde yorumlanmaktadır.”

Dolayısıyla 103/6 . maddede belirtilen ağırlaştırıcı sebep olacak ruhsal zarardan ne anlamak gerektiği üzerine bir uygulama birliği olmaması nedeniyle ilgili bilim alanlarının ve hukukçuların yeniden değerlendirme yapması gerektiği açıktır.

Adli Tıp Kurumu 6.İhtisas Kurulu'nun 22 Eylül 2008 tarih ve A.T.No: 160-190908-56418-5187, Karar no: 5278 sayılı raporu, inceleme kurulumuzca çocuk sağlığı, çocuk, ergen ve erişkin psikiyatrisi ve adli tıp uzmanlık alanlarının bilimsel bilgi ve uygulamaları yönünden incelenmiştir.

Söz konusu kurul raporunda;

Cumhuriyet Başsavcılığı iddianamesi dışında herhangi bir mahkemede alınmış ifadeye ya da bulguya dayalı bir değerlendirme yapılmadığı görülmektedir

Savcılık iddianamesine yansıdığı kadarıyla temel adli tıp kriterlerine, hatta Sağlık Bakanlığı'nın 22.09.2005 tarihli ve B100TSH013003-13292 sayılı Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar konulu Genelgede belirtilen “Cinsel Saldırı Muayene Raporu Formu” içeriğine göre düzenlenmediği anlaşılan bir adli rapor bulunmaktadır. Ancak 6. İhtisas Kurulunun, bu raporu tıbbi belgeler bölümünde değerlendirmeye almadığı görülmektedir.

Savcılıkça, Uludağ Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalından, B.Ç'nin beden ve ruh sağlığı yönünden muayene edilmek üzere talebi olduğu iddianamede belirtilmektedir. Karar oluşturacak noktaya gelirken, Uludağ Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalının B.Ç'yi muayene edip etmediği 6. İhtisas Kurulu tarafından önemsenmemiştir. Eğer muayene edilmişse; bu ilk adli tıbbi muayene olacaktır ki elde edilen bulgular çok önemlidir.

Bir bilirkişi raporunda muayenenin koşulları, yapılan tetkikler, muayene bulgularının belirtilmesi beklenirken söz konusu raporun muayene kaydı bölümünde muayenenin bu ayrıntılarına ilişkin hiçbir bilgi verilmediğinden sonuçtaki “... patolojik araz tespit edilmediği” görüşünün gerekçeleri anlaşılammaktadır.

2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu'na göre “Adli Tıp İhtisas Kurulları Başkanının başkanlığında işin niteliğine göre en az dört üye ile toplanır ve oyçokluğu ile karar alır. ... Üyelerden birinin özürlü olması veya yokluğu halinde eksiklik diğer kurullardan alınacak üye ile tamamlanır. Şu kadar ki tetkik edilecek konu, ilgili uzman üye hazır bulunmadıkça müzakere edilemez.” Açık olarak görüldüğü gibi çocuk psikiyatristi hazır bulunmadan çocuğun cinsel istismarı ile ilgili bir vakanın 6. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda muayenesinin yapılması ve rapor hazırlanması 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu'na aykırıdır ve bu şekilde hazırlanmış bir rapor hem tıbbi hem de hukuki açıdan bilirkişi raporu olarak kabul edilemez. 6. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda çocuk psikiyatristi bir üyenin halihazırda olmaması raporun bu şekilde hazırlanması için haklı bir gerekçe de oluşturamaz. Çünkü, gene 2659 sayılı Kanun'a göre; “adli tıp ihtisas kurulları ile adli tıp ihtisas daireleri, inceledikleri konularla ilgili olarak Adli Tıp Kurumunda bulunmayan tıp ve diğer uzmanlık dallarında Adli Tıp Kurumu dışından uzmanların bilirkişi olarak davet edilmesine karar verebilirler.” 6. Adli Tıp İhtisas Kurulu Başkanı'nın ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı olması B. Ç.

hakkında hazırlanan raporun bilimsel olduğu doğrultusunda bir kanıt oluşturmaz. Çünkü ruh sağlığı ve hastalıkları ile çocuk psikiyatrisi uzun yıllar önce birbirinden ayrılmış iki farklı tıp disiplindir ve birbirlerinin yerine ikame edilemezler.

ATK Kanunu'nun 11/c maddesine göre “Kurumun verimli ve düzenli çalışmalarını sağlamak ve bu yolda uygun göreceği tedbirleri almak” ATK Başkanı'nın görevleri arasındadır. Kurum başkanının beş yılı aşkın bir süredir kanunda yer alan çocuk psikiyatrisi uzmanı üye atanmasını sağlamayarak bu görevini yerine getirmemesi ağır bir görevi ihmal niteliğindedir.

B.Ç'nin koruma, kollama, destekleme, uygun ve sağlıklı eğitim olanakları sağlamada yetersiz, bozuk işlevli bir aile içinde yaşadığı düşünülebilir. Bozuk işlevli aile bir çocuk için çoğul travma ortamı hatta kaynağı olabilir.

Bu travmatik ortamda yetişmiş olmak, ailece tanınan ve aileye maddi yönden yardım ettiği söylenen kişi tarafından cinsel saldırıya uğramış olmak 14 yaşında bir çocuk için başka bir travmadır. Bu durumda yalnızca cinsel saldırıya uğramış olmak değil, aynı zamanda “karşı koyarsa kendisi de dahil ailesinin geçim sıkıntısı yaşayacağı” tehdidi ile karşı karşıya kalmak da bir travma nedeni olarak değerlendirilmelidir. Nitekim dava açıldıktan ve BÇ SHÇEK yurduna, annesi cezaevine konduktan sonra ifadesini değiştirmesi, hukuken geçerliliği bir yana istismardan dolayı yaşadığı ruhsal travmaya annesinin tutuklanması nedeniyle annesinden ayrılma ve gelecek endişesi yaşamının yarattığı ayrı bir travmanın eklendiğini göstermektedir.

BÇ'nin ailesinin yaşadığı koşullardan kaynaklanan çoğul ruhsal travma yanında dava dosyasındaki BÇ'ye yönelik cinsel saldırının çok sayıda olduğunu destekleyen ifade ve kanıtlara bakılarak, BÇ'de ilk ve beklenmedik bir saldırı karşısında görülecek şok tepkilerinin olmaması anlaşılabilir. Bu tepkilerin görülmemiş olmasının, ruhsal travmanın olmadığı yönünde yorumlanması eğilimi profesyonel kural ve ölçütlere uygun değildir.

Adli Tıp Kurumu'nun(ATK) yapısı ve çalışma yöntemleri Türk Tabipleri Birliği ve Adli Tıp Uzmanları Derneği tarafından bir çok defa ele alınarak eleştirilmiş, eleştiriler göz ardı edilmiştir.

ATK resmi bilirkişi organı olarak görev yapmaktadır. Kurum yapılaşmasındaki ihtisas kurulları ceza yasasındaki suç tiplerine göre düzenlenmiştir. Bu yüzden ilgisi olmadığı halde farklı branşlardaki uzmanlar aynı rapora imza atmak zorunda kalmaktadır. Oysa belli bir tıbbi konuda yalnızca ilgili uzmanların oluşturduğu kurulların değerlendirme yapması gerekmektedir. Söz konusu olguda üroloji, kadın hastalıkları ve doğum, radyoloji gibi ilgisiz uzmanlık dallarından üyelerin çocuğun ruhsal değerlendirmesiyle ilgili raporda imza atması bunun çarpıcı bir örneğidir.

Bilindiği gibi kurullar değişik uzmanlık alanlarında hekimlerden oluşsa da, kurulun tartıştığı olguların çoğu, bu uzmanlık alanlarında hekimlerin aynı anda hepsinin bilgi alanına girmemektedir. Öte yandan kurul raporunun sonunda tüm üyelerin imzası vardır. Kısacası, hekimler çok iyi bilmedikleri konularda da, konuyu bilen kurul üyesi tarafından “ikna edilmekte”, oylarını bu doğrultuda kullanmaktadır. Çok kişinin imzaladığı kurul kararı denilen belge, bir – iki üye görüşünün çokla çarpılmasından başka bir şey değildir. Mahkemeler kalabalık imzalı bu belgeyi en bilimsel belge olarak kabul etmekte; bu anlayış bütün kurulların üyelerinin toplamı ile oluşan genel kurul ile doruk noktasına ulaşmaktadır. Kurum psikiyatri olgusuna görüş bildiren kadın-doğum uzmanlarıyla, kardiyooloji olgusuna görüş bildiren cerrahlarla ve buna benzer bilimsel mantığa uymayan kombinasyonlarla yüküldür. Her toplantıya gelemeyen ama her olguya imza atabilen üyeleriyle, bu çarpık durumu düzeltmeye niyetinin ve gücünün olmayışı ile bilimsel bir kuruluş olmaktan ziyade, “Tıbbi bir Yargıtay” gibi çalışmaktadır.

Görev tanımları ve işleyiş kuralları net ve açık olarak belirlenmeyen, sorumlulukları ve bilimsel kanaatleri nedeniyle güvence içinde olmayan, idari tasarruf adı altında görev yerleri değiştirilen hekimlerin bağımsız karar veremeyecekleri, maddi ve manevi olarak zarar gören,

mağdur edilen bilirkişilerin güven içinde çalışamayacakları, verimlerinin düşeceği açıktır

Bilirkişileri atayanlar, maaşını verip, sicil amirliğini yapanlar aynı kişiler olmamalıdır. Bu durum, bilirkişinin bağımsız olma temel prensibine tamamen aykırıdır.

Bahse konu rapor üç günde, hatta neredeyse bir günde çıkmıştır. Normalde birkaç hafta ile birkaç ay arası süren rapor çıkış sürecinin bu kadar hızlanmasını açıklamak zordur. Her ne kadar tutuklu sanıklar söz konusu olduğunda kurumun rapor sürecini hızlandıran bir uygulaması olduğu bilirse de, bu hızlandırma dahi bu derece hızlı olamayacaktır. Bu durum ilgili raporlaştırma sürecine "müdahale edildiği", "saniğin korunduğu" kuşkuvarı doğurmaktadır.

Adli Tıp bilirkişilik hizmetlerinin merkezi bir yapı ile çözümlenmeye çalışılması yılda yaklaşık yüz bin dosyanın kuruma gönderilmesine ve böylece iş yoğunluğunun kalite düşüklüğü ve bilimsellikten uzaklaşmaya yol açmakla birlikte yargı sürecinin de yavaşlamasına neden olmaktadır. Oysa mahkemeler ve savcılıkların en yakın devlet hastaneleri ve tıp fakültelerinden yararlanmasının sağlanması hem sorunun çözümü, hem de Adli Tıp hizmetlerinin kalitesinin artırılması için gereklidir.

Adli Tıp konularında bilirkişilik yapabilecek Tıp Fakültelerinin ilgili Anabilim Dalları da bulunmakla birlikte yargının büyük bir kesimi ve Yargıtay, Adli Tıp Kurumunu adli tıbbi konularda son karar mercii olarak görmektedir. Bu durum, Ceza Muhakemeleri Kanununun bilirkişilik kavramına yaklaşımına da aykırıdır. Hakimlerin inisiyatifinde olması gereken karar süreci ATK'nun raporlarına bırakılmaktadır. Nitekim söz konusu olguda da kamuoyunda öyle bir kanı oluşturulmuştur. Oysa hakimler farklı bilirkişi raporlarının bilimselliği ve yetkinliğini değerlendirerek, kararları kendileri vermeli; diğer bilirkişi raporlarının doğruluğunu ATK'na onaylatmamalıdır.

Sonuç olarak:

1- Cinsel istismar iddiası, olduğunun kanıtlanması beklenmeksizin tıbbi tedavi gerektirdiği için öncelikle tedavi imkanlarına sahip bir kurumca ele alınmalı, tedavi ve adli değerlendirme birlikte yapılmalıdır. Çocuğun Adli Tıp Kurumunda mahkemeye benzeşen bir kurul önünde değerlendirilmesi son derece uygunsuz ve yararsız olduğu

gibi, çocuğun utancını ve korkusunu artırması bakımından zararlıdır.

2-Çocuk istismarı iddiasının, kanıtlanmasa dahi tedavi gerektiren bir durum olduğu göz önüne alındığında, 6. İhtisas Kurulu oluşumu ve yapılanması itibarı ile, tıbben ve hukuken çocuk istismarını ve bunun ruhsal sonuçlarını değerlendirebilecek uzmanlığa sahip değildir.

3- Kurulun kararı bilimsel verilere dayanmamaktadır

- Hiç bir çocuk ve ergen ruhsal değerlendirmesi bulgusuna yer verilmemiştir
- Herhangi bir psikometrik değerlendirmeye başvurulmamıştır.
- Çocuk ve ergenin ruhsal değerlendirmesi sürecinin bir parçası olan anne baba görüşmesi değerlendirme sürecinde yer almamaktadır.
- Çocuğun okuldaki ilişkileri, ders başarısı, arkadaş ilişkileri hakkında bilgi toplanmamıştır.

4- Adli Tıp Kurumu, 6.İhtisas Kurulu, hekimliğin temel kuralına riayet etmemiş, tedavi gerektiren bir olgu hakkında yetkisi olmadığı halde ve yetkili uzmanlardan yardım almadan tedaviye gerektirecek bir durum olmadığı kararına varmıştır.

Adli Tıp Kurulu 6. İhtisas Kurulunun B.Ç. için hazırladığı rapor, gerek raporun hazırlandığı ortamın çocuk açısından yeni travmalara meydan vermeyecek güvenli bir ortamda ve bu konuda uzman kişiler tarafından yapılmamış olması, çocuğun muayene dışındaki davranışlarına yönelik verilerin toplanmamış olması, var olan diğer verilerin ise doğru değerlendirilmediği, bilimsel niteliklere haiz bir bilirkişi raporu olmaktan son derece uzaktır.

5- Cinsel saldırı ve istismar konularında yasa maddeleri, konunun uzmanları ile birlikte hızla ele alınmalıdır ve gözden geçirilmelidir.

6- Söz konusu dava ; Çocuk Hakları Sözleşmesine imza atılmı olmakla birlikte iç hukukta gerekli düzenlemelerin tamamlanmadığı, uygulamaların çocuğun yararını önceleyecek şekilde yapılandırılmadığını bir kez daha ortaya koymuştur.

7- Adli tıp hizmetlerinde bilimselliğin, bağımsız ve özerk yapılanmanın, bilirkişiliğin ayrılmaz parçaları olduğundan Türkiye'de Adli Tıp hizmetlerinin bu çerçevede yeniden yapılandırılması gerekmektedir. ■

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ BASIN AÇIKLAMASI

SAĞLIK BAKANLIĞI EĞİTİM HASTANELERİNDE KADROLAŞMA HAREKATINA HAYIR

17 Ekim 2008 tarihinde Sağlık Bakanlığı web sayfasında 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Ek 1. maddesinin üçüncü fıkrasına göre Eğitim ve Araştırma Hastanelerine 221 profesör ve doçentin klinik şef ve klinik şef yardımcılığına atanacağı duyurusu yapılmıştır (<http://www.saglik.gov.tr/>). Kadro başvurusu için; müracaat ettiği kadro ve hastane adını belirten bir dilekçe, bilimsel ve eğitici niteliklerini gösterir 4 takım dosya, profesör veya doçentlik belgesinin tasdikli sureti ve uzmanlık belgesinin tasdikli suretinin gerekli olduğu belirtilmiştir. Ancak bilimsel ve eğitici niteliklerin asgari nesnel şartları duyuruda tanımlanmamıştır.

Bilindiği gibi daha önce de Sağlık Bakanlığı tarafından eğitim hastaneleri şef ve şef yardımcılığı kadrolarını açıklamadan ve herhangi bir sınav yapmadan doğrudan şef ve şef yardımcısı atamaları yapılmış. Ayrıca 10 Haziran 2008 tarihinde duyuru ile 201 eğitici atamasının henüz tamamlandığı süreçte yeni bir atama dalgası ortaya çıkmış idi.

Daha önceleri şef ve şef yardımcılıkları için sınav açılmakta ve yapılan sınavlarda başarılı olanlar şef ve şef yardımcısı olarak atanmaktayken, Sağlık Bakanlığı son 7 yıldır eğitim ve araştırma hastanelerindeki boş eğitici kadrolarını ilan etmemiş, sınav yapmamış ve bilimsel bir seçme

yöntemini kullanmamış, buna karşı. "kendi uygun bulunduğu" kişileri şef ve şef yardımcılıklarına atamıştır. Bu durum, bu kadrolar için yıllarca Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan, başasistan ve şef yardımcılarının önünü kapatmış ve mağdur etmiştir. Mağduriyetleri nedeniyle yargıya başvuran bir çok meslektaşımız davaları kazanmış ve bunun sonucunda Sağlık Bakanlığı şef ve şef yardımcısı atamalarının bir bölümü mahkemeler tarafından iptal edilmiştir.

Maalesef Sağlık Bakanlığı mahkeme kararı ile görevlerinden alınan bu şef ve şef yardımcılarını yeniden atayarak hukuk dışı tutumunu sürdürmüş, sınav açmak yerine 17 Ekim 2008 tarihinde 221 kadroya daha klinik şef ve şef yardımcısı atayacağını duyurarak, sistemli ve daha geniş boyutta kadrolaşma konusunda kararlı olduğunu göstermiştir.

Daha önceki atamalarda olduğu gibi, bu dönemde de şef yardımcısı/şef olabilmek koşullarını taşıyan birçok uzman, başasistan ve şef yardımcısının akademik geleceğinin önünü kapatarak ciddi bir mağduriyete yol açacak, eşitlik ilkesine aykırı olan bu tutumun tek amacının siyasi kadrolaşma olduğu açıktır.

Bu nedenlerle Sağlık Bakanlığı, ciddi mağduriyet oluşturacak, uzman yetiştiren Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin bilimsel düzeyini düşürecek "sınavsız atama" girişiminden vazgeçmeli, kadro ve koşulları tanımlanmış, bilimsel ve nesnel bir sınav sonrasında şef ve şef yardımcılarını belirleyecek bir sistem oluşturmalıdır.

**Türkiye Psikiyatri Derneği
Merkez Yönetim Kurulu**



TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ 3 ARALIK DÜNYA ENGELLİLER GÜNÜ BASIN AÇIKLAMASI

Engellilik Bir Yazgı Değildir, Önlenebilir...

1992 yılında Birleşmiş Milletlerin kararı ile 3 Aralık "Uluslararası Engelliler Günü" olarak kabul edilmiş; bu karar, 1993 yılı Mart ayında Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonunun 1993/29 sayılı bildirisi ile 3 Aralık Günü'nün tüm dünyada engellilerin topluma kazandırılması ve haklarının "tam ve diğer insanlara eşit ölçüde" sağlanması amacı için çalışılması gereken bir gün olarak tüm dünyaya duyurulmuştur. O zamandan beri 3 Aralık Uluslararası Engelliler Günü olarak tanınmaktadır.

Engellilik doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yetilerini çeşitli derecelerde kaybetmiş, normal yaşamın gereklerine uyumama olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü gelişmiş ülkelerde nüfusun %10'unu, gelişmekte olan ülkelerde ise %12'sini engellilerin oluşturduğunu kabul etmektedir. Buna göre dünyada yaklaşık 500 Milyon engelli bulunmaktadır. Avrupada fiziksel ve zihinsel engelli sayısı 46 milyondur. Bu rakama hamilelik ve yaşlılık nedeniyle fiziksel kısıtlılık eklendiğinde rakam 130 Milyonu bulmaktadır.

Ülkemizde Devlet İstatistikleri Enstitüsü tarafından 2002 yılında gerçekleştirilen Türkiye Engelliler Araştırması'nın verilerine göre ülkemizdeki engelli nüfusun toplam nüfusa oranı % 12.29 (erkeklerde % 11.10, kadınlarda % 13.45) olarak saptanmıştır. Engelli nüfusun %1.25'ini ortopedik engelliler, %0.38'ini dil ve konuşma engelliler, %0.60'ını görme engelliler, %0.37'sini işitme engelliler, %0.48'ini zihinsel engelliler oluşturmaktadır. Kişinin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine neden olan, sürekli bakım ve tedavi gerektiren süreğen hastalıklara bağlı engellilik oranı ise toplam nüfusun yüzde 9.7'sini oluşturmaktadır. Süreğen hastalıklar arasında en çok yeti yitimine yol açanlar hastalıkların başında biri ruhsal hastalıklar gelmektedir.

Ülkemizde engellilere ilişkin sayısal veriler yetersizdir. Bu nedenle ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği %10'luk orana göre yaklaşık 8.5 milyon engellinin olduğu kabul edilmektedir. Bir ailenin ortalama dört kişiden oluştuğunu öngörürsek engelliliğin, ülkemizde yaklaşık 30 milyon insanı etkilediğini, bunun da ülke nüfusunun %40'ına denk düştüğünü söyleyebiliriz. Ülkemizde zihinsel engelliliğin yaygınlığını gösteren veriler yoktur. Yine Dünya Sağlık örgütü'nün Yaklaşık 1,5 Milyon kişinin de değişik düzeylerde zihinsel engelli olduğu öngörülmektedir.

Engellilik sadece bu sorunu yaşayan kişiyi değil, ailesini ve yakın çevresini de ekonomik, sosyal ve psikolojik olarak etkileyen önemli bir sorundur. Çocuklarda süreğen hastalık, zihinsel veya bedensel engelliliğin olması aileler için oldukça örselleyici ve stres yaratan bir durumdur. Araştırmalar zihinsel veya bedensel engelli çocuğa sahip anne-babaların (özellikle annelerin) engelli çocuğa sahip olmayan anne-babalara göre daha çok stres altında olduklarını ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Zihinsel veya bedensel engelli çocuğa sahip olan annelerde bedensel yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu ve alkol bağımlılığı gibi ruhsal bozuklukları daha sık görülmektedir.

Engelliliğin nedenleri araştırıldığında, büyük çoğunluğunun kaçınılmaz ve önlenemez nedenler olduğu görülmektedir. Genetik etkenler, akraba evliliği, gebelik sırasında yaşanan sorunlar (hastalıklar, ilaç kullanımı, radyasyona maruz kalmak, alkol ve madde ve madde kullanımı, beslenme bozuklukları) gibi sorunlar tümü önlenemez süreçlerdir. Doğum sonrasında kazalar, insan eliyle bilerek yada kaza sonucu oluşan psikososyal travmalar, doğal felaketler engelliliğe yol açmaktadır. Engelliliğin bir yazgı olmadığı, geliştirilecek sosyal politikalar ve her alanda korucu-önleyici uygulamaları içeren düzenlemelerle önleneceği açıktır.

Ülkemizde son yıllarda okuma-yazma bilmeyen nüfusun azaltılması

konusunda ve eğitim düzeyinin yükseltilmesi konusunda oldukça önemli aşamalar kat edilmiştir. Ancak genel nüfusun göstergeleriyle engelli nüfusun göstergeleri arasında çok büyük uçurumlar vardır. Genel nüfusta okuma yazma bilmeyenlerin oranı yaklaşık %12.9' dır. Bu oran engellilerde yaklaşık %36, süreğen hastalığı olanlarda yaklaşık %25'dir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda engelliliğin yaygınlaşmasında yoksulluğun doğrudan etkisi olduğu gösterilmiştir. Yoksulluk, engelliliğin hem nedeni hem de sonucudur. Yapılan araştırmalar, dünyanın her yerinde engellilerin çok büyük çoğunluğunun toplumun yoksul kesimlerinden geldiğini, Ayrıca engellilik işsizliği de yol açarak bu bireylerin toplumsal yaşamla bütünleşmesini ve kendine yeterliliğini sağlamasını, ardından üretken bir birey olarak yaşamını sürdürmesini engellemektedir. Eğitim sisteminin, engellileri dışlayan bir anlayışı içermesi, engelli bireylerin esenlendirilmesi (rehabilitasyon) ilişkin gereksinimlerin yeterince karşılanamaması da engellilerin toplumla bütünleştirilmesinin önündeki en büyük engellerden birisidir. Özellikle çalışma yaşamında engellilere yönelik ayrımcılık yapılmaktadır. Engellilerin işgücüne katılmaları ile ilgili verilere bakıldığında yaklaşık %80'inin işgücüne dahil olmadığı, yaşamlarını sürdürmek için başkalarının desteğine muhtaç oldukları ancak % 19'unun çalışarak kendi geçimlerini sağlayabilir durumda olduğu görülmektedir. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engelli olanların yaklaşık %52'sinin, süreğen hastalığı olanların ise yaklaşık % 36'sının sosyal güvencesi bulunmamaktadır ve bu durum engellilerin yeterli tedavi ve rehabilitasyon almalarını engellemektedir.

Engelliler özellikle toplumun kendisine yönelik olumsuz tutumlardan dolayı kendine içe kapanma, işe yaramama, yetersizlik duygusu, güvensizlik, endişe, korku, ümitsizlik gibi duygular yaşayabilirler. Sonuç olarak etkinliklere katılmama, çekingenlik, yalnız kalma eğilimi gösterebilir, daha çok bireysel etkinliklere yönelebilir ve uyum sorunları yaşayabilirler. Ayrıca yaşadıkları kayıp duygusu, buna ilişkin öfke ve çaresizlik ruhsal sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştırma ve daha da pekiştirme gücüne sahiptirler. Tüm bu sorunlar engellilere yönelik geliştirilen sağlık ve sosyal politikalarda dikkat edilmesi gereken konulardır.

Ülkemizde engellilere yönelik yapılmış yasal düzenlemeler incelendiğinde; engelliliğin önlenmesi, engellilerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümü ve engellilerin her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirlerin alındığı görülmektedir. Ancak bunlar yetersizdir. Ayrıca bu yasal düzenlemelerin yaşama geçirilebilmesi için gerekli olan mali kaynak, mali kaynakların dağılımı, yasal düzenlemelerin sağladığı haklara ulaşım ve bu alanda hizmet verenlerin sayı ve nitelik açısından yeterliliği konusunda önemli sorunlar bulunmaktadır.

Gerek kamu gerekse özel binaların çoğunda, giriş, merdiven ve asansörlerin, toplu taşıma araçlarının, yol, üst geçit ve kaldırımların bedensel engellilerin yaşamını kolaylaştıracak düzenlemelerden yoksun olduğu,

Zihinsel engellileri için düzenlenen eğitim koşullarının okul, sınıf, öğretmen sayı ve kalitesinin gereksinimi karşılamaktan uzak olduğu ,

Süreğen psikiyatrik hastalıkları olan kişilerin çalışma, bakım, barınma ve tedavi takibi gibi gereksinimlerinin yeterli karşılanmaktan uzak olduğu,

Bu nedenle engellilerin insani koşullarda ve ayrımcılığa maruz kalmadıkları bir yaşama ulaşmalarını sağlamak için geliştirilmiş yasal düzenlemelerin ve yasal düzenlemelere uygun kurumsal yapıların en kısa zamanda oluşturulmasını, buna ilişkin sosyal politikaların geliştirilmesini, kamusal bir hizmet olarak yaşama geçirilmesini, bu alana ayrılan bütçenin yeterli düzeye getirilmesini talep ediyoruz.

Uz. Dr. Şeref Özer

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu adına

TÜRKİYE RUH SAĞLIĞI PLATFORMU'NDAN TÜM MİLLETVEKİLLERİNE ÇAĞRI: CİNSEL İSTİSMAR VE TECAVÜZ İNSAN HAKLARI İHLALİDİR SUÇLULARIN KORUNMASINA İZİN VERMEYİNİZ !

Son günlerde, Adalet Bakanlığı'nda yapılan bir toplantıda, Medeni Kanun'da 'evlenme yaşının 14'e indirilmesi', Türk Ceza Kanunu'nda 'reşit olmayanla cinsel ilişki suçunun cezalandırılması için gereken şikayet koşulunun 15 yaştan 14'e çekilmesi' ve 'tecavüz edenin, mağdurla evlenmesi durumunda cezadan kurtulması' ve 'eşe tecavüzde 7 yıla kadar olan cezanın 1 yıla indirilmesi' gibi yasa değişikliği önerilerinin tartışıldığı basına yansımıştır.

Bu yasa değişiklikleri ile oluşacak hukuk ortamının ülkemiz insanının ruh sağlığı yönünden ciddi sakıncaları bulunmaktadır.

Cinsel istismar ve tecavüz, mağdurlarının yalnızca bedenini, yalnızca namusunu değil ruhsal yapısını da zedeler. Üstelik beden iyileşir, ama cinsel istismarın ruhsal yapı üzerindeki etkisi ciddiye alınıp tedavi edilmezse yaşam boyu sürecektir bir yara açılmış ve kişi bu yarayla kendi haline bırakılmış demektir. Cinsel istismarın tecavüz boyutuna varması, daha derin, çok daha derin bir yara açıldığı anlamına gelir. Tecavüzcünün tecavüz edilene evlendirilmesi ise namusun temizlenmesi değil, mağdurun saldırganıyla bir yaşam geçirmesi, bu ruhsal travmayı yaşam boyu çekmesi demektir.

Türkiye Ruh Sağlığı Platformu olarak, cinsel istismar ve cinsel tecavüzün çok boyutlu değerlendirilmesi gerekliliğine dikkat çekmek istiyoruz:

Cinsel istismara uğramış kişi, bedeni zarara uğratılmış, aynı zamanda ruhsal yönden kalıcı olarak yaralanmıştır. Yaşı ve medeni hali ne olursa olsun, kendi istemi dışında cinsel eyleme zorlanmış kişilerin, temel bir insan hakkı olan "bedensel ve ruhsal bütünlüğü üzerinde karar verme hakkı" elinden alınmış demektir..

Cinsel istismar cinsellik kapsamında sıradan bir eylem değil, kaba güç ya da para, mevki vb. güçlerin cinsellik alanındaki insan haklarına karşı kötüye kullanılmasıdır. Kaba gücün para/mal gaspı için kullanılması durumunda en ağır cezayı veren sistemin, cinsellik alanındaki gaspın cezasına hafifletici yollar aramasında makul ve hukuki bir gerekçe bulmakta zorlanıyoruz. Böyle bir değişiklik paranın/malın insan hakkından üstün sayıldığı anlamına gelmektedir. Yalnızca bu yaklaşım bile ruhsal yönden zedeleyicidir.

Cinsel istismar kurbanlarının yalnızca "namus yönünden" değerlendirilmesi, ne yazık ki mağdurların ruhsal sorunlarına değil, daha çok ailenin ve toplumsal çevrenin "gurur sistemi"ne yardımcı çözümler getirme çabasına yol açmaktadır. "Tecavüzcünün mağduruyla evlenmesi", "reşit olmaya tecavüzün cezalandırılması için mağdurun şikayette bulunması koşulu" ya da "tecavüzün evlilikte hafif bir suç teşkil etmesi" gibi uygulama önerileri, orta çağ "gurur sistemi"ne uygun çözümler olup çağdaş ruh bilimleri ve hukuk sistemlerinde yeri bulunmamaktadır.

Sonuç olarak:

Cinsel istismar ve tecavüzün, kişinin bedenine ve kimliğine yönelik, bireyde ağır ruhsal yaralara yol açan, güçlüden zayıfa yapılmış bir saldırı olduğu, aynı zamanda mağdur bireyin aile ve yakınlarını da ruhsal yönden zedelediği unutulmamalıdır..

Cinsel istismar ve tecavüz çağımızda, herhangi bir toplumun özelliklerine ya da geçmiş çağların kurallarına bağlı olmaksızın evrensel bir insanlık suçudur.

Cinsel istismar ve tecavüz saldırganlarının cezasını hafifletmeye dönük her yöntem arayışı, her yasa önerisi suçun mağdurlarına ve mağdur adaylarına yani toplumun bütününe dönük tehdit ve şantaj ama aynı zamanda cinsel istismar ve tecavüz saldırganlarına ödül niteliğindedir.

Türkiye Ruh Sağlığı Platformu olarak ülkemizi yönetme yetkisini üstlenmiş kişileri, bu yetkiyi sorumlu biçimde kullanmaya, saldırganları değil mağdurları, zedeleyenleri değil insan haklarını koruyacak önlem almaya çağırıyoruz.

Ruh Sağlığı Platformu-Türkiye Yürütme Kurulu adına:

Dr. Şeref Özer

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı

Dr. Peykan Gökalp

Türk Nöropsikiyatri Derneği Başkanı

Ruh Sağlığı Platformu - Türkiye üyeleri:

- Türkiye Psikiyatri Derneği
- Türk Nöropsikiyatri Derneği
- Türk Psikologlar Derneği
- Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
- Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği
- Psikiyatri Hemşireleri Derneği
- Türk Tabipleri Birliği
- Türkiye Şizofreni Dernekleri Federasyonu
- İstanbul Tabip Odası
- Cinsel Eğitim Tedavi Araştırma Derneği
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
- Pratisyen Hekimlik derneği
- Şizofreni Dostları Derneği-İstanbul
- İstanbul Dünya Şizofreni Derneği
- İstanbul Şizofreni Gönüllüleri Dayanışma Derneği
- İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği
- Şizofreni Hastaları ve Yakınları Derneği – Ankara
- Manisa Şizofreniyle Yaşam Derneği
- Konya Toplum Sağlığı Araştırma ve Gelistirme Merkezi
- Konya Şizofreni Gönüllüleri Derneği

1 Haziran 2008 tarihli Merkez Onur Kurulu Kararı

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulunun 01.04.2008 gün ve 87/2008 sayılı yazıları üzerine, TPD Merkez Onur Kurulu, 01.06.2008 tarihli toplantısında Şikayetçi ...'in, Dr. ...'nin ... hakkında düzenlediği raporla ilgili olarak 21.01.2008 tarihinde verdiği şikâyet dilekçesini, Dr. ...'nin düzenlediği rapor metnini ve TPD-MYK tarafından istenen yazılı savunmasını incelemiştir.

Rapor metninde Dr. ..., 09.01.2008 tarihinde ... hakkında düzenlediği raporda “hastanın Mart 2007'deki ilk başvurusunda uyku bozukluğundan yakındığını, ilaç tedavisi ile uykusunun düzeldiğini ancak ilaca devam etmesi gerektiğini, Haziran 2007'de evlendikten sonra yaşamının daha stresli, hatta tahammül edilmez hale geldiğini, bunun nedeninin eşinin hastayı hayal kırıklığına uğratması olduğunu, hastanın alkol madde bağımlılığı ya da herhangi bir cinsel sorununun kesinlikle bulunmadığını, tahrik edilse de saldırgan bir davranış göstermeyeceğini, tahammülünün mükemmel olduğunu ve boşanmasının ruh sağlığını olumlu etkileyeceğini” bildirmiştir.

Yapılan değerlendirmede şu kanılara varılmıştır:

1. Rapor metni, tanı ve tedavi yöntemi hakkında tıbbi terminoloji ile bilgi vermemektedir, psikiyatrik değerlendirme sonuçlarına ilişkin verdiği bilgi kısıtlıdır ve raporda hastaya ilişkin kanı ve değer yargıları ağır basmaktadır.
2. Hastanın Haziran 2007'deki evliliğinin, belirtilerinin oluşmasında önemli bir zorlayıcı etmen olduğu bildirilmektedir. Ancak evlilikle ilgili değerlendirme sadece hastanın ifadelerine dayanılarak yapılmıştır. Evliliğin ... için başlıca zorlayıcı

etmen olduğu raporda belirtilmiş ancak eşinden bilgi ya da görüş alındığına ya da eşiyile görüşüldüğüne ilişkin bir bilgiye rastlanmamıştır.

3. Rapor boyunca, hastanın ifadeleri ve evliliğinden yakınmaları nesnel psikiyatrik değerlendirme sonuçları gibi sunulmuştur.

4. Özellikle alkol madde bağımlılığı ya da cinsel işlev bozukluğuna ilişkin bir soru sorulmadığı halde hastada bu bozuklukların bulunmadığının raporda kesin bir dille bildirilmesi, hakkında rapor yazılan kişiyi gereksizce koruma amacı taşıdığı kanısını uyandırmaktadır.

5. Hekimin deneyimli olması etik kusuru ortadan kaldırmaktadır ve bir savunma olarak kullanılması uygun bulunmamıştır.

Sonuç olarak, hastanın talebi üzerine düzenlenmiş olan ve tıbbi bir rapor niteliği taşımayan bu metnin, tıbbi- bilimsel nesnelliği düşük, spekülatif ve taraflı olduğu kanısına varılmıştır. Bu çerçevede, Dr. ...'nin düzenlemiş olduğu söz konusu raporun, Merkez Onur Kurulu Yönetmeliğinin 5 b (i) bendinde belirtilen “bilimsel ve mesleki açıdan geçerli olmayan açıklamalarda bulunmak” ve 5 b (iv) bendinde belirtilen “edinmiş olduğu özel bilgilere dayanarak bir kişinin psikiyatrik yorumunu yapmak” fiillerine uyduğuna ve bu nedenle kendisine kınama cezasının verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Türkiye Psikiyatri Derneği

Merkez Onur Kurulu

7 Ağustos 2008 tarihli Merkez Onur Kurulu Kararı

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulunun 29.05.2007 tarih ve 123/2007 sayılı yazıları üzerine, TPD Merkez Onur Kurulu 01.06.2008 günü toplanmış ve ... dosyasını, bu dosyada yer alan ...'in Dr. ... hakkındaki şikâyet dilekçesini, Dr. ... ve Dr. ...'in sürdürdüğü soruşturma kapsamındaki soruları ve Dr. ...'ün savunmalarını inceleyerek aşağıdaki gerekçeli kararı almıştır.

Dr. ..., ifadesinde, şikâyetçi hasta ... ile psikoterapötik bir sözleşme yapmadığını belirtmiştir. ...'in başvuru belgelerinde de bu durumu olumsuzlayan bulguya rastlanmamıştır. Ancak yöntemi ve sınırları belirlenmiş, amaç ve hedefleri üzerinde uzlaşmış çerçevesi belli bir psikoterapötik ilişki amaçlanmamış olsa da, hastayla yapılan görüşmelerin psikodinamik formülasyona dayalı dinamik temelli görüşmeler olduğu Dr. ...'ün ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Gerek ...'in gerekse Dr. ...'ün ifadelerinden, ...'in Dr. ...'ü ilkel bir ülküleştirmeyle “Zeus düzeyine yükselten” bir aktarım süreci içinde bulunduğu, Dr. ...'ün ise hastasını “kendi annesine ne kadar benzettiği” gibi karşıaktarım duygularını açıkladığı denetimsiz bir sürecin yaşandığı anlaşılmaktadır.

Hastayla yapılan yüzyüze görüşmeler, telefon görüşmeleri ve yazışmalar da, çerçevesi çizilmemiş bu hasta hekim ilişkisinde güçlü bir aktarım ve karşıaktarımın geliştiğini göstermektedir. Zaten hastanın temel şikâyet konusu da ortaya çıkan bu güçlü aktarım ve karşıaktarımın, sınırları belirlenmemiş bir ilişki içinde gelişmesine, hatta pekişmesine yol açması ve bunların uygun biçimde ele alınıp işlenememesidir.

Dr. ...'ün, ele alıp üzerinde çalışmakta çeşitli nedenlerle zorlandığı bu durumu düzeltmek için ...'i başka bir terapistle yönlendirdiği görülmektedir. Ancak ... kendisinden randevu almak için başvurduğunda da kabul etmiş ve görüşmüş oldu-

ğu, yine karşıaktarım duygularını yüz yüze görüşmelerinde ve yazdığı mesajlarda kendisine bildirdiği anlaşılmaktadır.

Dr. ...'ün savunmasında kullandığı “terapötik sözleşme yapmadık” ifadesi bu bağlamda savunmasını destekleyecek bir açıklama değil tersine hastanın şikâyetine konu olan istenmeyen olumsuzlukların temel nedenidir. Bazı psikodinamik psikoterapilerde kaçınılması, bazılarındaysa uygun zamanlamayla dikkatle kullanılması gereken aktarım ve karşıaktarım yorumlarının yapılması, terapötik çerçevesi çizilmemiş, müdahale yöntemleri, sınırları belirli olmayan bir hasta-hekim ilişkisinde zarar verici hale geleceğini, ... olarak Dr. ...'ün bilmemesi düşünülemez.

Bir hekimin terapi sözleşmesi yapmayı ve tedaviyi sürdürmeyi uygun bulmadığı birinin randevu talebini kabul ederek görüşmesi, üstelik kendi karşıaktarım duygularını bu kişiye açıkça yazması ve söylemesinin bu kişinin aktarımını pekiştirmesine ve olumsuz etkilenmesine neden olabileceği, psikoterapi uygulamasının temel bilgilerindedir. Savunmasında aktarım ve karşıaktarım süreçleri hakkında ayrıntılı açıklamalar yapabilen deneyimli bir hekimin bu tür sakıncaları kolayca görmesi beklenirdi.

Söz konusu dosyanın incelenmesi sonucunda Dr. ...'ün şikâyetçi olan hastasının tedavisinde özensiz davrandığı saptandığından, kendisine Derneğin Meslek Etiği Kuralları'ndan Madde 24 (Hasta Üzerindeki Etkinin Kullanımı) ve Madde 25 (Hasta-Hekim İlişkisi Dışına Çıkmama İlkesi) uyarınca uyarma cezası verilmesine oybirliği ile karar verilmiştir.

Türkiye Psikiyatri Derneği
Merkez Onur Kurulu

GAZİ NÖROPSİKİYATRİ BULUŞMALARI “Nörofelsefe Sempozyumu”

Algıdan Bilgiye Dış Dünya

Dr. Selçuk Candansayar

*Türkiye Psikiyatri Derneği Nöropsikiyatri Bilimsel Çalışma Birimi Koordinatörü,
Gazi Üniversitesi Nöropsikiyatri Merkezi*

Gazi Üniversitesi Nöropsikiyatri Merkezi'nce 2006 yılından bu yana Gazi Nöropsikiyatri Buluşmaları adı altında düzenlenen Nörofelsefe sempozyumunun üçüncüsü 28-29 Kasım 2008 tarihlerinde Ankara'da gerçekleştirildi. Sempozyumun bu yılki teması “Algıdan bilgiye dış dünya” olarak belirlenmişti.

Gazi Üniversitesi Nöropsikiyatri Merkezi öğretim üyeleri Prof. Dr. Selçuk Candansayar, Prof. Dr. Hayrunnisa Bolay, Prof. Dr. Mehmet T. Kitapçı ile doktora öğrencileri Yard. Doç. Dr. Aslıhan Sayın, Dr. Serap Erdoğan, Dr. Didem Akçalı'nın düzenleme kurulunda olduğu sempozyum üç yıldır sponsorsuz olarak düzenleniyor ve öğrenci ve asistanlardan katılım ücreti alınmıyor. Bu yıl 298 kayıtlı katılımın olduğu buluşmalarda beyin bilimleri alanında biyolojiden tıbbı, sosyolojiden felsefeye kadar tüm disiplinler bir araya geliyor.

Bu yılki dış dünya-algı ilişkisi görsel korteksin işlevsel özellikleri hakkında en önemli bulguları ortaya çıkaran Londra Üniversitesinden Semir Zeki, iki konferans verdi. Dr. Zeki ilk konuşmasında, görsel beyin sistemine gereksinim duyan bilginin algılamadan kortekste işlenmesine kadar olan süreçte yaptığı araştırmaların sonuçlarını paylaştı. İkinci konuşması ise nörobiyolojinin olanakları üzerinden “hiçlik” kavramına odaklandı. Semir Zeki, görsel korteks ve beyinde algılama-bilgi sürecinde Kant düşüncesinin temellerinin olduğuna inanıyor. Beynin dış dünyayı ancak kendi yapısal ve işlevsel sınırlılıkları içerisinde işleyip bilgiye dönüştürebileceğini savunuyor.

Daha sonra ODTÜ Felsefe bölüm başkanı Ahmet İnam, “Bir kültürle algılamak” adlı konuşmasında özellikle biyolojik bilimcilerin felsefeye merakları sorguladı. Biyolojik bilimcilerin yaptıkları deneysel araştırmaların verilerini hemen ve kolayca felsefi düşünceye nakletmelerini sakıncalı hatta bilgisizce bulduğunu anlattı. Felsefenin bilimsel ilerlemelerden etkilenmediğini ancak bu etkilenmenin hemen ve kolayca olmadığını savundu. Gazi Üniversitesi Nanotıp Merkezi müdürü Dr. Gürer Budak, “Yapay sensör sistemleri ve metabeyin” adlı

konuşmasında beyin işlevlerinin ve işlevsel merkezlerinin laboratuvar koşullarında yeniden üretilmesi için nanotıp alanındaki gelişmelerin ne gibi imkanlar sunabileceği hakkında bilgi verdi.

Buluşmaların en renkli ve ilgi çekici konusu doğuştan kör Türk ressam Eşref Armağan'ın “Görmeksizin görsel bilgiye işlenen dış dünya imajı” konulu etkinliği idi. Armağan'ın görsel ve frontal korteks işlevlerini inceleyen nörobilim araştırmalarını Dr. Aslıhan Sayın'ın tartışmasından sonra, ressam canlı bir resim performansı gerçekleştirdi.

Duyudan bilgiye geçiş sürecinin tartışıldığı bir sonraki oturumda Hacettepe Üniversitesi Nöroloji Bölümünden Dr. Mehmet Demirci, “Duyudan algıya geçişte sapmalar” adlı konuşmasında özellikle sineztezi kavramı ve bu kavramın olanaklarıyla kortikal bilgi işleme süreçlerinin açıklanmasındaki tartışmaları anlattı. Bilkent Üniversitesi Psikoloji bölümünden Hüseyin Boyacı ise “Görsel algının kortikal karşılığı” başlığıyla kendi laboratuvarlarında yaptıkları görsel algı araştırmalarını tanıttı.

Oturum başkanlığını Dr. Nevzat Yüksel'in yaptığı ses ve işitme konulu panelde bir Kulak Burun Boğaz Uzmanı ve bir psikiyatri uzmanı sestem işitme ve işitilenin bilgi haline geçiş sürecini tartıştılar. Gazi Üniversitesi KBB bölümünden Dr. Yıldırım Bayazid “Sesten bilgiye beyin süreçleri” adlı konuşmasında sesin işitme organında nöronal iletme çevrilmesi ve işitme bilgisine dönüşümünü tartıştı. İzmir Atatürk Devlet Hastanesinden Dr. Levent Mete ise “Bizi belirleyen sesler” adlı konuşmasında halüsinasyon kavramını psikodinamik ve biyolojik açıdan anlattı.

Bir diğer algı olan koku hakkında ise önce Gazi Üniversitesi KBB bölümünden Dr. Metin Yılmaz “Koku: Bir duyunun öğretilebilirliği” başlığıyla koku algısının fizyolojini anlatırken psikanalist Dr. Ülkü Gürışık “Ruhun kokladığı dünya” adlı konuşmasında özellikle klasik psikanaliz ve Freud'un koku ile ruhsal süreçler arasındaki ilişkiye bakışını tartıştı. ■

XIV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı 28-30 Kasım 2008 tarihlerinde Ankara'da yapıldı.

Dr. Raşit Tükel

TTB Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Başkanı,
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

İlki 24 Şubat 1994 tarihinde İstanbul'da yapılan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultaylarının onördüncüsü, Ankara Tabip Odasının ev sahipliğinde, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Abdülkadir Noyan Konferans Salonu'nda gerçekleştirildi. Kurultaya, üç gün boyunca 300 kişi katıldı.

İstanbul, Ankara ve İzmir illeri arasında dönüşümlü olarak yapılmakta olan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayları, uzmanlık eğitiminin bileşenleri olan Sağlık Bakanlığı, Tıp Fakülteleri, Eğitim Hastaneleri, Tabip Odaları ve Uzmanlık Dernekleri temsilcilerinin bir araya gelerek uzmanlık eğitimi ile ilgili güncel sorunları tartıştığı ve çözüm önerileri geliştirdiği bilimsel, mesleki etkinliklerdir.

Kurultayın ilk günü olan 28 Kasım 2008 tarihinde uzmanlık derneklerinden temsilcilerin katılımıyla, TTB-UDEK Çalışma Grupları Genel Kurulu yapılmıştır. Altıncısının gerçekleştirildiği bu Genel Kurul'da, 1) Toplum Sağlığını Geliştirme, 2) Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi, 3) Bilimsel Araştırma, 4) Etik, 5) Sürekli Tıp Eğitimi/Sürekli Mesleki Gelişim, 6) İnsangücü Planlaması Çalışma Grupları'nın faaliyetleri ve eylem planları gözden geçirilmiştir. Çalışma Grupları tarafından hazırlanan raporlar, ikinci günün son oturumunda sunulmuştur.

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi, yıllardan beri Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün iptal edilmeyen maddeleri ve henüz yenisi oluşturulamayan Tababet Uzmanlık Yönetmeliği ile sürdürülmeye çalışılmaktadır. Öte yandan, ülkemizde, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun Bakanlığın bürokratik bir organı gibi tanımlandığı, tıpta uzmanlık eğitiminin tümüyle Sağlık Bakanlığı'nın yetkisine alınmak istendiği görülmektedir. Kurultayın ikinci gününün ilk oturumu, bu güncel ve önemli konuya, "Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ve Sağlık" konusuna ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığı, YÖK, TTB ve TTB-UDEK temsilcilerinin katılımıyla düzenlenen bu panelde, tıpta uzmanlık eğitiminin yasal çerçevesi farklı bakış açılarıyla ele alınmıştır.

İkinci günün bir diğer oturumunda, Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (ATUB) E-Tıp Çalışma Grubu üyesi Prof. Dr. Peter M. Pattynama, 'E-Sağlık ve Uzaktan Eğitim' alanında ATUB perspektifini yansıtan bir konuşma yapmıştır. Bu oturumun ardından, aynı konu, bir panelde, 'Uzaktan Eğitim', 'Uzaktan Konsültasyon', 'Uzaktan Raporlama' ve 'E-Sağlığın Hukuki Durumu' başlıkları altında ele alınmıştır.

İkinci günün son paneli, Ulusal Yeterlik Kurulu'nun (UYEK) çalışma alanlarına ayrılmıştır. UYEK, bilindiği gibi, yeterlik alanındaki çalışmalarda önemli bir yer tutan 'Ölçme-Değerlendirme', 'Program Geliştirme' ve 'Yeniden Belgeleme' konularında Yeterlik Kurulları için yol gösterici nitelikte çalışmalar gerçekleştirmektedir. Bu konuların güncel gelişmeler ışığında tartışıldığı panelde, aynı zamanda da, UYEK'in söz konusu çalışmalarından elde ettiği birikimini Kurultay katılımcılarıyla paylaşmasına olanak sağlamıştır.

Çalıştayın üçüncü günündeki ilk oturumu, 'Çalışma Ortamı ve Hekimin Sağlığı' konusuna ayrılmıştır. Bu oturumda, hekimlerin çalışma ortamı, 'Şiddet', 'Kimyasal Maddeler ve Laboratuvarlar', 'Radyasyon' ve 'Bulaşıcı Hastalıklar' başlıkları altında ele alınmış ve çalışma ortamını etkileyen bu durumların hekimlerin sağlığı üzerine olan etkileri tartışılmıştır.

TTB-UDEK bünyesinde, 2006 yılından başlayarak, uzmanlık dernekleri arasında ortaya çıkan anlaşmazlıklara çözüm bulmak üzere, her anlaşmazlık konusu için, taraf olan uzmanlık derneklerinden temsilcilerin ve TTB-UDEK Yürütme Kurulu üyelerinin katılımıyla 'Uzmanlık Alanları Uzlaşısı Kurulu' toplantıları yapılmaktadır. Bu çalışmalardan esinlenerek, üçüncü günün ikinci oturumunda, 'Cerrahi Uzmanlık Dallarında Kesişen Alanlar' başlığı altında bir panel düzenlenmiştir. Genel Cerrahi, Plastik Cerrahi, Beyin Cerrahisi ve Ortopedi ve Travmatoloji dallarından uzmanlık dernekleri temsilcilerinin katılımıyla gerçekleştirilen bu panelde, cerrahi uzmanlık dallarında 'kesişen alanlar,' uzlaşısı ve işbirliği ekseninde tartışılmıştır.

Yeterlik Kurullarının önemli işlevlerinden biri, kurum ziyaretlerini gerçekleştirmektir. UYEK, 2008 yılı içinde Yeterlik Kurullarından temsilcilerin katılımıyla Akreditasyon konusunda bir çalıştay gerçekleştirmiştir. Çalıştayda ortaya konan görüşlerden de yararlanılarak, Yeterlik Kurulları için rehber niteliğinde olan 'TTB-UDEK / UYEK Eğitim Kurumlarının Ziyaret Programının Esasları' metni hazırlanmıştır. Bu alandaki önemli bir gelişme, UYEK üyesi 4 Yeterlik Kurulunun ziyaret programlarını oluşturarak kurum ziyaretlerine başlamış olmalarıdır. Bu gelişmeleri dikkate alınarak düzenlenen panelde, Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu üyeleri, bir eğitim kurumunu ziyareti sırasındaki deneyimlerini Kurultay katılımcılarıyla paylaşmışlardır. Yeterlik Kurullarının bu alandaki çalışmalarına katkısı sağlamaya yönelik, deneyime dayalı bilgilerin

aktarıldığı bu panelde, eğitim kurumu ziyareti eğitici, asistan ve ‘ziyaretçi’ gözüyle ele alınarak tartışılmıştır.

Kurultayın son oturumu, ‘Asistan Gözüyle Uzmanlık Eğitiminde Sorunlar ve Çözüm Önerileri’ başlığı altında Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu (AHEK) tarafından düzenlenmiştir. Bu oturumda, I. AHEK Kurultayı’nın sonuçları tartışılmış ve Eğitim Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde uzmanlık eğitimi ve asistanların çalışma koşulları ele alınmıştır.

XIV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Sonuç Bildirgesi

I. TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETMELİĞİ VE SAĞLIK

1. Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun (TUK), işleyiş ve oluşumunda Sağlık Bakanlığı belirleyicidir. TUK’ta 13 üyenin 7’si Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmekte, TTB’yi temsil eden sadece bir üye bulunmaktadır. TUK, mevcut yapılanmasyla, tıpta uzmanlık eğitimiyle ilgili konularda işlevsiz kalmaktadır. TUK, eğitimin tarafları olan Sağlık Bakanlığı, YÖK ve Türk Tabipleri Birliği’nin eşit olarak temsil edildiği, özerk, tıpta uzmanlık eğitimiyle ilgili süreçleri düzenleyen, gereksinimleri nesnel olarak belirleyip, çözüme yönelik ortak çalışmalar gerçekleştiren bir yapıda olmalıdır.
2. Tıpta uzmanlık eğitiminin, sadece Sağlık Bakanlığı ve Bakanlar Kurulu’nun yetkili olduğu bir yönetmelikle düzenlenmesi, tıpta uzmanlık eğitiminin gerektirdiği bilimsel ve idari özerkliği ortadan kaldıracaktır. Yönetmelikte, Sağlık Bakanlığı dışında kalan taraflarının tıpta uzmanlık eğitimi alanının düzenlenmesine, planlanmasına ve denetlenmesine katılımları oldukça sınırlandırılmaktadır. Oysa ki, tıpta uzmanlık eğitimi, tıp fakültesi eğitiminden sonra yapılan ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yükseköğretimdir. Bu süreçte üç kurumun; YÖK, Sağlık Bakanlığı ve Türk Tabipleri Birliği’nin yetki alanları bulunmaktadır. Tıpta uzmanlık eğitime ilişkin düzenlemeler yapılırken, Sağlık Bakanlığının asıl işlevinin tıp eğitimi olmadığı ve yetkisinin, Anayasa’nın 56. maddesinde tanımlanan sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini sağlama ve onları bu kapsamda denetleme rolü nedeniyle olduğu göz önüne alınmalıdır.
3. Tıpta uzmanlık eğitimi alanında temel ilkelerin, yönetmelik yerine yasa ya da tüzükle düzenlenmesi gerekmektedir. Bu, düzenlemenin hukuki güvenlik ve istikrarı zedeleyecek şekilde sık sık değiştirilmemesi açısından önemlidir.
4. Yönetmeliğin adının Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği olması daha uygundur. Yönetmelikte tıpta uzmanlık eğitimi kavramının karşılığı olan kimi düzenlemeler yapılmamış ya da eksik bırakılmıştır. Bu kapsamda eğitim sorumluları ile ilgili bölümler başta olmak üzere, eğitim gören asis-

tanların haklarına, eğitim ile yakından ilişkisi olan sağlık hizmetinin uygulanmasına, kurumların asgari niteliklerine ilişkin hükümlerin bazıları hiç düzenlenmemiş, bazıları ise eksik bırakılmıştır. Yönetmelik çalışmalarında, tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili bütün konular yönetmelik kapsamına alınacak şekilde eksiklikler giderilmeli, kimi hükümler eklenirken, kimilerinin geliştirilmesi sağlanmalı ve bu çalışmalar, tüm tarafların katılımıyla ve uzlaşarak gerçekleştirilmelidir.

5. Eğitim kurumlarında bulunması gereken koşullar somut olarak Yönetmelikte belirtilmelidir.
6. Yan dallar ve rotasyonlarla ilgili olarak, esas alınacak ölçütler ve yöntemi belirlemek ve çalışma yapmak üzere, Sağlık Bakanlığı, YÖK ve Türk Tabipleri Birliği temsilcilerinden oluşturulacak eşit katımlı bir komisyon oluşturulmalı; bu komisyon oluşturduğu bilimsel yönetime göre, yan dallar ve rotasyonları belirlemeli ve Yönetmelikteki ekli çizelge bu çalışmanın sonuçlarına göre düzenlenmelidir.

II. e-SAĞLIK VE UZAKTAN EĞİTİM

7. e-sağlık ve uzaktan eğitim, Avrupa Tıp Uzmanları Birliği’nde sistematik olarak incelenen ve desteklenen ve önemi gün geçtikçe artan alanlar olarak görülmektedir. Hekimler arası veya hekimler ile hastalar arası tıbbi bilginin aktarımı (e-tıp ve e-konsültasyon), asistan eğitimi ve STE/SMG için çok önemli açılımlar içeren e-sağlık alanının geliştirilmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmaların yanında, çok yüksek bir ekonomik potansiyel içeren bu alanda, hasta hakları, etik, ödeme-finans vb. konularda sorunlar belirlenerek uygun çözümler geliştirilmeli ve çok iyi bir denetim mekanizması oluşturulmalıdır.
8. Türkiye’de e-sağlık ile ilgili pek çok alanda uygulamalar yapılmaktadır. Uzaktan eğitim, uzaktan konsültasyon, uzaktan raporlama gibi kavramsal niteliği olan konularda Sağlık Bakanlığı ve üye derneklerimizce öncü uygulamalar başlatılmış; ancak eksikliklerin bulunduğu bu uygulamalarda süreklilik sağlanamamıştır. Bu eksiklikler; hasta mahremiyeti, hukuksal sorunlar, e-sağlık uygulamalarını yapabilecek personelin niteliği, mali sorunlar (uygulamaların maliyet-etkili olması vb.) çakışan alanlardaki sorunların çözülmesine yönelik gerekli düzenlemelerin olmaması gibi başlıklarda toplanmaktadır. İvedilikle kişisel sağlık verileri ile ilgili yasal düzenleme yapılmalıdır.
9. e-sağlık konusunda oluşturulacak yasal düzenlemede;
 - Verilerin üst hukuk normlarına uygun şekilde toplanmasına,
 - Amaca uygun şekilde saklanmasına,
 - Amaca hizmet edecek şekilde mümkün olan en az bilginin kullanımı ve aktarılmasına,
 - Bu bilgi ve verilere ulaşımın sıkı koşullara bağlanmasına,
 - Sisteme ilişkin sıkı güvenlik önlemlerinin alınmasına ve sistemin denetlenmesine,

- Personeler bu sistemin niteliğine uygun bir eğitim verilmesine,
- Kişisel sağlık verilerinin gizliliğini ihlal edenlere caydırıcı yaptırımlar uygulanmasına,
- Veri sahibi bireyler ile bu verileri alan sağlık personelinin bu sistemin işleyiş ve denetimi sürecine bireysel ve kurumsal olarak katılmalarına ilişkin hükümler yer almaktadır.

III. UYEK ETKİNLİKLERİ

10. Uzmanlık eğitimi programları, “Eğitim Programı Geliştirme” yöntemleri kullanılarak oluşturulmalı ve üniversiteler ile eğitim ve araştırma hastanelerinde bu programlar doğrultusunda standart bir uzmanlık eğitimi uygulanmalıdır.
11. Uzmanlık eğitiminde ölçme ve değerlendirmenin; klinik ortamlarda ve iş başında, performans dayalı ölçme değerlendirme yöntem ve araçlarını merkeze alarak tasarlanması ve uygulanmasına en kısa sürede geçilmelidir.
12. Yeniden belgelendirme (resertifikasyon) standartları, mevcut TTB STE/SMG ve EACME kredilendirme sistemi göz önünde tutularak uzmanlık derneklerince özgün olarak belirlenmelidir.

IV. ÇALIŞMA ORTAMI VE HEKİMİN SAĞLIĞI

13. Hekimler çalışma ortamlarında pek çok sağlık riski ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlık çalışanları, sağlık kurumlarında çalışma ortamından kaynaklanan riskleri/maruziyetleri bütünlüklü bir yaklaşımla değerlendirmek üzere “İşyeri Sağlık Birimleri” ya da yaygın adıyla “İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Kurulları” oluşturulmaktadır. Bu birimler; işe giriş muayeneleri, periyodik kontrol muayeneleri, işe uyum, bağışıklama çalışmaları, sağlık eğitimleri, iş güvenliği çalışmalarının düzenlenmesi, iş ortamı risklerinin belirlenmesi/önlemlerin alınması, veri toplanması, araştırma yapılması, danışmanlık yapılması gibi işlemleri yerine getirmelidir. Bu birimlere, sağlığa bütüncül yaklaşılabilir (birinci, ikinci, üçüncü koruma yaklaşımı) özelliği kazandırılmalıdır.
14. Hepimizin kaygıyla izlediği üzere toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet sağlık alanını da etkilemektedir. Son birkaç yılda saldırıya uğrayarak ölen ya da yaralanan doktorların sayısındaki artış ve üniversite hastaneleri gibi daha önce oldukça seyrek olarak görülen kimi yerlerde de sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olayları kaygı verici niteliktedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemleri özellikle son dönemlerde uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında doruğa çıkmıştır. Kurultayımız sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin önlenmesi için aşağıdaki yaklaşımları benimser:

Sosyoekonomik eşitsizliğin yol açtığı eğitim ve ekonomik sorunların giderilebileceği sosyal devlet politikaların mevcut

kriz ortamı da düşünülerek ivedilikle hayata geçirilmesi gereklidir. Uygulanacak program sağlık erişiminde dezavantajlı durumda olan yoksulların, işsizlerin ve çalışanların çıkarını öncelikle gözetmelidir.

Siyasi iktidarın sağlıkta yaşanan sorunların sorumlusu olarak sağlık çalışanlarını veya hekimleri hedef olarak göstermesi kabul edilemezdir. İvedilikle siyasi iktidarın mevcut yaklaşımdan vazgeçmesini ve sağlık çalışanlarına karşı yönelen şiddet eylemlerine karşı “sıfır tolerans” göstermesini talep ediyoruz.

Türk Tabipleri Birliği ve uzmanlık derneklerinin konu hakkında yaygın bir medya kampanyası organize etmesini ve bu çerçevede Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin boyutu, nedenleri ve sonuçlarını ortaya koyan bir araştırma yapmasının gerekli olduğuna inanmaktayız. .

Türkiye’de halen sürdürülen mezuniyet öncesi ve sonrasında tıp eğitimi hekimlerin iletişim becerilerine ciddi katkı sunmamakta ve hekimliği salt teknik bir noktaya indirgemektedir. Oysa bir hekimin teorik bilgi birikimine felsefe, sosyoloji, halkla ilişkiler gibi beşeri disiplinlerin önemli oranda katkı yapması zorunludur. Bu nedenle sadece hastalığa odaklanan, hastayı tedavi edilecek bir biyolojik organizmadan ibaret gören; insanı sosyal varlık olarak insani değerlerini gözardı ederek nesneleştiren bu eğitim yaklaşımı artık terk edilmelidir. Bu bağlamda, mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde hekimlere sunulacak çağdaş eğitim programları, Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu ve TTB-UDEK’in eşit haklarla dahil olduğu bir kurul tarafından düzenlenmelidir.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla uygulamaya konulan liberalleşme dalgası bir yandan sağlığı alınıp satılır bir meta haline getirirken; diğer yandan sağlık hizmetini sunanları ve sağlık kurumlarını bir girişimci gibi, sürekli karını en yüksek düzeye çıkarmayı önceleyen bir “esnaf” a ve “ticarethane”ye indirgemektedir. Bu yapı, hekimlerin hastaların sağlık sorunlarının aciliyetine göre değil de, onun ekonomik gücüne göre yaklaşması gerektiğini talep ettiği için hasta-hekim ilişkisinin temelini derinden sarsmaktadır. Hasta ile hekimler arasında güven ilişkisini ortadan kaldıran bu program daha fazla tahribata yol açmadan acilen durdurulmalıdır. Aksi takdirde sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemleri hızla artacaktır.

V. CERRAHİ UZMANLIK DALLARINDA KEŞİŞEN ALANLAR: UZLAŞI VE İŞBİRLİĞİ

15. Farklı ancak ortaklaşmaların gerekli olduğu uzmanlık alanlarında, birlikte çalışma ve işbirliği, konsültasyon ve paylaşım olanakları kullanılarak uzlaşa sağlanmalıdır.
16. Uzmanlık dallarında keşişen alanlarda çözüm yolunda atılması gereken ilk adım, multidisipliner çalışma ve o alanda ortak programların oluşturulması olmalıdır.

VI. EĞİTİM KURUMLARINI ZİYARET

17. TTB-UDEK ve UYEK, Yeterlik Kurulları ile işbirliği içinde, ulusal yasa ve yönetmeliklerle uyumu gözeterek zi-

yaret programının standartlarını belirlemeli ve ulusal düzeyde gönüllülük temelinde gerçekleştirilecek olan eğitim kurumlarını ziyaret programının uygulanmasını özendir-
melidirler.

18. Yeterlik Kurulları, eğitim kurumlarının ziyaretine yönelik programların oluşturulmasına öncelikle yer vermelidirler. Tıpta uzmanlık eğitiminde niteliğin iyileştirilmesine yönelik kullanılabilir önemli bir geri bildirim mekanizması, eğitim kurumlarının ziyaretidir. Eğitim kurumları, gönüllü olarak ziyaret programlarına katılmaya cesaretlendirilmelidir. Bu ziyaret programları sonrasında, kurumların eğitim programlarının niteliklerine yönelik ödüllendirme olarak belgelendirme işlemi yapılmalıdır.
19. Uzmanlık eğitimi verilen kurumlarda, ilgili Yeterlik Kurulu tarafından oluşturulmuş, ulusal yasa ve yönetmeliklerle uyum içinde olan ve tercihan ulusal otorite tarafından onaylanmış bir uzmanlık eğitimi programı esas alınarak eğitim etkinlikleri gerçekleştirilmelidir. Uzmanlık eğitimi verilen kurumlarda, eğitimin farklı aşamaları ve asistanın etkinlikleri bir asistan karnesine kaydedilmelidir. Her bir asistan için yapılandırılmış bir eğitim programı bulunmalıdır.
20. Ziyaret Kurulları, eğitimin değerlendirilmesi için ulusal düzeyde kabul edilmiş ölçütleri kullanmalıdır.

VII. ASİSTAN GÖZÜYLE UZMANLIK EĞİTİMİNDE SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

21. Gerek eğiticilerin gerekse eğitilenlerin çalışma saatleri ve ücretlendirmeleri, uluslararası hukuksal kararlar doğrultusunda yeniden düzenlenmeli; bu düzenlemeler asistan hekimlerin maaşlarının emeklerinin karşılığını verecek şekilde olmasını, toplam çalışma saatlerinin nöbetler dahil 80 saatin altına indirilmesini, her çalışma süresi sonrası yeterli dinlenme süresinin sağlanmasını içermelidir.
22. Eğitici eğitimi, asistan temel eğitim kursları gibi etkinliklerle eğiticilerin ve eğitilenlerin niteliklerinin iyileştirilmesi çalışmalarına ivedilikle başlanmalıdır.

23. Asistan hekimler yurt içi ve yurt dışı eğitim çalışmalarında görevlendirilme yoluyla yer almalı ve bu çalışmalar burslarla desteklenmelidir.
24. Eğitim ve araştırma hastanelerinde asistan hekimlerin tez çalışmaları için fon ayrılmalıdır.
25. Rotasyonlar eğitim ihtiyaçlarına göre yeniden düzenlenmeli; rotasyonlar için eğitim programları oluşturulmalıdır.
26. Her uzmanlık derneği yönetim kurulunda, üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde seçimle gelen ve yönetimde aktif olarak çalışan bir asistan hekim temsilcisi olmalıdır.
27. Kongreler ve eğitim programlarına asistanların katılımları ücretsiz olmalıdır.
28. Tıpta uzmanlık eğitimi sadece tıp fakültesi mezunlarına verilmelidir.
29. Uzmanlık belgeleri eğitim süreci tamamlandığında, hekimlere teslim edilmelidir.
30. Uygulanan haliyle mecburi hizmet değil, hekimlerin insanca yaşama ve çalışma standartlarını karşılayan ve özendirilen gönüllü hizmet desteklenmelidir.
31. İhtiyaca göre hizmet dağılımı yapılmalı ve yardımcı sağlık personelinin sayısı ve kalitesi artırılarak asistan hekimlerin iş yükünün azalması sağlanmalıdır. Asistan hekimlerin hekimlik dışı işlerde kullanılmamasına azami özen gösterilmelidir.
32. Sağlıkta dönüşüm programı ile bozulan ve hızlı hasta bakmaya odaklanan üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerindeki hizmet-eğitim dengesi, en kısa sürede eğitim ve araştırma ayağı artırılarak düzeltilmelidir. ■

44. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildiri (Araştırma) Ödülleri

14-19 Ekim 2008, Antalya

Birincilik Ödülü

İlaçsız Depresyon Hastalarında Orbitofrontal Korteks-Amigdala İlişkisinin Yapısal Denge Modelleme Yöntemi ile Araştırılması

Dr. Burçak Zengin, Dr. Damla İşman Haznedaroğlu, Dr. Erol Ozan, Dr. Çağdaş Eker, Dr. Özlem Eker, Dr. Öykü Önal, Dr. Ömer Kitiş, Dr. Ali Saffet Gönül
Siirt Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Siirt

İkincilik Ödülü

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda SNAP-25 Gen Polimorfizmiyle Beyin Hemodinamisinin İlişkisi

Dr. Özgür Öner, Dr. Ata Akın, Dr. Hasan Herken, Dr. M. Emin Erdal, Dr. Mustafa Ay, Dr. Koray Çiftçi, Dr. Bedriye Öncü, Dr. Özlem Bozkurt, Dr. Duygu Biçer, Dr. Kerim M. Münir, Dr. Yankı Yazgan
Dışkapı Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi, Ankara

Üçüncülük Ödülü

Şizofrenide Hemisferler Arasında Bozulmuş Bağlantı Bütünlüğü: Bir Difüzyon Tensor Görüntüleme Çalışması

Dr. Damla İşman Haznedaroğlu, Dr. Burçak Zengin, Dr. Dinçer Aydın Akyıldız, Dr. Öykü Önal, Dr. Çağdaş Eker, Dr. Ömer Kitiş, Dr. Köksal Alptekin, Dr. Ali Saffet Gönül
Ege Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri AD., İzmir

Anksiyete Bozuklukları (Araştırma) Ödülü

İkincilik Ödülü

Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Beyin Kökenli Nörotrofik Faktör (BDNF) Val66Met Polimorfizminin Rolünün Araştırılması

Dr. Raşit Tükel, Dr. Berna Özata, Dr. Banu Aslantaş Ertekin, Dr. Serap Oflaz, Dr. Erhan Ertekin, Dr. Güher Saruhan Direskeneli
İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak. Psikiyatri AD. İstanbul

TPD ANKARA ŞUBESİ'NDEN TEZ DESTEĞİ

Türkiye Psikiyatri Derneği Ankara Şubesi Ankara'da bulunan eğitim kurumlarında eğitim görmekte olan psikiyatri araştırma görevlilerine tez desteğini 2008-2009 eğitim yılında da sürdürmeye karar vermiştir. Bu destek aşağıda belirtilen kurallara göre verilecektir:

- 1- Başvuru 1.3.2009 tarihine dek yapılmalıdır.
- 2- Başvuru TUBİTAK tarafından belirlenen proje destek kurallarına göre yazılmış olmalıdır.
- 3- Başvuru tez hocası ile birlikte yapılmalıdır.
- 4- Destek miktarı 2500 YTL'ye çıkarılmıştır.
- 5- Bu miktar rasyonel nedenlere dayanmak, ara raporlarla gerekçeleri belirtilmek kaydı ile makul ölçülerde arttırılabilir.
- 6- Destek her yıl 4 ayrı kliniğe verilecek, bir yılda aynı klinikte birden fazla teze destek verilmeyecektir.
- 7- Başvurular isimsiz olarak bilim insanlarına gönderilecek ve görüş alınacaktır. Görüşler yönetim kurulunda görüşülerek karara bağlanacaktır.
- 8- Araştırmalar ilgili kurullara sunulurken Türkiye Psikiyatri Derneği Ankara Şubesi'nce desteklendiği belirtilmelidir. Tez akademik bir ortamda sunulduğunda veya yayınlandığında da bu destek belirtilmelidir.
- 9- Ödemeler projede belirtilen zamanlamaya uygun olarak fatura karşılığı ödenecektir.
- 10- Araştırmacılara fatura dışı bir para ödenmeyecektir. Böyle bir ödeme bu nedenle projede talep edilmemelidir.
- 11- Destek almış bir tezin bir nedenle tez olmasından vazgeçilmesi halinde destek sürdürülmeyecektir. Ayrıca bu araştırma görevlisi tez desteği için ikinci kez başvuramayacaktır.
- 12- Başvurular TPD Ankara Şubesi'ne elden teslim edilmelidir.
- 13- Sürmekte olan tezlere de destek verilebilecektir.

Şubemiz üyelerine saygı ile duyurulur.

Prof. Dr. Nevzat Yüksel
TPD Ankara Şubesi Başkanı

Uzm. Dr. Hande Karakılıç Uluslararası Sağlık ve İnsan Hakları Derneği (The International Society For Health And Human Rights-ISHHR) Konsey Üyeliğine Seçildi

15-18 Ekim 2008 tarihleri arasında, Peru'nun Lima şehrinde, Uluslararası Sağlık ve İnsan Hakları Derneği (International Society for Health and Human Rights – ISHHR) tarafından sekizincisi düzenlenen “Hakikat, Adalet ve Onarım: Travma sonrası Sağlık ve Haysiyetin Yeniden İnşası” (“Truth, Justice and Reparation: Rebuilding Health and Dignity after Trauma”) temalı uluslararası kongre esnasında yapılan ISHHR seçimlerine katılan Uzm Dr Hande Karakılıç Konsey üyesi seçilmiştir. Herhangi bir kurumdan bağımsız bireysel nitelikte olan üyeliğiyle, kendisi ISHHR ile Türkiye’de travma ve insan hakları alanında çalışan profesyoneller/ gönüllüler arasındaki bağlantıyı geliştirmek ve Türkiye’nin ISHHR içinde aktif varlık gösteren bir ülke olması yönünde gayret göstermeye çalışacağını ifade etmiştir.

ISHHR’İN AMACI

Uluslararası Sağlık ve İnsan Hakları Derneği (The International Society for Health and Human Rights - ISHHR) insan hakları ihlallerinden etkilenen kişilerle ve topluluklarla çalışan sağlık çalışanlarını bir araya getiren bir dernektir.

İnsan hakları sağlık çalışanlarını yakından ilgilendiren ve her gün Dünyanın çeşitli yerlerinde ihlal edilen çok önemli bir konudur. Bu bağlamda, ISHHR bu alanda çalışan profesyoneller arasındaki iletişimi güçlendirerek ve insan haklarının etkin şekilde savunulmasını destekleyerek kendi payına düşen katkıyı sağlamaya çalışmaktadır.

ISHHR insan hakları ihlallerinin toplum sağlığı üzerindeki etkileri hakkında profesyonel ve toplumsal bilinçlenmeyi desteklemektedir. Profesyonel tutum ve eylemin geliştirilmesi, özellikle açık insan hakları ihlallerinin sonuçlarının değerlendirilmesi ve tanımlanması, bunlara uygun müdahale yöntemlerinin belirlenmesi, bu konudaki iletişim ağının güçlendirilmesi ve deneyim paylaşımı ISHHR’in öncelikli hedeflerindedir. Dernek; insan hakları ihlallerinin sağlık üzerine etkileri hakkında bilgi toplamayı, psikososyal ve psikolojik bakım hakkında deneyim ve bilgi alışverişinde bulunmayı ve gerek bireysel, gerekse toplumsal düzeyde psikososyal müdahalelerin gelişimine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

ISHHR üyeleri insan hakları ve sağlık alanında çalışan Dünya çapında bir ağın parçasıdır. Böylelikle, hem kendi bölgeleri içerisinde, hem de Dünyanın çok daha uzak bölgelerindeki diğer profesyonellerle yakın bağlantı kurma olanağı yakalarlar.

ISHHR’İN HEDEFLERİ VE ETKİNLİKLERİ

ISHHR’ın amacı doğrultusunda belirlediği hedefler ve hayata geçirdiği etkinlikleri şöyle özetleyebiliriz:

- Düzenli Uluslararası Konferanslar düzenleyerek sağlık ve insan hakları alanında çalışan profesyonellerde kapasite artışı sağlamak,
- Sağlık ve insan hakları konularında hazırlanmış bilgi ve metinleri www.ishhr.org başlıklı web alanı aracılığıyla gerek ISHHR üyeleri için, gerekse genel toplum için ulaşılabilir hale getirmek,
- İnsan hakları ihlalleri mağduru kişilerin sağlık ve insan hakları açısından hizmetlere ulaşmalarını artırmak için ilgili ulusal ve uluslararası kuruluşlarla bağlantı kurup, bu bağlantıları sürdürmek,
- ISHHR Psikolojik Destek Başvuru Merkezi, Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu ve Dünya Sağlık Örgütüyle işbirliği protokolleri imzalamıştır.
- Uluslararası yasal belgelere ve anlaşmalara uyulmasının izlenmesi ve bu konuda kampanyalar yürütülmesi,
- İnsan hakları ihlali mağduru kişilerin bakım ve tedavisinde çalışan sağlık çalışanlarını desteklemek için bir destek ağının oluşturulması.

ISHHR TOPLANTILARI

ISHHR sağlık ve insan hakları konusunda toplam 7 uluslararası Konferansa imza atmıştır.

Fransa (1987), Kosta Rika (1989), Şili (1991), Filipinler (1994), Güney Afrika (1998), Hırvatistan (2001), Hindistan (2005), Peru (2008)

ISHHR ÜYELİĞİ

ISHHR’in Dünya çapında yaklaşık 50 ülkeden üyeleri bulunmaktadır. Üyelik ücreti bireysel üyelik için 50 \$, kurumsal üyelik için 150 \$ olarak belirlenmiştir. Düşük gelirli ülke vatandaşları içinse, bu ücretler 30 \$ ve 100 \$ olmak üzere indirimli olmaktadır. İki ve üç yıllık üyelik için ayrıca indirim sağlanmaktadır. Web alanından doğrudan üye olma olanağı bulunmaktadır. Üyelikle ilgili başvurular ve sorular için ayrıca ISHHR sekreteryesinin e-mail adresi olan conference@ishhr.com’a da başvurulabilir. ▶

ISHHR KONSEYİ

Genel Sekreter
JORGE AROCHE

AVUSTRALYA

Üyeler

DEAN AJDUKOVIC
AMBER ELIZABETH GRAY
NIMISHA PATEL
ROSA LIA CHAUCA
NİNO MAKHASHVİLİ
MARIANO COELLO
HANDE KARAKILIÇ
JOSE VERA GOMEZ

HIRVATİSTAN
ABD/HAİTİ
İNGİLTERE
PERU
GÜRCİSTAN
AVUSTRALYA
TÜRKİYE
PARAGUEY

PATRICK O'LOUGHLIN
SUKOLUHLE HOVE

NORVEÇ
ZİMBABUE

Onursal Başkan
LOES VAN WILLIGEN

HOLLANDA

ISHHR SEKRETERYASI BAĞLANTI BİLGİLERİ

JANSET BERZEG
ALEJANDRA SZCZEPANIAK

AVUSTRALYA
AVUSTRALYA

PO Box 203, Fairfield NSW 2165 T
+61 2 9794 1900 F +61 2 9794 1910

EMAIL conference@ishhr.com

ISHHR : www.ishhr.org

ISHHR Conference: www.ishhr.com

Dr. İNCİ VURAL BERAAT ETTİ

Ağrı Devlet Hastanesi'nde zorunlu hizmetini yapmakta iken "görevini yerine getirmediği" suçlamasıyla Ağrı Cumhuriyet savcısının açmış olduğu davanın 21 Kasım 2008 yapılan ikinci duruşmasında Dr. İnci Vural beraat etti.

Dr. İnci Vural'ın TPD Hukuk danışmanları Avukat Ziyet Özçelik ile Avukat Semra Demir tarafından savunulduğu duruşmada Dr. İnci Vural'ın yanısıra, TPD Merkez Yönetim Kurulu adına Genel Başkan Dr. Şeref Özer, Ağrı Askeri hastanesinden Mehmet Ak, TPD Erzurum Şubesinden Dr. Püren Akçalı ve Dr. Gökhan Sarısoy ile Ağrı Devlet Hastanesi hekimlerinden oluşan 15 kişilik bir grup hazır bulunmuştur.

Saat 21.45'de başlayan duruşmada savcı, dosyanın ve tanıkların ifadelerinin incelenmesi sonucunda Dr. İnci Vural'a isnat edilen suçun gerçekleşmemiş olduğunun anlaşıldığını, ayrıca hastaneye yatırılan bir hastanın güvenliğini sağlama görevinin doktora değil güvenlik güçlerine ait bir yükümlülük olduğunu bu nedenle de İnci Vural'ın beraatini talep ettiğini belirtmiştir.

İnci Vural'ın ve avukatlarımız Ziyet Özçelik ile Semra Demir'in savunmalarından sonra, hakim Dr. İnci Vural'ın beraatine karar vermiştir.

İnci Vural davası, bu sonucuyla ileride olabilecek benzerlerine örnek bir dava olmasının yanısıra meslek onurunu korumak için Türkiye Psikiyatri Derneği'nin merkezi, şubeleri ve üyeleri arasındaki kenetlenme ve dayanışmanın güzel bir örneği olmuştur.





YUSUF SAVAŞIR (1932-2008)

Prof. Dr. Yusuf Savaşır'ı yitirdik. 1960 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan hocamız, 1964 yılında aynı fakültenin psikiyatri bölümünde psikiyatri uzmanlığını tamamladı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümünün kuruluş yıllarından itibaren çalıştığı bölümden 1999 yılında emekli oldu. Okuma ve öğrenme merakı yıllar içinde hiç eksilmedi. Asistanlığım yıllarında beni en çok etkileyen yönünün okuduğu ve bildiği konuların çeşitliliği olduğunu hatırlıyorum. Makale saatlerinde sunmayı seçtiği, o yıllar için çok yeni olan, hayvan davranışı araştırmaları, genetik araştırmalar gibi konuların hepimiz için göz açıcı olduğunu ve çok iyi bir sunucu olduğunu da eklemek isterim. Engin bir bilgi dağarcığı vardı, ancak bunu açıkça göstermeyi pek sevmezdi. Vaka toplantıları ve sağlık kurullarında gerek klinik, gerekse adli psikiyatri konusundaki bilgisiyle pekçok sorunu çözümlememizi sağlamıştır. Çok zeki ve nüktedan bir insandı. Kendine özgü sakın uslubuyla yerinde konuşur ve gereğinde taşı gediğine koymasını bilirdi. İtiraf edeyim, poliklinikte kendisine hasta danışmaya biraz çekinirdim. Zira bu danışma sürecini bir seminere dönüştürürdü. Hasta ile ilgili hiç aklıma gelmeyen konuları ortaya çıkarır, bu konuda makaleler çıkarıp verir, okuduktan sonra tekrar tartışmamızı isterdi. Verdiği makaleleri aldığım zaman hepsini okumuş olduğunu, satırların çizilmiş olduğundan anlardım. Gerçekten de, Yusuf bey, çok iyi ve dikkatli bir okuyucuydu. Asistan tezlerini de büyük bir dikkatle -gene altını çizerek- okur ve önemli eksikleri işaret ederdi. Onu hep o mütevazî, sessiz görünüşünün ardındaki bilgeliği ve nüktedanlığı ile hatırlayacağım.

Ailesine ve tüm psikiyatri topluluğuna başsağlığı diliyorum.

Dr. Cengiz Kılıç



TOPLANTI VE DUYURULAR

- **22 Ocak 2009**, “Uygulamalı ‘Temel Görüşme’ Tekniği” Semineri, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Merkezi, Buca, İzmir.
www.halimeodagvakfi.com
- **19 Şubat 2009**, “Uygulamalı ‘Temel Görüşme’ Tekniği” Semineri, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Merkezi, Buca, İzmir.
www.halimeodagvakfi.com
- **12-15 Mart 2009**, 3. Ulusal Psikofarmakoloji Kongresi ve Psikiyatride Frontal Lob İşlevleri ve Ötesi Sempozyumu, “Çocukluktan Yaşlılığa: Tedaviye Direnç ve Başetme”, WOW Hotels & Convention Center, Yeşilköy, İstanbul.
www.psikofarmakoloji2009.org
- **19 Mart 2009**, “Uygulamalı ‘Temel Görüşme’ Tekniği” Semineri, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Merkezi, Buca, İzmir.
www.halimeodagvakfi.com
- **27-29 Mart 2009**, “Ninth Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry - Quality and Outcomes in Mental Health Policy and Economics”, Venedik, İtalya.
moscarelli@icmpe.org
- **01-04 Nisan 2009**, WPA “Treatments in Psychiatry : A New Update” Floransa, İtalya.
www.wpa2009Florence.org
- **15-18 Nisan 2009**, Türkiye Psikiyatri Derneği Yıllık Toplantısı, 13. Bahar Sempozyumu, Antalya.
www.baharsempozyumu2009.org
- **18-22 Nisan 2009**, 8. Ulusal Sinirbilimleri Kongresi, “Deneyden Kliniğe”, İzzet Baysal Kültür Merkezi, Bolu.
www.sinirbilim2009.ibu.edu.tr
- **25-27 Nisan 2009**, Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologium (CINP), “Thematic Meeting on Major Psychoses and Substance Abuse”, Edinburgh, İskoçya.
- **21 Mayıs 2009**, “Uygulamalı ‘Temel Görüşme’ Tekniği” Semineri, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Merkezi, Buca, İzmir.
www.halimeodagvakfi.com
- **27-28 Mayıs 2009**, the 2nd International Anxiety Disorders Symposium, Amsterdam.
www.adsymposia.org
- **02-06 Haziran 2009**, 7. Ulusal Biyolojik Psikiyatri Kongresi, Trakya Üniversitesi Balkan Kongre Merkezi, Edirne.
www.biyolojikpsikiyatri2009.org
- **15-19 Haziran 2009**, “16th ISPA Congress Differentiation Integration and Development”, Kopenhag, Danimarka.
www.ISPS2009.ics.dk
- **16-20 Haziran 2009**, WPA “II Thematic Conference on Legal and Forensic Psychiatry”, Madrid, İspanya.
www.worldpsychiatricassociation.org
- **17-20 Haziran 2009**, 18. Anadolu Psikiyatri Günleri, “Psikiyatride Uzaktakiler”, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyon.
www.apg2009.org
- **02-06 Eylül 2009**, “World Federation of Mental Health World Congress”, Atina, Yunanistan.
www.worldpsychiatricassociation.org
- **12 -16 Eylül 2009**, 22nd ECNP Congress, İstanbul.
www.ecnp.eu
- **23-25 Eylül 2009**, Second European Conference on Schizophrenia Research (ECSR)” Düsseldorf, Almanya.
www.kompetennetz-schizophrenia.de
- **23-27 Eylül 2009**, “Annual Meeting of the International Society of Addiction Medicine (ISAM)”, Calgary, Kanada.
www.isamweb.org
- **24-26 Eylül 2009**, “VII World Congress of Depressive Disorders and International Symposium on Posttraumatic Stress Disorder”, Mendoza, Arjantin.
www.worldpsychiatricassociation.org
- **06-09 Ekim 2009**, “16th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)”, Münih, Almanya.
www.wadp-congress.de
- **20-24 Ekim 2009**, 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, “Geçmişten Geleceğe Teşhisten Tedaviye...” Sheraton Hotel & Convention Center, Ankara.
www.psikiyatri2009.org
- **12-15 Kasım 2009**, “10th World Congress of the World Association of Psychosocial Rehabilitation”, Bangalore, Hindistan.
www.wapr.info
- **11-13 Aralık 2009**, Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları VI, “Günlük Hayatın Travmaları”, Armada Otel, İstanbul.
www.ruhsaltravma2009.org