

# **“DEVLET HASTANELERİNDE PSİKİYATRİ UYGULAMALARI: SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ”**

## **GİRİŞ**

Ülkemizde sağlık alanında 1. 2. ve 3. Basamak sağlık hizmetlerinde genel olarak sorunlar yaşandığı bilinmektedir. Sağlık hizmeti, ekip çalışması ve multidisipliner yaklaşım gerektiren bir alan olduğundan; her aşamada yaşanan sorun bir diğerini doğrudan etkilemekte veya diğerinden etkilenmektedir. Bu yüzden devlet hastanelerinde ruh sağlığı hizmetinde yaşanan sorunları anlamak ve çözüm üretebilmek için; mevcut sistemin devlet hastanelerindeki işleyişini ve disiplinlere yansımaları kavramanın yanında, devlet hastanelerindeki ruh sağlığı hizmetinin mevcut durumunu ve ruh sağlığı alanında faaliyet gösteren tüm oluşumlarla ilişkisini ele almak da şarttır.

## **TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN, DEVLET HASTANELERİNDEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNE VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YANSIMASI**

Günümüz sağlık sistemini belirleyen, “Sağlıkta dönüşüm süreci” olarak adlandırılan politika ve uygulamalar sonucunda; kamuya verilen sağlık hizmetinde ticaretin önünü açılmış, kamuya sağlık hizmeti sunumu gelir getiren bir sektör haline gelmiştir. Bu süreçte sağlık hizmetinde ticari eğilim ve uygulamalar, doğası gereği ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetine olan talep artırılıp müşteri memnuniyeti ön plana çıkarılarak tüketim teşvik edilmiş; sağlık hizmetinin hemen her aşamasında, müşteri niteliği de kazanan hastadan, katılım payı adı altında para akışı sağlanmıştır. Başta hekimler olmak üzere, hizmeti üreten sağlık çalışanlarının gelirlerinin önemli kısmı “performansa” endekslenmiş; sağlık çalışanları arasında yıkıcı rekabet ve düşmanlık yaratılarak, yetmediğinde baskı kurularak, üretiminin sürmesi ve artışı sağlanmış; tüketimin ve karın sürekliliği garantiye alınmaya çalışılmıştır.

Sağlıkta dönüşüm sürecine kadar, sağlık alanında basamaklı hizmet yaklaşımı hedeflenmiş idi. Basamaklı hizmet yaklaşımında; Koruma ve tedavinin ağırlıklı kısmını birinci basamak hizmetlerdeki sağlık ocağı çalışanları yürütmekteydi. Birinci basamağın koruma ve tedavisine cevap vermemiş ya da vermeyeceği öngörülen hastaların tedavisini yürütme görevini ise öncelikli olarak 2. Basamak olan devlet hastaneleri üstlenmekteydi. Uzmanlık düzeyinde ve devlet hastanesi koşullarında tedavisinde yetersiz kalınan olgulara verilecek sağlık hizmeti ise 3. Basamak olarak adlandırılan üniversite ve eğitim araştırma hastanelerince yerine getirilmekteydi.

Sağlıkta dönüşüm sürecinin uygulamaları ile sağlık hizmeti sunumundaki basamaklı yaklaşımdan uzaklaşmış; tedavi hizmetleri ağırlıklı olarak 1. basamak yerine 2. ve 3. basamağa kaymış; 2. ve 3. basamaklardaki iş yükü sağlık hizmetinin kalitesinin bozulmasına yol açacak kadar artmıştır. Bu durum sağlık hizmetini; görev ve sorumluluk alanlarının birbirinin içine girdiği, hizmet sayısındaki artışa karşın hizmetin dağılımında ve kalitesinde sorunlar yaşanan, hasta ile tedavi ekibi arasındaki tedavi için gerekli güven ve saygı zeminindeki ilişkiyi ve işbirliğini bozan; içinden çıkılmaz ve sürekli kendini üreten bir problem yumağı haline getirmiştir.

Sağlıkta dönüşüm sürecine sağlık çalışanı açısından bakıldığında sağlık çalışanının iş yükü ve tükenmişliği artmış, yıkıcı rekabet nedeniyle çalışma barışı ve ekip çalışması bozulmuş, mesleki tatmini azalmıştır. Buna karşın, sıklıkla emeğinin

karşılığı adil şekilde ödenmediği gibi, mesleki riskleri ve maruz kaldığı şiddet de artmıştır.

Bu sürece hastalar açısından bakıldığında: Ticari kaygıların etkisi ile “müşteri her zaman haklıdır” tutumunun sonucu olarak, profesyonel bir planlama ve idare gerektiren sağlık hizmetini; kimden, nerede, nasıl ve ne zaman alacağına neredeyse her koşulda hasta karar verir olmuştur. Hal böyle iken, “müşteri” etiketi kazanmış hastanın, hekime ve diğer sağlık personeline kendini insanlığın hizmetine adanmış ve hastanın sağlığını her şeyin önünde tutan kutsal bir mesleğin temsilcileri gibi değil de hizmetini satın aldığı bir tüccar gibi yaklaşması ve tedavi ilişkisinin bozulması da çoğu zaman kaçınılmaz olmuştur.

Dünya sağlık örgütünün muayene başına ayrılmasını uygun gördüğü minimum sürenin 20 dakika olduğu göz önüne alındığında, yeterli bir sağlık hizmeti için günde maksimum 20 kadar hastanın muayene edilebileceği ortadadır. Uygulamadaki duruma göz atılacak olursa devlet hastanesinde çalışan psikiyatristler, talebe ve ihtiyaca bağlı olarak günde 20-80 hasta baktıklarını iletmektedirler. Kimi branşlarda, günde 200 hasta muayene eden hekimler dahi olduğu söylenmektedir. Bu da hasta başına ayrılan sürenin 1-2 dakikaya kadar inebildiğinin göstergesidir. Hasta başına ayrılan sürenin azalmasının, sunulan hizmetin kalitesini düşüreceği ortadadır.

Genellikle periyodik olarak 10 dakikada bir randevu planlayan ve sıklıkla hekimin inisiyatifine bırakılmayan Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) uygulaması da hekimin hastaya gerekli gördüğü kadar süre ayırmasını neredeyse imkânsız hale getirmektedir. Randevu saati gelen hasta, dakikası sektiğinde şikâyetçi olabilmekte ve hastane yönetimi de randevu saatine uyulması hususunda hekimi zorlayabilmektedir. Bu durum ise, komplike hastaları ve hekimlerini mağdur etmektedir. Tıbbi gereklilikler göz ardı edilerek, talep oranında ve dayatılan süre içinde hizmet verme baskısı “ not tutma, bilgilendirilmiş gönüllü onam alma..” gibi hekimi de koruyan uygulamaları önemli oranda aksatabilmektedir. Bu durum, hastaya verilen hizmetin kalitesini ve güvenilirliğini olumsuz yönde etkilemek dışında, hekimin omuzladığı mesleki riski de önemli oranda arttırmaktadır.

Ruh sağlığı alanında tanı ve tıbbi müdahaleyi planlama sürecinde -özellikle devlet hastanelerinde- en önemli ve sıklıkla tek enstrüman psikiyatrik muayenedir. Psikiyatri gibi; tıbbi uygulamasını objektif verilerle desteklemesinin çoğu zaman mümkün olmadığı, sıklıkla birikmiş başvurulan ve sağlık kurulu kararlarında önemli ağırlığı olan bir branşta hastaya yeterli zaman ayrıl(a)mamasının diğer branşlara kıyasla tıbbi tanı ve tedavideki sorunlara daha sık yol açabileceği, damgalamayı ve sınır ihlallerini tetiklemenin yanında, dava edilme ve şiddete maruz kalma riskini de belirgin olarak arttırabileceği ortadadır.

Psikiyatristler muayeneye yeterli zaman ayrıl(a)madığında, mesleki beceri ve sanatlarını da yeterince sergileme imkânı bulamadığından, psikiyatrik hizmetler itibar kazanamamakta, psikiyatriye karşı mevcut olan damgalama ile mücadele sekteye uğramakta ve dahası artabilmektedir. Hastalar, ruhsal sorunlarında psikiyatrister başvurmak yerine damgalanma riskini de ortadan kaldıracak şekilde, başta nöroloji ve beyin cerrahi olmak üzere diğer hekimleri ve klinik hiçbir eğitimi olmasa da psikologları, sosyal hizmet uzmanı ve PDR uzmanlarını vb. tercih edebilmektedir. Daha da vahimi “NLP’ cileri, biyoenerjicileri vb.” ve her gün yenisi eklenen ve çoğu

fırsatçı olan kişilere de başvurabilmektedirler. Uygulamada görüldüğü üzere, hekimlerin serbest çalışması türlü yöntemlerle engellenirken; bu tarz fırsatçılara yarayacak şekilde, yasa ve yönetmeliklerde açıklar bulunmaktadır. Bu kişiler, yolsuzlukları ve usulsüzlükleri tespit edilse de caydırıcı yaptırımlar bulunmadığından, faaliyetlerini sürdürebilmekte ve ciddi kazançlar elde edebilmektedir. Dahası, özellikle medyanın da teşvikiyle, halkın sempatisini kazanabilmekte ve psikiyatriyi karalama kampanyasının başını çekebilmektedirler.

Görüldüğü üzere, hangi sebeple olursa olsun, hastaya ayrılan hizmetin, süresinin kısalıp, dağılımının bozulması, hizmet kalitesi ve güvenliğini bozmaktadır. Damgalamanın ve sınır ihlalinin de artmasına katkıda bulunarak psikiyatrik hizmetin hastaya ulaşmasına engel oluşturabilmektedir. Bu durumun sonuçta ruh sağlığı hizmetine olan gereksinimi daha da artırarak kendini sürekli üreten bir sorun haline geleceği açıktır.

Konumuz, devlet hastanelerinde psikiyatri uygulamaları olduğundan, psikiyatri örneği üzerinde durulsa da; hekimliğin tüm uygulamalarında aynı sorunlar, farklı boyutlarda yaşanmaktadır. Bu durumun ise; toplum sağlığını topyekûn tehdit edeceği ve ciddi sosyal sorunlara yol açacağı ortadadır.

Sağlık sisteminin, sağlık çalışanını sistemin sürdürücüsü konumunda tutmasını sağlamadaki yöntem ve uygulamaları aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır.

Mevcut sağlık sisteminin işleyişinin sacayaklarından birini oluşturan hastane döner sermaye gelirleri, hastanede sunulan sağlık hizmeti karşılığında, SGK tarafından hastaneye yapılan ödemeler ile belirlenmektedir. Hastane döner sermaye gelirinun hesaplanmasında hastane hizmet kalitesi adı altında, hastanenin donanımı ve verilen hizmetin çeşitliliği ve niteliği de göz önünde bulundurularak oluşturulan sınıflamalar ve katsayılar yer almaktadır. Hastanenin döner sermaye gelirinden, zorunlu gider ve harcamaların düşülmesi ile elde edilen hastane net kazancının, hastane döner sermaye komisyonunca belirlenen miktarı ise sağlık çalışanlarına “performansa dayalı döner sermaye geliri” adı altında bölüştürülmektedir. Buradan da net şekilde anlaşılacağı gibi, hastane kâr elde edemediği takdirde, ne kadar performans gösterirse göstereceği hiçbir sağlık çalışanı döner sermaye geliri elde edememekte; hastane kârının ancak döner sermaye komisyonunca belirlenen miktarı çalışanlara, etik kurulun da devreye girdiği performans değerlendirmeleri doğrultusunda dağıtılmaktadır. Bu aşamada dahi, çalışanların döner sermaye gelirlerinin, hastane kârları ve kurul kararlarındaki farklılıktan kaynaklı olarak “eşit işe eşit ücret” temelinde adil şekilde belirlenmesinin mümkün olamayacağı ortadadır. Sağlık çalışanları hastane net kârının kurullarca belirlenen miktarını, sözde “performans değerlendirmeleri” doğrultusunda döner sermaye geliri olarak bölüşmek durumunda kaldıklarından, ekip kimlikleri ile uyuşmayacak düzeyde rekabet etmek durumunda bırakılmışlardır. Sistemin işleyişinin doğal bir sonucu olan ve daha baştan adil olmayan koşullarda sürdürülmek zorunda kalınan bu rekabetin, adil bir performans değerlendirmesi de yapılmaksızın çalışanların gelirine yansımaları söz konusu olduğunda ise çalışanlar arasındaki iş barışının ve dayanışmanın bozulması kaçınılmaz olmaktadır.

Sonuç olarak mevcut sistemin sacayaklarından olan performansa dayalı döner sermaye geliri uygulamaları, hizmetin miktarını ve maliyetini arttırırken, dağılımı ve

kalitesini bozabilen; birçok aşamada adaletsiz ve etik dışı uygulamaları barındırabilen; çalışanlar arasında gelir dağılımında adaletsizlik ve uçurum doğurabilen uygulamalardır. Bu durum bilindiği üzere hekimlerin uzmanlık alanı seçimlerine dahi yansımıştır. Sağlık bakanlığı dahi, performans dayalı döner sermaye geliri dağılımındaki adaletsizliği ve uçurumu itiraf etmiş, düzeltme yapacağını bildirmiş ancak on küsür senedir bu sorun hala çözülememiştir. Sorunun çözülmek istenmediği, bu adaletsizliğin bilinçli üretildiği, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları arasındaki dayanışmayı ve birliği zedeleyerek sistemin sürekliliğinin garantiye alınmak istendiği şeklinde savlar bulunmaktadır. Pratikteki görünüm ise sıklıkla bu savı destekler niteliktedir. Sistem, işletme net kazancının kurullarca belirlenen kısmının, “performans değerlendirme” esasına göre bölüşülmesi esasına dayandığından, pastadan adaletsiz de olsa yüksek pay alabilenler, bu durumdan faydalandıkları sürece uygulamanın devamını talep edebilmekte ve hatta bizzat uygulayıcısı olabilmektedirler. Bu ayrıcalıklı grubun dışında kalan ve emeğinin karşılığını alamayan, sağlık çalışanları ise yaşamsal olan gelirlerini sürdürmek adına yıkıcı bir rekabet ve karmaşık, adaletsiz uygulamalara maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanları bu ağır, yıpratıcı ve riskli çalışma koşulları karşısında gün geçtikçe tükenmekte, bu koşulları değiştirme adına birlikte hareket edecek gücü ve motivasyonu ise henüz bulamamaktadırlar.

## **DEVLET HASTANELERİNDEKİ PSİKİYATRİ UYGULAMALARINDA MEVCUT DURUM VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

Türkiye’de, Devlet Hastanelerinde sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanları açısından yaşanan mevcut sorunlar ve soruna kaynaklık eden faktörler yukarıda örneklerle özetlenmeye çalışılmıştır. Metinden de anlaşılacağı gibi, mevcut sorunlar, önemli oranda sağlık hizmetinden kazanç elde edilmesini hedefleyen yaklaşımdan kaynaklı olmakla beraber bu yaklaşımın hayata geçmesini ve sürdürülmesini mümkün kılan, insan faktörü ve fiziki alt yapı sorunları ile de sıkı sıkıya ilişkilidir.

Sağlık hizmetlerinde ve sağlık çalışanları açısından yaşanan mevcut sorunların çözümünde sağlık hizmetinden kazanç elde edilmesini hedefleyen yaklaşımın değiştirilmesinin önemi ortadadır. Böylesi bir değişim için yeterli dinamiğin olmadığı bir süreçte sağlık hizmetinin ertelenmeye tahammülünün de olmadığı göz önünde bulundurulduğunda bu yaklaşımın hayata geçmesini ve sürdürülmesine imkân veren ve boyutunu belirleyen insan faktörü ve fiziki alt yapı sorununa müdahale etme gerekliliği açıktır.

Bu bölümde devlet hastanelerindeki ruh sağlığı hizmetinde sorun yaşanan alanların, insan faktörü ve fiziki alt yapı ile ilişkisi ön plana alınacak ve bu faktörlere yönelik çözüm önerilerine odaklanılacaktır.

### **Devlet hastanelerinde ruh sağlığı hizmetinde sorun yaşanan alanlar**

- Poliklinik hizmetleri
- Döner sermaye gelirleri
- Ruh sağlığı alanında çalışanların sayısı, nitelik ve dağılımı
- Psikiyatri servis hizmetleri ve sevkler
- Sınır ihlalleri, damgalama
- Şiddet

- Sağlık kurulu
- Görevlendirmeler
- 1. 2. ve 3. basamak sağlık kurumları arası işbirliği ve dayanışma
- Reçeteleme
- Hasta mahremiyeti, tıbbi kayıt ve veri güvenliği
- Afiliasyon
- Sözleşmeli personel statüsü
- Nöbet ertesi-kongre ve yıllık izinler

### **Psikiyatri poliklinik hizmetleri**

Ülkemizde nüfusa oranla, başta psikiyatrist olmak üzere ruh sağlığı çalışanı sayısı, yatak sayısı ve servis donanımının yetersiz olduğu bilinmektedir. Mevcut sistemde, gerekçeleri önceki bölümde açıklanmaya çalışılan, sağlık hizmeti talep artışına talebin önemli oranda devlet hastanelerine yönelmesi de eklenince, devlet hastanelerinde durum iyice içinden çıkılmaz bir hal almıştır.

Devlet hastanelerinde çalışan psikiyatristler günde 20-80 poliklinik hastası baktıklarını bildirmekteler. Günlük poliklinik sayısının ortaya çıkmasında, çalışılan yerdeki psikiyatrist sayısı, nüfus yoğunluğu, hasta ısrarı, idarenin hasta sayısı ve MHRS randevularını hekimin belirlemesi konusundaki tutumu, hekimin aynı anda acil-konsültasyon-ek görevlendirmeler (SÜDGE, cezaevleri vb.)- servis- adli bilirkişilik hizmeti verip vermemesi ve döner sermaye kaygısı gibi zorunlu ya da hekim tercihini yansıtan koşullar etkilidir. Başta psikiyatristler olmak üzere ruh sağlığı çalışanları; sıklıkla; durup dinlenmeksizin, kapasitelerinin üzerinde hastaya hizmet vermek durumunda kalmaktadır. Bu aşırı hizmet yükü, kimi zaman hastaya ayrılan süreyi ve hizmetin kalitesini düşürerek, tedaviye güvensizlik, tedavi işbirliğinde bozulma, sınır ihlalleri, mesleki risk ve çalışana şiddet eğilimi artışına; kimi zaman ise hizmet kalitesinin bozulmaması adına çalışana tüketen, buna rağmen çalışana adil bir gelir olarak da yansımayan bir sürece dönüşmektedir.

Psikiyatri poliklinik hizmetlerinde talep ve iş yükü artışının getirdiği sorunların dışında da sorunlar mevcuttur. Psikiyatri poliklinikleri, hasta mahremiyetini sağlama, verimli çalışma ortamı için gerekli konfor, ısı, aydınlatma, ses yalıtımı, hasta ve çalışan güvenliği için gerekli fiziki koşullara da (büyüklük, güvenlik personeline yakınlık, acil butonu, acil çıkış kapısı, güvenlik kamerası görüş sahasında olma vb.) sıklıkla sahip değildir.

Hastalar, aydınlatma, havalandırma ve güvenlik koşulları yetersiz, dar alanlarda; çoğunlukla poliklinik kapısı önünde ve ayakta saatlerce bekleyebilmektedir. Hızla muayene olma talepleri adına çıkan tartışma ve şiddet ortamı, hekimi muayene süresini kısaltma baskısı altına alabilmektedir. Çoğu hasta, tedavi için gerekli bilgileri kısıtlı süre içinde hekime aktarabilme, hekim önerilerini kavrayarak uygulama bilinci ve yeterliliğine de sahip olmadığından hizmet kalitesi ve verimi düşmektedir. Bu durum tüm sağlık hizmetleri için söz konusu olsa da hastalıklarının doğası gereği mental işlevlerde yetersizlik, dürtü denetleyememe, öfke kontrol sorunu, tedavi reddi ve uyumsuzluğun daha sık yaşandığı, ilaçlarına ve tedavi yöntemlerine yönelik ciddi önyargı ve damgalamanın olduğu psikiyatri hizmetlerinde bu durumun daha ciddi boyutta sorunlara yol açmaktadır.

Devlet hastanelerindeki psikiyatri poliklinik hizmetlerindeki artmış talep ve iş yükü, basamaklı sağlık hizmeti yaklaşımın desteklenmesi ile hafifletilmelidir. Psikiyatri poliklinik hizmetleri için gerekli ekip üyelerinin sayı ve dağılımı ihtiyaç ve şartlara göre düzenlenmelidir. Psikiyatri polikliniklerinin fiziki koşulları düzeltilmelidir. Psikiyatristin geçim kaygısı -hasta-idare baskısı olmaksızın hastasına gerekli zamanı ayırabilmesi sağlanmalı ve damgalama ve sınır ihlalleri ile mücadele edilmelidir. Bunun için;

- Hastalar, sağlık hizmetlerinin, profesyonel planlama ve müdahale gerektiren yaşamsal niteliği konusunda bilgilendirilmelidir. Kaliteli ve güvenilir sağlık hizmeti almalarında, hakları kadar sorumluluklarının da olduğu konusunda bilinçlendirilmelidir.
- Hastaların, acil durumlar dışında, aile hekimi sevki ile devlet hastanesine başvurmaları teşvik edilmelidir.
- Aile hekimlerinin ruh sağlığı ve hastalıkları konusundaki farkındalık ve yetkinlikleri, mezuniyet sonrası eğitimlerle desteklenmeli, bölgelerinde hizmet veren psikiyatristler ile koordinasyon ve işbirliği içinde çalışmalarını teşvik edilmeli ve denetlenmelidir. Böylelikle ruh sağlığının geliştirilmesine yönelik gerekli yönlendirmeleri yapabilmeleri, koruyucu ruh sağlığı hizmeti verebilmeleri, uzmanlık gerektirmeyen ruhsal sorunlara müdahale edebilmeleri ve uzman tarafından tedavisi düzenlenmiş hastaların izlemi konularında etkin görev alarak; 2. ve 3. basamak ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç ve talebi azaltmalarının önü açılmalıdır.
- Psikiyatri poliklinik hizmetleri için gerekli ekip üyelerinin sayıları ihtiyaç oranında artırılmalıdır. Bunun hızla sağlanması mümkün olmayan yerlerdeki uygunsuz istihdamlar ortadan kaldırılarak personel dağılımı ihtiyaç ve koşullara göre yeniden düzenlenmelidir.
- Psikiyatri poliklinikleri ve bekleme alanlarının fiziki koşulları: Aydınlatma, havalandırma, hasta mahremiyeti, konfor ve güvenlik açısından asgari koşulları sağlayacak düzeye getirilmelidir.
- Psikiyatri poliklinik hizmetleri için gerekli ekip üyelerinin sayı ve dağılımı ihtiyaç ve şartlara göre düzenlenmelidir.
- MHRS sayı ve süre aralığının belirlenmesi psikiyatristin tercihine bırakılmalıdır. Böylelikle psikiyatristlerin, gerekli tıbbi kayıtları tutmalarına, hasta muayenesine ve bireysel psikoterapiye yeterli zaman ayırabilmelerine olanak tanınmalıdır.
- Psikiyatristin geçim kaygısı hasta ve idare baskısı olmaksızın hastasına yeterli zamanı ayırabilmesi sağlanmalı, hizmet kalitesi ve verimi artırılarak, halkın, konunun ehli olmayan kişi ve kurumlara başvurma ihtiyacı azaltılmalıdır.
- Halk, ruh sağlığı ve hastalıkları, ruh sağlığı alanındaki hizmetler, ruh sağlığı ekip çalışanları ve bu alanda çalışan meslek gruplarının iş ve görev alanları ile ilgili bilgilendirilmelidir.

- Ruh sağlığı alanında bilimsel geçerliliği kabul gormemiş, mevcut yasa ve uygulamalarla önüne geçilemeyen uygulamaların verebileceği zararlar konusunda halkta farkındalık oluşturulmalıdır.
- Damgalama ve psikotrop ilaç kullanımı vb. hususundaki önyargılarla sistematik ve kurumsal olarak mücadele edilmelidir.

### **Psikiyatristlerin döner sermaye gelirleri**

Mevcut durumda, birçok yerde devlet hastanelerinde hekim aylık performans puan ortalamalarının 35-40 bin, tavandan aylık gelir elde edilmesi için gerekli puanın ise 60.000 civarında olduğu bildirilmektedir. Bu durumda, bir psikiyatristin, ortalamadan alan bir hekimin (mesela bir biyokimya uzmanının) gelirini elde edebilmesi için dahi, günde ortalama 75-90 hasta bakması ya da bireysel psikoterapi, aile görüşme-tedavi ve klinik değerlendirme ölçeklerini yüklü miktarda yapması/kodlaması gerektiği açıktır. Psikiyatrik girişimsel işlemlere, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) da göz önünde bulundurularak, etik kurul tarafından, sıklıkla ve tercihen kota uygulandığı hatırlanacak olursa bir psikiyatristin ne derece mağdur edilebileceği ortadadır. Mevcut durumda, devlet hastanelerinde çalışan psikiyatristler 20-80 poliklinik hastası baktıklarını bildirmektedirler.

*Psikiyatristlerin döner sermaye gelirlerine yansıyacak performans değerlendirmeleri, psikiyatrik muayenenin ayrıcalıklı durumu ve psikiyatristlerin mesleki risklerinin yüksekliliği de göz önünde bulundurularak, Girişimsel İşlemler Listesi (GİL) ve SUT' da yapılacak düzenlemelerle, etik kurulun keyfi tutumlarından etkilenmeyecek şekilde, mağdur edilemeyecekleri ve emeklerinin karşılığını alabilecekleri şekilde yapılmalıdır. Bunun için;*

- Mevcut GİL' de: Psikiyatrik muayenenin performans karşılığı: İlk 10 hasta için 30 geri kalan muayenelerde ise diğer branşlarla eşit olarak (21) puanlanmıştır. Dahiliyenin ilk 20 hasta muayenesi ise 30 puan olarak belirlenmiştir. Bu durumun mantıklı bir açıklamasını yapmak gttr. Bu durum olasılıkla uzmanlık derneklerinin performans puanlarının belirlenmesindeki manipülasyonlarının etkinliği ile ilgilidir. Psikiyatrik muayenenin performans puanı, tanısal olarak ek tetkiklerden destek alabilen ve muayeneye ayrılan zamanın bu anlamda daha kısa tutulabildiği branşlardan belirgin ölçüde yüksek olmalıdır. Mevcut şartlarda, psikiyatrik muayene puanının ilk 30 hasta için 50 puan, sonraki muayeneler için 30 puan olması uygun olabilir.
- Mevcut GİL' de psikiyatrik girişimsel işlem puanları řu şekildedir: bireysel psikoterapi minimum (min.) 30 dakikalık seans için 100 puan; aile görüşmesi (belli endikasyonlar tanımlanarak ve senelik kodlama kotası getirilerek) min. 10 dakikalık seans için 21 puan; aile tedavisi min. 15 dakikalık seans için 30 puan. Mevcut şartlarda, bireysel psikoterapi minimum (min.) 30 dakikalık seans için 150 puan; aile görüşmesi (endikasyon, süre ve kota sınırlaması olmaksızın) seans için 21 puan; aile tedavisi (endikasyon, süre ve kota sınırlaması olmaksızın) seans için 30 puan olması uygun olabilir.

- Zaman zaman, GİL' deki performans puanı kodlama şartları (klinik değerlendirme ölçeği, aile görüşmeleri, aile tedavileri, psikiyatrik değerlendirme sıklıkla sorun bildirilen konulardır) psikiyatristlerin dahi anlamayacağı ölçüde muğlak ve itirazlarına neden olabilecek şekilde düzenlenebilmektedir. GİL' deki performans puanlaması ve şartları belirlenirken, yaşanabilecek olumsuzlukları ve yanlış anlamaları önlemek adına psikiyatristlerin geri bildirimlerine de başvurulması gerekmektedir.
- “Psikiyatrik muayene sayısında olması gerektiği gibi bir psikiyatristin, hangi endikasyon ile hangi girişimsel işlemi ne kadar sürede yapabileceği ve bunun günlük optimum miktarının belirlenmesinde, uygulamada olanın aksine, mevcut etik kurullar değil, psikiyatristlerin görüşünü yansıtan rehberler kılavuzluk etmeli, psikiyatrik performansın değerlendirmesinde standardizasyon sağlanmalıdır.
- Psikiyatrik girişimsel işlemlerin önemli bir kısmı (Klinik değerlendirme ölçeği, aile görüşme ve tedavisi vb.), poliklinik muayene paket fiyatına dâhil olduklarından hastaneye ek gelir sağlamamakta ve kardan zarar edildiği düşüncesiyle etik kurulların keyfi uygulamalarıyla psikiyatristlerin performans puanlarından silinmektedirler. Tanı ve tedavide önemi açık olan bu uygulamaların psikiyatristlerin performans puanlarından keyfi ve tutarsız şekilde kesilmesi engellenmelidir. Mevcut sistemde, BT tetkiki, SGK tarafından paket dışı ödenirken ve sayı kısıtlamasına da gidilemezken, psikiyatrik girişimsel işlemlerin önemli kısmının ödenmemesi açıklanabilir bir durum değildir. SGK'nın, bu girişimlere psikiyatrik muayene paketi haricinde ödeme yapmasının sağlanması ya da bu girişimlerin puanlarının, kesinti yapılamayan muayene puanına standart olarak dâhil edilerek, psikiyatrik muayene puanının arttırılması sorunun çözümünde katkı sağlayabilir.
- Psikiyatrik muayenenin SUT'ta belirlenen, ayaktan hasta paket fiyatı, tanısal olarak maliyet gerektiren ek tetkiklerden destek alan, tanı ve tedavide görüşmeye ayrılan zamanın bu derece önem arz etmediği, muayenenin kısa tutulabildiği diğer branşlardan yüksek olmalıdır. Psikiyatri, hastane yönetiminin, gelir getirmediği için yatırım yapılmayan, değersizleştirilen konumundan kurtulmalıdır. Mevcut SUT'a göre yapılan ücretlendirmeden bir örnek verilecek olursa: Yatak sayısı 100-499 arası olan ve sut sağlık tesisi sınıflandırmasında H4'e tekabül eden bir kurumda iç hastalıklarına ayaktan hasta başvurusunda ödenen paket fiyat 27 TL iken, aynı kurumdaki psikiyatri ayaktan hasta paket fiyatı 31 TL olarak belirlenmiştir.
- Güncel SUT'la belirlenen ve yatan hasta başına SGK tarafından ödenen günlük miktar, son dönemde psikiyatri hastası için belirgin düzeyde arttırılmış olmasına rağmen psikiyatristlerin döner sermaye gelirine bu durum yansıtılmamıştır. Yoğun bakım hastası örneğinden yola çıkılarak, psikiyatri ziyaret puanının ve psikiyatri servis çalışanlarının (kapalı servis statüsünde olmasa da) döner sermayeye yansıyan katsayılarının arttırılması önerilebilir.
- Hekim maaşları, performans sistemine dayalı gelirin hekim toplam kazancı içerisindeki oranı, Türk Tabipleri Birliğinin ve Uzmanlık Örgütlerinin görüşü doğrultusunda yeniden düzenlenmeli, branşlar arası ücret dağılımındaki



adaletsizlik giderilmeli, hekim emekli aylıkları, hekim emeğini yansıtacak ve mağduriyet oluşturmayacak düzeyde arttırılmalıdır.

## **Ruh sağlığı çalışanlarının sayısı, nitelik ve dağılımı**

Ülkemizde ve buna paralel olarak devlet hastanelerinde, kişi başına düşen psikiyatri çalışanı (psikiyatrist, klinik psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı vb.) sayıları yetersizdir ve bu çalışanların dağılımında ve yeterliliklerinde de sorunlar yaşanmaktadır. Çalışan sayısındaki yetersizlik ve dağılımındaki uygunsuzluk psikiyatri uygulamalarında aksaklıklara neden olan önemli faktörlerdir.

### **Psikiyatristler**

Devlet hastanelerinde çalışan psikiyatrist sayısı, nüfusa oranla yetersizdir ve dağılımında da sorunlar yaşanmaktadır. Mevcut durumda, kimi yerlerde, nüfus başına düşen psikiyatrist sayısı görece fazladır veya var olan psikiyatristler, ekip ya da hastane donanım eksikleri veya yokluğu nedeniyle mevcut kapasitelerini ortaya koyamamaktadır. Kimi yerlerde, hastane donanımı ve ekip imkânlarının elverişliliğine rağmen, nüfus başına düşen psikiyatrist sayısındaki yetersizlik nedeniyle efektif bir hizmet sunumu yapılamamaktadır.

Birçok il merkezinde ruh sağlığındaki hizmet ihtiyacını karşılayacak psikiyatrist sayısı, psikiyatri yatağı, hastane donanımı ve tedavi ekibi yetersizken, son birkaç yıldır, donanım ve ekip ihtiyacı gözetilmeksizin, ilçe devlet hastanelerinde de psikiyatrist istihdam edilmekte, “kervan yolda düzülür” yaklaşımıyla hareket edilmektedir. Bu yaklaşım, sayıca yetersiz olan psikiyatristlerin, dağılımındaki uygunsuzluğa da artırarak, hizmetin efektif ve güvenli sunumu önünde önemli bir engel oluşturmaktadır. Mevcut koşullarda bu tür bir istihdam, bir cerrahi ameliyathanesi ve ekibi olmaksızın ve sevk etme koşullarını da çok sınırlayarak istihdam etmeye benzetilebilir. Servisi, ekibi olmayan ve sıklıkla tek hekim olarak çalışan bu psikiyatristlerden, sayı kısıtlamadan poliklinik yapmaları, asgari servis koşulları sağlanmadan yatan hasta takip etmeleri, konsültasyonlara bakmaları, adli bilirkişilik-sağlık kurulu- ek görevlendirmeleri (SÜDGE v.b) yerine getirmeleri, tek hekim icap zorunluluğu doğrultusunda ay boyunca kesintisiz icap tutmaları istenmektedir. Bu meslektaşlarımızın, ilk kez psikiyatrist ataması yapılan bu yerlerde psikiyatri hizmetini tanıtmaya, sınırlarını belirleme ve psikiyatri hizmet alt yapısını kurma sorumluluğu da vardır. Bu koşullarda çalışan bir psikiyatristten yeterli verim alınamayacağı gibi, şiddet, dava edilme, tükenmişlik, mesleki tatminsizlik vb. risk artışı kaçınılmaz olacaktır.

Devlet hastanelerinde çalışan psikiyatristlerin sayısı arttırılmalı, dağılımları ise ihtiyaca ve koşullara göre yeniden düzenlenmelidir. Bunun için;

- Psikiyatristler ekip, servis ve donanımın yeterli olduğu yerlerde istihdam edilmelidir. Hizmet sunumu için yeterliliği sağlanmış merkezlerde istihdam, kaliteli, efektif bir sağlık hizmetinin önünü açacak, yataklı servislerin kurulması ve geliştirilmesinde motivasyonu arttıracak; tek hekimin 7/24 icap sorununu ortadan kaldıracak, sevkleri, hekimin sorumluluğunu ve iş yükünü azaltacaktır. Dahası; hekimin mesleki kapasitesini kullanmasına ve geliştirmesine imkân sağlayarak, iyi hekimlik hizmeti yanında, hekimin tükenmesini ve mesleki

risklerini azaltacaktır. Böylelikle hasta ve hekim memnuniyetinin artmasına da katkıda bulunacaktır.

- İlçe devlet hastanelerinde servis, donanım ve ekip yeterliliğini sağlamanın kısa vadede mümkün olmadığı ve illerdeki ruh sağlığı hizmetlerinin ihtiyacı karşılayacak düzeyde olmadığı yerlerde, ilçede çalışan psikiyatristlerin illere kaydırılması ve öncelikli olarak illerdeki ruh sağlığı hizmetinin eksikliklerinin giderilmesi uygun olacaktır.
- Psikiyatristler, buldukları bölgelerde hizmet sunumundaki eksiklikleri ve aksaklıkların nedenlerini ve çözüm önerilerini belirlemelidir. Çözüme yönelik adımlar atmalı, ihtiyaç duyduğunda meslek örgütlerinden süpervizyon ve kurumsal destek talep edebilmelidir. Mezuniyet sonrası eğitim ve gelişime önem vermeli, hastaya yeterli zaman ayırıp hizmeti kalitesini artırarak damgalama ve sınır ihlalleri ile mücadeleye katkıda bulunabilmelidir.

### **Klinik psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı**

Yukarıda da değinildiği gibi Türkiye’de ruh sağlığı ekibinde yer alan psikiyatrist dışındaki profesyonellerin sayıları ve dağılımları da, psikiyatristlerin durumunda olduğu gibi yetersiz ve uygunsuzdur. Ruh sağlığı ekibi çalışan sayısı ve dağılımındaki yetersizlik ve uygunsuzluk dışında ekipteki iş ve görev tanımlamasını belirleyen yönetmeliğin bir yıl öncesine kadar bulunmaması, mevcut yönetmeliğin de belirsizlikler içermesi, sınır ihlallerine katkıda bulunarak ruh sağlığı hizmetlerini önemli derecede aksatmakta, dahası baltalayabilmektedir.

Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik 17.11.2014’te yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte psikiyatrist, klinik psikolog, iş ve uğraşı terapisti / psikolog, çocuk gelişimi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı iş ve görev tanımlamaları mevcuttur. Bu yönetmelikte dahi, özellikle klinik psikolog ve psikologların iş ve görev tanımlamalarında sınır ihlaline yol açabilecek, tartışmaya değer, belirsiz ifadeler (“ilgili uzmanın” yönlendirmesi, “hasta görüşmesi”, “psikolojik destek hizmeti”, “danışmanlık hizmeti”, “toplum ruh sağlığını korumaya yönelik faaliyetler” vb.) bulunmaktadır.

İlgili yönetmeliğe esas teşkil eden “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” da klinik psikologlar haricindeki psikologların, psikoloji lisans eğitimi ile ilgili mevzuatına göre Sağlık Bakanlığınca uygun görülen psikolojinin tıbbi uygulamalarıyla ilgili sertifikalı eğitim almış ve yeterliliğini belgelemiş olmaları gerekmektedir. Bu koşulları sağlayan psikologların, sertifika alanlarındaki tıbbi uygulamalarda görev alabileceği belirtilmiştir. Mevcut koşullarda, devlet hastanesinde görevli psikologların çoğunun bu nitelikleri taşımadığı bilinmektedir.

Devlet hastanelerinin birçoğunda klinik psikolog bulunmamaktadır. Mevcut psikologların çoğunluğu -lisans eğitimleri sonrasında herhangi bir klinik deneyim, ölçek eğitimi-sertifikası veya psikoterapi eğitimi olup olmadığı gözetilmeksizin- KPSS sınavları ile hastanelerde istihdam edilenlerden oluşmaktadır. Bu özellikteki psikologların sağlık hizmetindeki iş ve görev tanımı, ilgili yönetmelikte (ek-2 sayfa:19) özetle “ICD-10’da hastalık olarak sınıflanmayan durumlar için psikiyatrist

sorumluluğunda psikolojik destek vermek ve ruh sağlığını destekleyici eğitimler ve uygulamalar yapmak” olarak belirlenmiştir. Bu özellikteki psikologların, psikiyatrik hastalıkların tanı veya tedavisine yönelik katkıları olamayacağı açıktır. “ICD-10’da hastalık olarak sınıflanmayan durumlar için psikiyatrist sorumluluğunda psikolojik destek vermek ve ruh sağlığını destekleyici eğitimler ve uygulamalar yapmak” olarak özetlenen iş ve görev tanımları; hastane yönetimleri, psikiyatristler, diğer hekimler, hastalar ve hatta kendileri tarafından farklı yorumlara neden olabilecek denli belirsiz bir ifadedir. Psikiyatristler dışındaki hekimler de dahil olmak üzere, toplumda, klinik psikolog-psikolog ayrımının henüz yapılamadığı da göz önüne alındığında ki söz konusu kişiler bu konuda vizyon ve/veya hassasiyet sahibi de değilse- ciddi düzeyde sınır ihlalleri gündeme gelebilmektedir. Hastane yöneticileri psikologları hasta bakmakla görevlendirebilmektedir. Diğer hekimler hasta yönlendirebilmektedir. Hastalar; psikolog/ klinik psikolog- psikiyatrist ayrımı yapma konusundaki yetersizliklerine, damgalanma kaygısı ve psikoterapi beklentisi eklenince, psikologları tercih edebilmekte ve psikologlar kayıt dışı olarak hasta ya da danışan görebilmektedir. İş ve görev tanımlarındaki yetersizlik ve bilgisizliğin yol açtığı sorunlar; devlet hastanelerinde çoğu zaman psikiyatriste eşlik eden tek ekip üyesi olmalarından dolayı lisans eğitimi haricinde klinik tecrübe veya eğitimi olmayan psikologlar örneğinde irdelenmişse de, bu sorunların, ruh sağlığı ekibinin diğer üyeleri ile de yaşanabileceği açıktır.

*İhtiyacı karşılayan, nitelikli ve güvenilir bir ruh sağlığı hizmeti ancak sayı ve nitelik bakımından yeterli ekip üyelerinin bulunduğu, iş ve görev tanımlarının net ve uygun şekilde yapıldığı uyumlu bir ekip ortamında sağlanabilir. Bunun için;*

- Ruh sağlığı ekibinin psikiyatrist dışı üyelerinin, sayılarının ve niteliklerinin artırılması, bunun hızla sağlanamayacağı durumlarda, dağılımının uygun şekilde planlanması gereklidir. Psikoloji lisans eğitimi üzerine ilgili mevzuata göre bakanlıkça uygun görülen psikolojinin tıbbi uygulamalarıyla ilgili sertifikalı eğitim almamış ve/veya yeterliliğini belgelememiş psikologların, klinik psikolog bulunan devlet hastanelerinde istihdam edilmeleri daha uygun olacaktır. Bu sağlanamıyor ise -devletin sorumluluğunda ve teminatında olmak kaydıyla- en azından, sağlık kurulu ve adli bilirkişilik hizmetinde gerekli asgari ölçek bilgisine ve uygulama yeterliliğine sahip olmaları güvence altına alınmalıdır. Bu yaklaşım, işgücü kaybı ve sınır ihlalini azaltacak, bu özellikteki psikologların, mezuniyet sonrası eğitimlerine katkıda bulunarak yeterlilik ve deneyim kazanmalarının da önünü açacaktır.
- Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelikte, klinik psikologların ve psikologların, ICD-10’da hastalık olarak tanımlanmayan ve Sağlık Bakanlığının da uygun bulunduğu durumlarda (EK1A) ilgili uzmanın yönlendirmesine gerek kalmaksızın hizmet verebileceği tanımlanmıştır. Bu uygulama ile başvuran kişinin psikiyatrik hastalığının atlanması olasıdır. Dahası, resmi bir kurum olan devlet hastanelerinde, kayıt dışı olarak yapılan bu uygulamanın; hastaya, hastaneye ve hizmeti sunana önemli hukuki sorunlar yaratabileceği de ortadadır. Yönetmeliğin ilgili maddesi tekrar gözden geçirilmeli, değiştirilmesi sağlanamıyorsa, klinik psikolog ya da psikologların bu uygulamaları resmi olarak kayıt altına alınmalıdır.

## **Psikiyatri servis hizmetleri ve sevk koşulları**

Mevcut durumda, halen birçok il devlet hastanesinde psikiyatri yataklı servis hizmeti verilememektedir. Yaklaşık 10 sene önceki bir resmi yazıda, “psikiyatristin bulunduğu her hastanede en az 5 yataklı psikiyatri servisinin hızla oluşturulması” gereği bildirilmesine rağmen, devlet hastanelerinde psikiyatrinin yatak ihtiyacını yeterli ve güvenli şekilde karşılayabilecek servis donanımı ve fiziki koşullarının halen sağlanamamış olması, bu konuda ciddi bir direncin varlığına işaret etmektedir.

Psikiyatrinin yatak ihtiyacını yeterli ve güvenli şekilde karşılayabilecek servis oluşturulması konusundaki direnç damgalama, psikiyatri yatağının yeterince kâr getirmemesi, güvenlik riski vb. nedenlerle sıklıkla hastane yönetimi kaynaklı olmaktadır. Bununla beraber il sağlık müdürlükleri ile yapılan görüşmelerde konuyla ilgili bakanlık görevlilerinin de gönülsüz oldukları bildirilebilmektedir. Yaşanan bir örnekte, ilgili bakanlık görevlisinin, psikiyatri servisi kurulması konusundaki gönülsüzlüklerini “psikiyatrideki çağdaş yaklaşımın, psikiyatri servislerinin kapatılması doğrultusunda olduğu” açıklamasıyla gerekçelendiği iletilmiştir. Bu konudaki direnç sadece hastane yönetimi ve bakanlık kaynaklı da değildir. Yatan hastanın yedi gün yirmidört saat (7/24) kesintisiz hizmet zorunluluğu, servisle ilgilenecek uzman sayısının yetersizliği, tek hekime icap zorunluluğu gibi nedenlerle devlet hastanesinde çalışan psikiyatristler de servis kurulmasını talep etme ve yatan hasta hizmeti verme hususunda isteksiz olabilmektedirler. Tüm bu olumsuz koşullara rağmen servis kurma niyeti ve çabası içinde olan kurumlar ve psikiyatristler ise kamu hastanelerinde psikiyatri yataklı servisi asgari şartlarını içeren yönetmeliğin olmaması nedeniyle zorluk yaşayabilmektedirler.

Psikiyatri açık servisi oluşturma konusunda dahi yaşanabilen bu sorunlar, konu kapalı servis hizmetleri olunca çok daha belirgin hale gelmektedir. Öyle ki bazı büyükşehirlerde 3. basamak hastanelerde dahi kapalı servis bulunmamakta veya kapalı servis imkânına sahip olanlar da kapalı servis statüsünü kabul etmeyerek, sevklerini bölge hastanelere yapabilmektedirler. Kapalı servis tedavisi gerektiren hastaların yüksek riskli hastalar olmaları, sağlık çalışanına yönelik şiddetin her geçen gün artmasına rağmen gerekli güvenlik önlemlerinin ısrarla alınmaması, hasta şikâyeti ve dava edilme riskinin belirgin olarak artmış olması, ruh sağlığı yasasının hala olmamasının yarattığı ek riskler, kapalı servis hizmeti verme konusundaki direncin nedenleri arasındadır. Kapalı servis statüsündeki devlet hastaneleri ve bölge hastanelerindeki yatak sayılarının ihtiyacı karşılamaktan uzak olduğu ve bölge hastanelerinin yatak doluluğu gereğiyle sevk kabul etmeyebildikleri ise bilinen bir gerçektir.

Kamuda, psikiyatri servis ve yatak sayısındaki mevcut yetersizlik, hastayı, hasta yakını ve toplumu ve tehdit eden hayati risklere yol açabilmektedir. Sağlık giderlerini artırıp, yaşam kalitesini (mükerrer sevkler, yetersiz tedavi nedeniyle direnç, kronikleşme, işgücü ve sosyal kayıplar vs. göz önüne alındığında) önemli oranda bozabilmekte ve bu hastaları sevk etme sorumluluğunda olan psikiyatristleri zor durumda bırakabilmektedir.

Sonuçta, servisi olmayan bir hastanede tek başına çalışan bir psikiyatrist, zorunlu olarak kapalı serviste tedavisi gereken komplike bir hasta ile mevcut koşullarıyla baş etmek zorunda kalabilmektedir. Bu konudaki bir hekim ya hastanın vasi veya 1.

derece yakınının imzasıyla, kayıtlarını kendini koruyacak şekilde tutup, hastayı taburcu ederek, öngördüğü riskin gerçekleşmemesi için dua edecektir ya da tedavinin gereğini mevcut koşulları ile yapmaya çalışıp ciddi oranda mesleki risk alacaktır. Bu durumun hasta ve toplum açısından yaratacağı mağduriyet bir yana ruh sağlığı yasasının olmadığı, şiddetin ve dava edilme riskinin yüksek olduğu günümüz koşullarında, psikiyatrist açısından yaratabileceği sorunlar dahi ürkütücü boyutlardadır.

Yataklı servis hizmetinin gerekliliği ve yaşamsallığı tartışma gerektirmeyecek kadar açık olduğuna göre kamuda psikiyatri servisi oluşturulması ve yatak sayısının artırılması önündeki engellere yönelik hızla çözüm üretilmesi gerekmektedir. Bunun için;

- Sağlık Bakanlığının 2011’de yayınladığı ruh sağlığı eylem planında, devlet hastanelerinde psikiyatri servisi kurulmaması yönünde bir yaklaşım bulunmadığı, aksine genel psikiyatri yataklarının -ülke geneline yayılacak şekilde- sayısını artırmanın amaçlandığı bildirilmiştir. Bu hedef uygulamaya yansımalıdır.
- Ruh sağlığı alanında, hasta hakları, uygulama usul ve esasları, çalışanların sorumluluk ve yetkileri konularında eksik olan yasal mevzuat tamamlanmalı, ruh sağlığı yasası acilen çıkarılmalıdır.
- Psikiyatrinin yatak ihtiyacını, yeterli ve güvenli şekilde karşılayabilecek asgari servis şartlarını belirleyen yönetmelik hızla çıkarılmalıdır.
- İlgili yönetmelik çerçevesinde öncelikle, psikiyatri servisi bulunmayan il devlet hastanelerinde açık ve kapalı servisler kurulmalı ve psikiyatri servisi olan illerin servis koşulları ve yatak sayıları iyileştirilmelidir.
- Gebe, mahkûm, ek ciddi bedensel hastalığı, alkol-madde bağımlılığı bulunan hastalar ve çocukların yataklı tedavi amaçlı sevkleri başta olmak üzere, sevk konusunda yaşanan sorunlara çözüm üretilmesi gerekmektedir.
- Kapalı servis şartlarına sahip olmasına rağmen kapalı servis statüsünü kabul etmek istemediği düşünülen bir grup hastane bildirilmektedir. Hastanelerde kapalı servis statüsü, bu konuda yetkilendirilecek psikiyatristler tarafından, belirlenen standartlar çerçevesinde verilmelidir.
- Tüm illerin kapalı psikiyatri servis hizmetini, en azından acil ihtiyaçlarını karşılayabilecek asgari düzeyde, sunmaları hedeflenmelidir. Kapalı servisi bulunmayan ve mevcut tedavi ekibindeki yetersizlik nedeniyle bu hizmeti sunamayan illerde, ilçe devlet hastanelerindeki ruh sağlığı çalışanları il merkezine kaydırılarak, en azından il merkezinde bu hizmet açığı giderilebilir. İldeki ruh sağlığı çalışanlarının dağılımına yapılan bu müdahale ile merkezdeki psikiyatri çalışanı sayısı artacak, iş ve icap/nöbet yükü hafifleyecek, sorumluluğun paylaşılması ile birlikte mesleki riski azalacak ve kapalı psikiyatri servisi hizmeti verme koşulları oluşturulabilecektir.
- Devlet hastanesi yönetimlerinin ve psikiyatri servis hizmeti verecek çalışanların, servis kurma konusundaki dirençleri dikkate alınmalı, psikiyatri

servislerinin kurulması teşvik edilmelidir. Son dönemde psikiyatri yataklı servis hizmetine SGK ödemesinin artırılması, bu yönde atılmış önemli bir adım olmakla beraber yetersizdir. Hastane gelirini belirlemede önemli etkisi olan kalite puanlamasında psikiyatri servisi varlığı ve niteliğinin önem kazanması, psikiyatri servis vizit puanının artırılması, psikiyatri servis çalışanlarının (kapalı servisler haricinde de) döner sermayeye yansıyan katsayılarının artırılması, çalışanların ve hastane yönetiminin servis kurulumu konusundaki motivasyonlarını arttırabilir.

## **Damgalama ve sınır ihlalleri**

Bilindiği gibi damgalama ve sınır ihlalleri psikiyatrik hizmetlerin halka ulaşmasını engelleyen, ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi ve ruhsal hastalıkların tedavisini güçleştiren, psikiyatrinin önemli sorunlarıdır.

Ruh sağlığı alanında damgalama ve sınır ihlalleri ile mücadele, sağlık bakanlığı başta olmak üzere tüm psikiyatristlerin sorumluluğunda olmakla beraber, son birkaç yılda, ilçe devlet hastanelerinde de psikiyatrist istihdamı başladığından, psikiyatrik hizmetlerle daha önce hiç karşılaşmamış toplum kesimlerinde çalışan bu psikiyatristlerin önünde duran en önemli görevlerden biridir. Bu meslektaşlarımız, ilk kez psikiyatrist ataması yapılan bu yerlerde, psikiyatri hizmetini tanıtmaya, sınırlarını belirleme ve psikiyatri hizmet alt yapısını kurma sorumluluğundadır.

*Damgalama ve sınır ihlalleri ile mücadelenin önemi ve kurumsal ve sistematik yaklaşımın gerekliliği ortadadır. Bunun için;*

- Toplum, ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili bilgilendirilmelidir.
- Toplum, ruh sağlığı alanındaki geliştirici-koruyucu hizmetler ve ruhsal hastalıkları tedavi edici ve esenlendiren hizmetler konusunda bilgilendirilmelidir.
- Toplum, ruh sağlığı ve hastalıklarıyla ilgili meslekler (psikiyatristler, psikologlar, psikiyatri hemşireleri, SHU, PDR, çocuk gelişimcileri, iş ve uğraşı terapistleri vb.) ve bu mesleklerin iş ve görev alanlarıyla ilgili bilgilendirilmelidir.
- Toplum, damgalama, sınır ihlalleri ve bunların ortaya çıkarabileceği sonuçlarla ilgili bilgilendirilmelidir.
- Ruh sağlığı alanında bilimsel geçerliliği kabul görmemiş, mevcut yasa ve uygulamalarla önüne geçilemeyen uygulamaların verebileceği zararlar konusunda halkta farkındalık oluşturulmalıdır.
- Bu bilgilendirme çalışmaları, Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda ve medya ile işbirliğiyle, psikiyatri meslek örgütünün belirleyeceği psikiyatristler tarafından, merkezi ve sistematik olarak yapılmalıdır. Psikiyatristler, çalıştıkları illerde, TPD' nin merkezi olarak oluşturacağı tanıtıcı sunum vb.

materyaller ile bu bilgilendirme çalışmalarını desteklemeli ve yaygınlaştırmalıdır.

- Psikiyatristin geçim kaygısı -hasta-idare baskısı olmaksızın hastasına yeterli zamanı ayırabilmesi sağlanmalı, psikiyatrik hizmetin kalitesi ve verimi artırılarak, halkın, konunun ehli olmayan kişi ve kurumlara başvurma ihtiyacı ve eğilimi azaltılmalıdır.
- Ruh sağlığı alanındaki eğitimler ve sertifikalar, yeterlilikleri standartlar ile belgelenmiş ve sağlık bakanlığınca yetkilendirilmiş kurullar tarafından verilmelidir.
- Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının, ruh sağlığı alanındaki eğitimlere kabul şartları arasında, alacakları eğitimi uygulama yeterliliğine sahip olabilecek mesleki alt yapılarının olup olmadıkları ön koşulu olmalıdır. Bu koşullara sahip olmayanlar ya eğitime alınmamalı ya da uygulama yeterliliği sertifikası verilmemelidir.
- Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelikte, ruh sağlığı alanındaki ekip üyelerinin iş ve görev tanımlamaları, belirsizliğe ve sınır ihlaline yol açmayacak şekilde tekrar düzenlenmelidir.
- Sınır ihlalleri ve ruh sağlığı alanında bilimsel geçerliliği kabul görmemiş uygulamaların engellenebilmesi için ilgili yasal düzenlemedeki açıklar giderilmeli, caydırıcı yaptırımların uygulamaya yansımaları sağlanmalıdır.

## **Şiddet**

Sağlık hizmetleri, aralarında psikiyatrik hizmetlerin de bulunduğu birkaç branş başta olmak üzere, tüm dünyada, şiddet açısından en riskli sektörlerdendir. Ülkemizde sağlık personeline yönelik şiddetin ise her geçen gün arttığı bilinmektedir. Bu şiddet artışının nedenlerinin anlaşılması ve ortadan kaldırılmasına yönelik stratejilerin hayata geçirilmesi, hasta-çalışan güvenliği ve sağlık hizmetinin sürdürülebilirliği açısından zorunludur ve sağlık bakanlığı ve hastane yönetiminin sorumluluğundadır.

Sağlık çalışanına yönelik şiddetin engellenmesine yönelik olarak, şiddete sıfır tolerans söylemleri geliştirilmiş, çalışan güvenliği gibi komiteler kurulmuş, beyaz kod sistemi oluşturulmuş olmakla beraber bu oluşumların pratikte şiddeti engellemeye yönelik fazla bir katkısı olmamıştır. Günümüzde mağazalara dahi girilirken yapılan güvenlik kontrolleri ve önlemleri, yüksek riskli sağlık sektöründe ihmal edilmekte ve şiddete adeta davetiye çıkarılmaktadır. Çalışan güvenliği komiteleri karar almakta ancak kararları yöneticileri bağlamamakta kâğıt üzerinde kalabilmektedir. Yöneticiler ya şiddet riskini hafife almakta ya da güvenlik önlemleri için bütçe ayırmak istememektedirler. Şiddete sıfır tolerans söylemleri, siyasi erkin başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına yönelik aşağılayıcı ve rencide edici ifade ve tutumlarının yanında anlamsız kalmıştır. Beyaz kod adı olsa da hükmü olmayan bir uygulamadır. Sağlık çalışanları şiddete maruz kaldıklarında, sıklıkla, mahkemelerle uğraşmamak, şikayetçi oldukları kişinin hedefi haline gelmemek, iş yoğunluğundan zaman

ayırmamak adına şiddet bildirimini yapmamakta, yaptıklarında idarenin desteğini alamamakta veya mahkemelerden yaptırım gücü yüksek, topluma örnek oluşturacak tatmin edici sonuçlar elde edememektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddet riskinin artışına, şiddeti önlemedeki ihmal de eklenince, sağlık çalışanı, mesleğini icra ederken can güvenliğini öncelemek durumunda kalabilmektedir. Sağlık çalışanları şiddete maruz kalmamak için kimi zaman hastaların uygunsuz isteklerini yerine getirebilmekte veya riskli hastalardan kaçınma, müdahale etmeme eğiliminde olabilmektedir. Sağlık hizmeti vermenin sağlığı tehdit ettiği böylesi bir ortamda sağlık hizmetinin ne derece sürdürülebileceği ortadadır.

*Sağlık çalışanına yönelik şiddetle mücadele, mevcut sağlık sisteminin acil ve en önemli gündemidir. Psikiyatrik hizmetlerdeki şiddet sıklığı ve risk yüksekliği kabul edilmeli ve psikiyatri, güvenlik önlemlerinin alınması ve uygulanmasında öncelikli branşlar arasında olmalıdır. Bunun için;*

- Sağlık çalışanı, hakarete ve aşağılamaya maruz kalmamalı, mesleki iradesine müdahale edilmemeli, saygınlığı zedelenmemelidir.
- Sağlık çalışanları, görevleri nedeniyle savcılık tarafından dahi direkt soruşturulamaz ve kurum onayı alınırken, hasta şikâyeti ile çalışan direkt muhatap edilmemeli ve hasta adına ricacı olunmamalıdır.
- Sağlık çalışanına yönelik her türden şiddet ve baskı, caydırıcı şekilde cezalandırılmalıdır. Bunun için gerekli yasal düzenlemeler acilen yapılmalı ve hayata geçirilmelidir.
- Şiddeti engellemeye yönelik etkin kamu spotları hazırlanmalı ve toplumun her kesimine ulaşacak biçimde sunulması sağlanmalıdır.
- Sağlık kuruluşlarında polis ve eğitilmiş özel güvenlik elemanlarının sayı ve etkinlikleri arttırılmalıdır.
- Hastane girişlerinde X-RAY cihazı vb. teknolojiler kullanılarak içeriye silah, kesici-delici alet vb. girişi engellenmelidir.
- Sağlık çalışanları, tedbirli davranabilmeleri için, sağlık çalışanına şiddet uygulamış kişiler konusunda, öncesinde bilgilendirilmelidir.
- Beyaz kod uygulama pratiğindeki zorluklar azaltılmalıdır.
- Sağlık çalışanları, şiddet uygulayan kişilerin acil durumlar dışında tıbbi müdahalesinden çekilme hakkına sahip olmalıdır.
- Psikiyatristlere bir anket uygulanarak psikiyatrik hizmetlerde şiddetin çeşitleri, nedenleri, yaygınlığı, psikiyatri poliklinik ve servislerindeki mevcut güvenlik problemleri tespit edilebilir.
- TPD tarafından, psikiyatri poliklinik ve servisleri için gerekli asgari güvenlik koşullarını bildiren bir görüş metni oluşturulabilir ve başhekimliklere iletilebilir.



- Psikiyatristlerin, şiddet nedenleri, şiddetin öngörülmesi ve şiddete yaklaşım konusunda deneyimli olmalarından ötürü, hastanenin çalışan güvenliği komitelerinde görev almaları teşvik edilebilir. Çalışan güvenliği komitelerinin aldığı kararların hastane yönetimi tarafından dikkate alınması sağlanmalıdır.
- Psikiyatristler; ilaç raporu ve reçetelerdeki hastalık tanımlarını belirlerken, reçete ve rapor tanımlarının adli, sağlık kurulu vb. süreçlerdeki etkilerini göz önünde bulundurmalarıdır.
- Hastaya ayrılan muayene süresinin kısa olmasının, hizmetin niteliğini azaltarak mesleki risk artışına sebep olmasının yanında; iletişim hataları kaynaklı şiddeti tetikleyebileceği göz önünde bulundurulmalı ve muayene için gerekli süreden ödün verilmemelidir.

## **Sağlık kurulları**

Sağlık kurulları psikiyatristin katılımının zorunlu olmadığı, ancak başvuruların önemli kısmının ruh sağlığı ve hastalıklarıyla ilgili olması nedeniyle psikiyatristlerin sıklıkla görev aldıkları bir kuruldur.

Sağlık kurullarında, toplanma sıklığı, karara bağlanabilen konular hastanelerde farklılıklar gösterebilmektedir (hakem hastaneler, maluliyet değerlendirmesi yapabilen hastaneler, mesleki hastalık veya iş kazası raporu düzenleyebilen hastaneler vb.). Bunun dışında, sağlık kurulu muayene usulleri de hastanelerde değişiklik gösterebilmektedir. Bazı hastanelerde kurul hekiminin, sağlık kuruluna başvuran hastayı önceden bizzat muayene etmesi ve kurul oturumunda bulunması gelenekleşmişken; bazı hastanelerde, birden çok uzmanın muayene ve karar sürecine katılması ve sorumluluğun paylaşılması sistemiyle çalışılmaktadır.

Sağlık kurulları, başvuran kişilerle ilgili çoğu zaman hayati kararlara imza atmanın dışında, hastaların, çıkarları gereği ve hekimi yanıltmak suretiyle kamuya zarar vermesini de engelleme yükümlülüğündedir. Bu nedenle sağlık kurulu hizmeti, hekimin vicdanen ve yasal olarak ağır sorumluluk taşıdığı, dava edilme, baskıya ve şiddete maruz kalma riskinin çok yüksek olduğu hizmetlerdir. Sağlık kuruluna başvuru kalemlerine her geçen gün yenileri eklenmekte, yönetmelik değişikliklerini takip etmek güçleşebilmektedir. Sağlık kurulları başvuruları her geçen gün artmakta, günlük kurul sayısı kimi yerlerde 100 hastayı bulabilmekte ve bu talebe cevap verme baskısı sağlıklı kararlar vermeyi güçleştirebilmektedir.

Psikiyatri, bilindiği gibi, hasta hakkındaki kararların objektif verilerle desteklenmesinin çoğu zaman mümkün olmadığı bir branştır. Kimi zaman psikometrik incelemelerin kısmen katkısı olabilse de, devlet hastanelerinde bu incelemeleri yapabilecek yetkinlikte psikolog sayısı yok denecek kadar azdır, ya da yoktur. Psikiyatrinin bu güçlüklerine, psikiyatrinin yönetmelikteki özür oranlarının yüksekliği ve özür ölçütlerinin muğlâklığı eklenince, sıklıkla istismar edilmeye çalışılmaktadır. Psikiyatrinin, sağlık kurullarının yumuşak karnı olduğu hastalar ve işlerinin görülmesini isteyen yöneticiler, siyasiler, kanaat önderleri vb. tarafından oldukça iyi kavranmış durumdadır. Hastalar, kimi zaman bu işin simsarları tarafından eğitilerek

hekimi yanıltıcı davranışlarda bulunabilmekte, ya da yöneticiler, siyasiler, kanaat önderleri vb., psikiyatristin yetki genişliği ve karar serbestilerini bildiklerinden psikiyatrıstlere yüklenebilmektedirler. Silah ruhsatları, bakım ücreti, küçük çocukların evlenebilmesi, özel eğitim ve rehabilitasyon talepleri, özür oranlarının yükseltilmesi, istirahat raporları, devlet memurlarının başka illere sağlık durumu nedeniyle tayin yaptırabilmesi talepleri başta olmak üzere psikiyatri uzmanı bir çok konuda baskı altında kalabilmektedir. Hekime yönelik şiddetin ve şikâyetlerin birçoğu sağlık kurul kararları ile ilgilidir.

Sağlık kurulu görevi, bu denli yetkinlik ve özen gerektirmesine ve yüksek risk taşımasına rağmen, performans sisteminde hekime ek gelir de kazandırmamaktadır.

#### Psikiyatrinin sağlık kurulu hizmetindeki aksaklıklara ilişkin öneriler;

- Psikiyatrik hastalıkların sınıflamasındaki puanlama sisteminde, sübjektif yorumlara gereksinim olabildiğince aza indirilmeli ve özür oranları diğer hastalıklarla kıyaslanarak daha makul oranlar belirlenmelidir.
- Gerekli psikometrik incelemeleri yapabilecek yetkinlikte psikolog bulunmayan yerlerde psikiyatrik kurul hastası değerlendirilmemelidir. Psikiyatristler, hastaları başka kurumlara psikometrik inceleme için sevk etmek istediklerinde baskı ve şiddete maruz kalmaktadırlar ve bir süre sonra yılgınlık göstererek tetkik istemekten vazgeçebilmektedirler.
- Adaleti yanıltıcı davranışın cezalandırılması örneğinden yola çıkılarak, hekimi yanıltıcı davranış da cezalandırılabilir.
- Psikiyatrist kararı ve tıbbi kanaati üzerinde baskı kurma girişimleri cezalandırılmalıdır.
- Psikiyatristler ilaç reçetesi ve raporlarındaki tanıları belirlerken; koydukları tanıların, başka bir psikiyatristin adli bilirkişilik veya sağlık kurulu kararı üzerindeki etkilerini göz önünde bulundurmalıdırlar.
- Sağlık kurulu raporu düzenleme ek performans puanı ile ödüllendirilmelidir.

#### **Görevlendirmeler:**

Son yıllarda, sağlık bakanlığının, mevcut koşullarla pratikte ulaşılması mümkün olmayan kesintisiz hizmet hedefi doğrultusunda, rutin psikiyatrik hizmetler haricinde de psikiyatrist görevlendirmeleri gündeme gelmekte ve bu görevlendirmelere her gün bir yenisı eklenmektedir. Gerekliliği kabul edilen acil durumlar dışında, çoğu zaman popülist yaklaşımların sonucu olarak ve yönetmeliklere dayandırılma gereği dahi hissedilmeyen bu görevlendirmeler; yöneticiler tarafından cezalandırma aracı olarak da kullanılabilir. Ardı arkası kesilmeyen bu görevlendirmeler, sonuçta; hizmetin efektif olmayan dağılımına, hekimlerin görev ve sorumluluk alanlarının sürekli artmasına ve bu hususta kafalarının karışmasına ve tükenmelerine yol açabilmektedir. Dahası; görevlendirme yerlerinin sürekli değişmesi ve çeşitliliği nedeniyle hastaların düzenli takibi de güçleşmektedir.

Psikiyatrik hastalıklar sıklıkla, tanıları izleme konabilen, tedavi uyumu ve başarısı için tercihen aynı hekim tarafından düzenli takip gerektiren, kronik nitelikte, şiddet riski ve adli süreçlerin sıklıkla eşlik edebildiği, yeti yitimi dışında saldırganlık ve öz kıyım gibi ciddi sonuçlar doğurabilen hastalıklar olduğundan, psikiyatrik hizmetlerde süreklilik hayati önemde bir konudur.

Psikiyatristler, hali hazırda gününbirlik olarak psikiyatristin bulunmadığı ilçelerde, semt polikliniklerinde, cezaevlerinde, SÜDGE 'de, denetimli serbestlikte, jandarmada, askeri sağlık kurullarında, mahkemelerde, hastaların ifadeleri alınırken, hastane dışı öz kıyım girişimlerinde, evde bakım hastalarına müdahalede, acil servis ve yoğun bakım nöbetlerinde vb. akla gelen hemen her yerde görevlendirilebilmektedir. Psikiyatristler, özellikle büyük illerde seyyar ekipler gibi çalışabilmekte bir gün ilin bir ucunda, başka gün diğer ucunda görevlendirilebilmektedir. Dahası bir anda kendilerini Türkiye'nin farklı bir bölgesinde de bulabilmektedir.

Psikiyatrist görevlendirmeleri kimi zaman yasal mevzuat dışında keyfi de olabilmekte ve hekimin direnciyle karşılaşıldığında hekime baskı ve şiddet uygulanabilmektedir. Geline noktada psikiyatristin görev tanımı ve sınırları o denli belirsizleştirilmiştir ki devlet hastanesi hekimi, hasta tarafından dahi, evde poliklinik hizmetine zorlanabilmekte, kabul etmediğinde şikâyet edilebilmektedir. Usulsüz ve keyfi görevlendirmenin yaygınlaşmasının yanında sağlık alanındaki mevzuatın da çok sık değişmesi, psikiyatristleri görev alanlarının sınırlarını takip edemez ve özlük haklarını koruyamaz duruma getirmiştir.

Usulsüz görevlendirmelerin en önemli örneklerinden biri acil servis ve yoğun bakım nöbetlerinde psikiyatristlerin görevlendirilmeleridir. "Hekimdir, her hastaya bakar." mantığı ile kamu yararı adı altında ve pratisyen hekim sayısındaki yetersizlik gerekçe gösterilere, psikiyatristler, acil servis ve yoğun bakım nöbetlerinde görevlendirilebilmektedir. Acil servis hizmetleri asli görevleri olan sağlık çalışanlarının dahi senede birkaç kez meslek içi eğitimden geçirilmeleri ve bilgi ve becerileri güncellenmesi gerekirken, senelerce branşı gereği bu tür birimlerde çalışmayan psikiyatristleri bu hizmetleri vermeye zorlamak, en hafif tabirle ihmalkârlıktır. Bu şekilde halka hizmet edilemeyeceği aksine zarar verilebileceği ve psikiyatristin de hukuken ve vicdanen zor duruma düşebileceği açıktır.

#### *Psikiyatrist görevlendirilmeleri yapılırken;*

- Psikiyatrik hizmetlerde süreklilik ve güvenliğe öncelik verilmesi ve yönetmelikle belirlenmiş acil ve zorunlu durumlar dışında görevlendirme yapılmaması gerekir.
- Psikiyatrist görevlendirmeleri hususundaki yönetmelikte, psikiyatristin ilgili görevlendirmedeki iş ve görev tanımlaması ve görevlendirilme koşulları açık şekilde ifade edilmelidir.
- Psikiyatristler, görevlendirilmelerine yönelik risk öngörmesi durumunda, kurum psikiyatristin talep ettiği güvenlik önlemlerini yerine getirmekle yükümlü olmalıdır.

- Hastaya mevcut bilgi ve deneyimi ile zarar verebileceğini düşünen hiçbir uzman hekim zorla acil servis ve yoğun bakım gibi hizmetlerde görevlendirilmemelidir. Hekimlerin dağılımındaki plansızlık ve sistemin kâr hırsıyla teşvik ettiği sağlık hizmeti tüketimi hekime ve halka fatura edilmemelidir.

### **1.2. ve 3. Basamak sağlık kurumları arası işbirliği ve dayanışma**

Sağlıkta dönüşüm politikaları ile ruh sağlığı hizmeti sunumunda basamaklı yaklaşım önemli ölçüde ortadan kalkmıştır. Bunun sonucu olarak hizmetin örgütlenmesi, dağılımı ve sunumunda kargaşanın hâkim olduğu, sağlıksızlık üreten bir durum ortaya çıkmıştır.

Sağlık örgütlenmeleri arasındaki görev dağılımı, işbirliği ve dayanışma, son dönemde yerini, kâr hırsının getirdiği yıkıcı rekabete bırakmıştır. Mevcut sistemde 1. basamak hizmetlerde sıklıkla uzman hekimin raporladığı ilacın reçete tekrarı yapılmakta, 2. ve 3. basamak kurumlar şişirilmiş hasta yükünün altında ezilmekte, 3. basamak kurumlar komplike hasta tedavisi, rehabilitasyon, araştırma ve eğitim gibi asli görevlerini, iş yükü ve performans kaygısıyla aksatmaktadır. Performans kaygısı, hasta şikayetleri-dava edilme ve şiddet oranındaki belirgin artış nedeniyle hekimler, komplike, zaman alıcı ve riskli hastadan olabildiğince kaçınmaktadır.

Mevcut sistemin bu sorunları tüm hekimler ve hastalar için geçerli olmakla birlikte psikiyatrinin doğası ve işleyişi gereği, psikiyatristler ve psikiyatri hastaları bu sistemden en çok zarar görenlerdendir.

Sağlıkta dönüşüm sürecinde yaşadıklarımız bize, sorunlarımızın bireylerden değil sağlık sisteminden kaynaklandığını, her birimizin sağlık sistemindeki dişlilerden birini temsil ettiğimizi, sistemdeki sorunlardan bu nedenle kaçınmamızın mümkün olmadığını ve bu sorunlarla bireysel düzlemde baş etmenin de mümkün olmadığını öğretmiştir. Bugün psikiyatristler önünde duran en önemli görev bu nedenle; işbirliği ve dayanışmanın ön plana çıkarılmasıdır.

#### *Psikiyatri alanında işbirliği ve dayanışmanın oluşturulması ve geliştirilmesi için;*

- 1.2. ve 3. basamakta psikiyatri alanında çalışan kişiler arasında gerekli koordinasyon, merkezi olarak oluşturulmalıdır.
- Hasta mahremiyetine azami özen gösterilmek kaydıyla, hastaların izlem ve tedavi sürecine ilişkin zorunlu asgari bilgi ve belgelere, hastayı takip eden hekimler ulaşabilmelidir.
- Psikiyatristler arasındaki mesleki ve sosyal iletişim güçlendirilmelidir.
- Uzmanlık eğitimi sonrası uygulamada karşılaşılan sorunların çözülebilmesi için TPD bünyesinde, gönüllü konsultan, süpervizör hekim grupları oluşturulmalıdır. Bu gruplara TPD web sitesi ya da sosyal medya üzerinden ulaşmanın koşulları yaratılmalı, psikiyatristler ihtiyaç duyduklarında, çekinmeden yardım isteyebilmelidir.

- Mevcut durumda, genel olarak özlük haklarında ciddi sıkıntılar yaşanmakta, özel durumlarda ise psikiyatristler hak gaspları, mobbing ve şiddete maruz kalabilmektedir. TPD, üyelerine daha uygun maddi koşullarda ve konuya hâkim avukatlardan oluşan seçenekler sunabilmelidir.

- **Reçeteleme**
- **Hasta mahremiyeti, tıbbi kayıt ve veri güvenliği**
- **Afiliasyon**
- **Sözleşmeli personel statüsü**
- **Nöbet ertesi-kongre ve yıllık izinler**