

Tartışma ve öneriler

Yöneten: Prof. Dr. Köksal ALPTEKİN
Prof.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, İZMİR

Köksal ALPTEKİN

Bu etkinliği düzenleyen TPD Psikiyatrik Rahabiliteasyon Bilimsel Çalışma Birimi'ni ve Mustafa Beyi kutlamak istiyorum; bu tür çalıştaylara gereksinmemiz var. Birçok düşüncenin bir araya gelmesi ve birlikte eylem planlarının yapılması, farklı alanlarda yapılan çalışmaları görmek çok önemli. Belki buradan alınan geribildirimler yapılan çalışmaların geliştirilmesini sağlayabilir. Bu nedenle bu tür çalıştaylar çok gerekli. Bu çalıştaya destek veren Pfizer İlaç Firmasına da teşekkür ederim.

Sorulara geçmeden önce, mikrofonu herkese uzatıyorum. Benim tarafımdan belirlenmeden bugünkü çalıştayda yer alan konularla ilgili, kafasına takılanlarla ilgili söz almak, bir şey söylemek isteyen var mı?

Mustafa YILDIZ

Ben bu çalıştayı organize ederken (birim olarak karar vermiştik) bu alanda çalışmış olan arkadaşları, meslektaşlarımızı, grupları tanıdığım kadarıyla çağırdım. Alana ilgi duyup bundan sonra bir şeyler yapmak isteyen insanlar da var burada. Davetli olduğu halde başka toplantıları nedeniyle gelemeyen meslektaşlarımız da var. Fakat bugün yemekte Zehra Hocamın anımsatmasıyla önemli biri çalışmayı unuttuğumuzu ya da atladığımızı fark ettim. Ankara'da Işık Sayıl Hocanın 1990'lı yıllarda başlattığı bir 'Psikiyatrik Toplum Ruh Sağlığı Sektörleşme Projesi' vardı, o yıllarca sürdü. Onun sonucu hakkında bilgim yoktu doğrusu. Sanırım Kriz Dergisinde yayımlanmış, bitmiş ya da Sosyal Psikiyatri Kongresinde de sunulmuş olabilir; anımsamıyorum. O çalışmanın burada sunulmamış olması, dolayısıyla bizim kayıtlarımıza geçmemiş olması bir eksiklik. Kendi adıma üzüldüm. Bundan sonraki çalıştaylarda belki o çalışmayı da dinleme ve anlama şansı buluruz. Bu kapsam alanına gire-

bilenler veya benim hatırıma gelmeyip giremeyenler var. Giremeyenler için şimdiden özür diliyorum.

Köksal ALPTEKİN

Başka söz almak isteyen var mı, bugünkü konuşmalarla ilgili ya da içerikle ilgili?

Sevilay ÖZCAN

Açıkçası benim açımdan son derece güzel bir toplantıydı. Ben işin daha ABC'sindeyim; Adana'da bu birimi oluşturmaya çalışıyoruz. Şimdi kafama takılan bir başka durum daha var. Biz hep rehabilite edebileceğimiz, topluma kazandırabileceğimiz, aile desteğinin iyi olduğu hastalardan söz ediyoruz. Biz ruh sağlığı hastanelerinde aile desteği olmayan, bir şekilde taburcu ettiğimiz günden itibaren ilacını alamayacağını bildiğimiz, bazen ailelerine bile ulaşamadığımız hastaları çok fazla görüyoruz. Bu tip hastalar için de sanırım bir şeyler yapılıyordu. Bu konulara da biraz değinilmesini beklerdim açıkçası, o da bizim işimizin bir parçası olacak. Bu konuda bilgi alabilirsem çok sevinirim.

Çınar YENİLMEZ

Ben de çok teşekkür ediyorum. Son zamanlarda katıldığım en güzel toplantılardan birisi oldu gerçekten. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin bugün toplantısı vardı, aynı güne denk düştü. Keşke oradaki yönetimden birileri de burada olsaydı. Bir şekilde çalıştay sonuçları oraya bildirilecek. En azından birçok kişi ruh sağlığı yasası gündemde, ya da Medaim Bey gibi belli bir noktada olan ve bütünleştirici olacak arkadaşlarımız burada. Onun dışında koruyucu ruh sağlığından da belki birkaç kişinin burada olmasını isterdim. Çünkü sonuçta rehabilitasyon koruyucu psikiyatrik hizmetlerde üçüncü sırada yer alıyor. Belki onların da en azından bir temsilciyle bura-

da bulunması ya da o başlık altında davet edilmeleri daha uygun olur muydu, diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Bülent COŞKUN

TPD'nin Koruyucu Ruh Sağlığı Bilimsel Çalışma Biriminde üyeyim ben de. Biz ortama yazıp bildirebiliriz, siz de yaparsınız. Daha da iyi olur herhalde.

Mustafa YILDIZ

Ben Bülent Hocamı davet ederken, Emin Beyi de davet etmiştim bizden. Emin Bey Kocaeli'deki GH'nin kurulmasında, projelendirilmesinde emeği geçmiş bir arkadaşımız ve oranın yönetiminde Bülent Bey, Emin Bey ve ben vardık. Biraz da oradaki deneyimlerimizi, neler yaptık, neler yapamadık diye tartışırız. Emin Bey 'Kurumsallaşmada neler olabilir?'i getirir belki diye. Sonra Bülent Hocamla koruyucu ruh sağlığıyla birliklik niye yok diye konuştuk. Ama şu dikkatimizi çekti ki, zaten her iki çalışma biriminde görev alan arkadaşlarımız var. Bu çalıştay Psikiyatrik Rehabilitasyon Çalışma Biriminin bir etkinliğidir. Koruyucu Ruh Sağlığı Çalışma Biriminin de bir toplantısı olur, oraya bizden birileri gider. Bunu kendi birimimizin bir çalışma programı olarak yaptık. Fakat Çınar'ın önerisini dikkate almak gerekir. Nasıl olsa o birim de çalışmalar yapıyor. Kesişme noktalarımız çok. Bir gün resmi olarak birlikte bir toplantı planlanabilir. Bu bizim ilk kez büyük katılımlı olarak yaptığımız bir çalıştay. O açıdan ilk olmanın getirdiği bir durum diye düşünüyorum.

Köksal ALPTEKİN

Teşekkürler. Bir genel değerlendirme yapıyoruz şu an, yeni gelen arkadaşların bilgisine.

Melike GÜNEY

Koruyucu ruh sağlığından da söz etse miydik acaba? Bülent Hocayı dinledim ve onun ilk penceresinde üç konu vardı: Koruyucu ruh sağlığı, tanı-tedavi ve rehabilitasyon. Aslında rehabilitasyonun felsefesinde üçü de var. Belki de rehabilitasyon hizmetlerimiz tanıyı koyduğumuz anda başlamalı. Biz geç bile kalıyoruz bazen, kronikleşmesini bekliyoruz. Daha sonra yaptığımız rehabilitasyon çalışmaları koruyucu ruh sağlığını etkiliyor. Onun için rehabilitasyon felsefesinin içinde hepsi var. Dediğiniz gibi, bugün bu çok güzel bir başlangıç oldu; gelişecek, eksikler tamamlanacak. Belki daha sonra bu da katılacak çalışma birimi olarak.

Osman VIRIT

Mustafa Beye teşekkür ediyorum. Yaklaşık 5-6 ay önceydi; o zaman Alev vardı, Mustafa Hocam vardı. Biz böyle bir toplantıyı düzenlerken herkesin yaptıkları, yapabilecekleri, kafasında düşündükleri, planladıkları ne ise ortaya koysunlar; bundan sonra yapılabilecek şeyler tartışılın amacındaydık. Bence toplantı amacına ulaştı, hatta çok daha zengin oldu. Bu konuda herhalde bu yasalar da çıktıktan sonra neler yapılabileceği çok daha iyi tartışılabilir. Gerek destekçi firmaya, gerekse düzenleyenlere teşekkür ediyorum.

Buket CİNEMRE

Ben de çok teşekkür ederim. Çünkü ben buraya gelirken kafamda bir sürü soru işaretleriyle geldim. Bizim 6 aylık bir deneyimimiz var ve her gün yeni bir sorunla karşılaşılıyor. Bu yeni sorunu nasıl çözeceğimize kendi olanaklarımız ve kendi kapasitemizi kullanarak yanıt vermeye çalışıyoruz.

Ben ilk deneyimimi anlatmak istiyorum: Antalya turistik özellikleri nedeniyle yurt dışından çok fazla hasta alan bir yer. Biz yaz döneminde özellikle akut manik ya da psikotik depresmeyle gelen çok sayıda hastayla karşılaşılıyor. Bundan iki yıl önce öyle bir İngiliz hastamız olmuştu. İlk atağını Antalya'da geçirdi bu delikanlı. Annesi geldi ve durum annesine anlatıldı. Annesi bizden bu durumu tedavi etmemizi ve bu durumu anlatan bir epikriz istediğini söyledi. Ben ne yapacağımı sordum. Soğukkanlılıkla ve o kadar emin bir şekilde neler yapacağımı, gittiğinde rehabilitasyon hizmetlerini kimin vereceğini, o hastalığın nasıl bir süreçte tedavi edileceğini o kadar iyi biliyordu ki... Şaşırtıcı yanı ise şu: Bu kadının daha önce hiçbir psikotik hasta yakını olmamıştı. Önceden bir deneyimi olsa, bunu anlayabilirdim. Bu toplumun bilinçlenmesiyle ilgili bir şey diye düşünüyorum. Bu işte bir standart var.

Biraz önce dışarıda konuşuyorduk. Bizim hastanemiz birtakım standardizasyon ve akreditasyon sürecinde. Geçenlerde GH'mize geldiler, o süreç katmak istiyorlar. 'Siz burada ne yapıyorsunuz? Tedavi akışını bize söyler misiniz? Standardınız nedir?' diye bana anlattırmak istediler. Ben de dedim ki, 'Bunun bir standardı yok. Ben burada hasta görüyorum, kendime göre bir dosyalama sistemim var, hasta değerlendirme sistemim var. Ama beni siz buradan aldığınız taktirde bu standartlar benimle gidecek. Benden sonra ne olacak, bilmiyorum gerçekten.' Onların da buna bir yanıtı yok.

Buradan böyle bir şey de çıkarabileceğimizi düşünüyorum. Bu konuda ikna oldum, çok keyif aldım ve çok bilgilendim. Özellikle Mustafa Ağabeye çok teşekkür ediyorum. Biz bunu bir yıl önce Prag'da konuşmuştuk. Bu kadar çabuk yaşama geçirilmesi gerçekten büyük bir başarı. Tebrik ediyorum kendisini.

Hülya ENSARİ

Bu işin standardı yok dediğiniz için, 'bizde yok' diye söylendi. Ama zaten bence rehabilitasyon aslında toplum temelli psikiyatri modeli, zaten almamız gereken standart. Dünyada uygulanıyor, artık bizim de bir an önce geçmemiz gereken bir standart. Ne yazık ki, nasıl olmalı noktasında hemfikir değiliz. Çünkü herkes farklı açılardan birtakım kaynakları kullanmaya çalışıyor. Medaim Beyin dediği gibi, belki herkes kendi çapında sahip olduğu öz kaynaklardan yola çıkarak bu sistemi uygulamaya çalışmalı. Ama bu modeli herkesin uygulaması gerektiği konusunda hemfikir olursak, bu netleşirse, bakanlığa da bu çalıştayın sonucu iletilirse (onlar da bu konuda hemfikir değiller) belki daha kısa sürede yaşama geçecektir. Ben kendi deneyimimden kısaca söz etmek istiyorum:

Ağustos 2006'da Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesini (Türkiye'deki 8. Ruh Sağlığı Hastanesi) kurmakla görevlendirildim. Bu görevi tek kabul etme nedenim de, 'Bir psikiyatri hastanesini kendimce mevcut (Bakırköy deneyimim de olduğu için) klasik akıl hastanesi imajından acaba çıkarabilir miyiz? Bu yönde çaba sarf edebilir miyiz?' düşüncesi oldu. Şansıma o dönemde (Medaim Beyin de bu noktadaki özverileri, çabaları yadsınamaz) sağlamış olduğu sağlık bakanlığının görevlendirmeleriyle tesadüfen yurt dışında incelemeler yapma fırsatı bulduk. Bu anlamda ekip olarak ruh sağlığı hastaneleri başhekimleri Finlandiya'da, İtalya'da ve başka ülkelerde incelemelerde bulundu. Ben bu iki ülkedeki gözlemlerimde toplum temelli psikiyatri modelinin ne kadar güzel uygulandığına ve olumlu sonuçlarına tanık oldum; neden bunu biz ülkemizde yapmayalım, diye düşündüm. Hepimiz zaten düşünüyoruz. Oradaki bu modelin uygulanmasında da coğrafi bölgelere ayırmışlar ülkeyi ve ortalama 100.000-120.000 civarındaki nüfusa hitap eden bir psikiyatri hastanesi. Bu bir üniversite hastanesi olabilir, ruh sağlığı hastanesi olabilir. Bunun yanında zamanda rehabilitasyon hizmeti de veren bir toplum ruh sağlığı merkezi var. Entegre aile hekimliği sistemi ve gezici ekipten oluşuyor. Bolu'nun şöyle bir avantajı vardı: Bolu'nun nüfu-

su 100.000 civarında, ilçelerle beraber 150-200.000 oluyor. Şimdi ruh sağlığı hastanemiz var, amacımız en çok 80 yatak. Ocak ayı itibarıyla hizmete girmiş oldu. Bunun dışında Bolu aile hekimliğinin uygulandığı bir il. Kronik psikiyatri hastaları sisteme çok rahat entegre edebiliriz, diye düşünüyoruz. Bu noktada da sağlık müdürlüğüyle işbirliği içindeyiz.

Eksik olan, üçüncü basamak, rehabilitasyon hizmeti vereceğimiz bir birimin olmamasıydı. Bu noktada hastanenin proje çalışmalarını sürdürürken bugün konuşulan o tüm basamakları bire bir ben devreye soktum.

Önce belediye başkanıyla ilişkiye geçerek şehir merkezinde rehabilitasyon binası olarak kullanabileceğimiz bir bina tahsis edemeyeceklerini sordum. O dönemde kullanılmayan 4.500 m²'lik dev bir bina vardı. Çok düşük bir miktara bize kiralayabileceklerini, bahçe düzenlemeleri ile birçok etkinlikte de ekonomik anlamda destek olacaklarını söyledi. Bu noktada biz sağlık bakanlığından bu merkezin toplum ruh sağlığı merkezi olarak kullanılmasına yönelik uygun görüş de aldık. Tam proje çalışmalarına başladığımız zaman binanın güçlendirilmesi gerektiğini öğrendik ve ne yazık ki, o proje durmak zorunda kaldı.

Onun dışında, uzun vadeli olarak hastanenin bahçesine bir rehabilitasyon merkezi yapmak için proje çalışmasına başladık; 2008 yılının yatırım bütçesine aldık. Sağlık Bakanlığı tarafından bu da onaylandı. Birçok ilde Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nün Toplum Merkezi Projesi var. Genelde kimsesiz, sosyal durumu kötü kadınların, çocukların, zeka geriliği olan kişilerin başvurduğu, uğraşı tedavisi aldığı bir merkez. İşleyişi görme açısından başlangıç olarak en azından bu merkezi ortaklaşa kullanabileceğimizi düşündük. Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü buna 'Tamam' dedi. Vali çok memnun oldu ve bu projeyi destekledi; hatta 'Bu zaten atıl, kullanılmıyor, size devredelim.' dedi. Bu nedenle Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü'ne yazı yazdık. Ama atıl durumda olmasına karşın, oradan 'Hayır, bu devredilemez.' diye bir ret yanıtı aldık.

Niyetler güzel olmasına karşın, motivasyonu kaybedeceğimiz noktada, geçen hafta Sağlık Bakanlığından telefonla 'Şimdi Avrupa Birliği'ne verilmek üzere tüm özürülere toplum temelli bakım hizmeti vermeye model olacak bir proje hazırladıklarını ve bu noktada da Bolu'yu düşündüklerini' söylediler. Bu sevindiriciydi. En azından bunun, gerçekten artık alt yapısıyla ciddi bir

şekilde düşünüldüğünü gösteriyordu. Yine Bolu'da şehir merkezinde hoş bir alan vardı. Özellikle kronik psikotik hastaların gelebileceği bir kafe projemiz vardı. Bunu valiyle paylaştık. Yeri vali ayarlayacak, belediye başkanı içini onaracak, biz de hizmeti vereceğiz. Böylece hastaların ayaktan gelebilecekleri bir sosyal ortam da kazandıracağız.

Bolu ili için yaptığımız çalışmaları özetlemek istedim. Belki çabayla herkesin yapabileceği şeyler vardır diye umuyorum. Teşekkürler.

Köksal ALPTEKİN

Medaim Beyi kutluyorum, yaptıkları çok iyi bir model. Merak ettiğim şey şu: Uzun süredir İzmir'de belediye başkanlarıyla, valilerle görüştük. Ama böyle, hemen beş dakikada kabul eden olmadı. Bu işin sırrı nedir?

Medaim YANIK

İstanbul'da belediyelerin sosyal belediyecilik anlayışı biraz yerleşti, birçok alanda yapıyorlar. Örneğin, Büyükşehir Belediyesi kadın sağlığı merkezleri kurdu her ilçede. Şu anda onlarda çalışmak üzere 60 psikolog almışlar eğitim programı için. Bir, sosyal belediyecilik anlayışı oturmaya başladı. İkincisi, bu tür çalışmalarda organizasyon gücü kazandılar. Üçüncüsü, ekonomik sıkıntıları yok, bu tür işlere rahatlıkla para harcayabiliyorlar. Sonuçta bu projenin masrafı aylık 25-30 bin YTL civarında belediyeye. Bu bir belediye için hiçbir şey, ama idarecinin tarzına göre değişiyor. Örneğin, Bolu'da Hülya Hanım çok uğraştı, kısmi bir destek var gibi. Bizim yaptığımız bir toplantıda Samsun'dan gelen belediye yetkilisi 'Ben çok hızlı yaparım bunu' demeye başladı. Benim geldiğim nokta şu: Model oluşturmak için çaba göstermemiz gerekli; birisi üniversite üzerinden, birisi hastanenin kendi olanaklarıyla yapısı. Aslında bir hastane kendi olanaklarıyla bunu çok rahat yapabilir. Nasıl yapar? Bir üniversite kliniğinin psikotik bozukluklarla uğraşan birimi küçük bir destekle kendi polikliniğine gelen hastaların belli bir coğrafi alandaki sayısını belirleyerek orayla ilgili bir sistem kurabilir. Birileri bir vakıf üzerinden, birileri tamamen sağlık bakanlığının olanaklarıyla sağlık ocağı üzerinden ya da toplum merkezleri üzerinden yapabilir; değişik modeller aramızda gerekli.

Mehmet Z. SUNGUR

Ben de teşekkür ederek başlıyorum. Bu çok önemli bir gelişme gerçekten. İlginçtir, çünkü ben 1985 yılında bu modeli incelemeye İngiltere-
Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9(suppl.1):69-91

re'ye gitmiştim. Hatta 1986'da da Bülent Hocam gitti. Aynı şeyleri, aynı olayları araştırdık. Bakanlığa verdiğimiz zaman hiç kimse oralı olmamıştı. Aradan 22 yıl geçmiş, o zamanki modelle şimdi sunduğunuz model arasında hiçbir fark yok. Demek ki, 22 yıl önce başlayabilecek bir şeymiş bu. Ama hiçbir şey yeterince gelişmeden başlamıyor, bu bize onu gösteriyor. Bu modellerin geliştirilmesi açısından, özendirici olabilmesi açısından ben şuna inanıyorum: Bu modellerin bedelleri incelenmeli. Örneğin, değişik araçlarla bu işi yapalım diyorsunuz ya, o değişik araçların her birinin bedeli farklı. Üniversitenin yaptığı farklı, belediye aracılığıyla yapılan, sağlık bakanlığıyla yapılan farklı. Bir kere bunun özendirici olması için bu yapılan işlemin maliyet-etkinlik oranlarına bakıp, bu etkinliğin maliyetinin görüldüğünden çok daha az olduğunu, klasik hastane modeliyle bu modelin masrafların karşılaştırılmasının çok önemli olduğunu düşünüyorum ki, başka belediyeler ve başka yerler için de bu özendirici olsun. Böyle bir girişiminiz var mı, bu model kaçta mal oluyor? Sadece belediye açısından değil; çalışanların işgücü, parası vs. hastane modelleri nedir? Bir taraftan bu karşılaştırmayı da yapsanız ne kadar güzel ve özendirici olur diye düşünüyorum. Var mı öyle bir çalışma?

Medaim YANIK

Muhtemelen var. Şu anda iki tür maliyet hesaplaması var: Birincisi, şizofreni hastalarının maliyetiyle ilgili; sadece ilaç maliyeti değil, kayıplarıyla beraber olan. Şu anda bir mahalleyi çalışıyoruz ayrı bir ekiple. İkincisi, bir firmayla 'Bunu tamamen sizin sponsorluğunuzda yapalım. Bu süreçte de siz bunun maliyet çalışmalarını beraber yapın. Sizin için de bilgi kaynağı olur.' diye konuştuk. Bunun uzun vadedeki maliyet-etkinlik çalışmaları başladı. Siz bunu ileriye dönük bir çalışma gibi düşünün. Bu tür girişimlere olumlu bakıyorlar. Bir proje aşamasında olan bir şey daha var ama, Türkiye'de maliyet hesaplarını zorlaştıran birtakım bilgi eksiklikleri var, onları yapmak zor. O anlamda bir gelişme olabilir. Bence önemli kaynaklardan biri de Avrupa Birliği Fonu. Örneğin, dün Ankara'da, SHÇEK ile bir proje üzerine konuştuk. Türkiye'de toplum psikiyatrisi modeline geçmek için altı milyon €.

Şu anda herhangi bir coğrafi alanla ilgili 'Ben bir toplum psikiyatrisi modeli kuracağım, buraya bir rehabilitasyon merkezi yapacağım, bir ekip kuracağım, bir çalışma merkezi yapacağım.' deyip başvurduğunuz anda çok büyük olasılıkla Avrupa Birliği Projesi alırsınız. Çünkü Avrupa Birliği'nin bütün mesajlarında Türkiye'de psikiyatrisi

alanında gelişmesini istediği bazı şeyler var. Bunlardan biri de, toplum psikiyatrisi modeli. O yüzden böyle bir modelle başvurup Avrupa Projesi almamak çok zor. O projeye de gerekli olan ekibi, yeri, her şeyi kurmak olası. Ben şu anda bakan müşaviri de oldum. Psikiyatrist arkadaşlarımın, ruh sağlığı çalışanlarının anlaması gerek. Bakanlıkta manzara şöyle: Alt kadroda çok iyi niyetli insanlar var, bir şeyler yapmak istiyorlar. Üst kadro işten dağılmış durumda, bir yazıya yanıt verebilecek bir mekanizma yok. Bir yazıya yanıt verilmemesi bürokratik bir sorun olacağı için şeklen size yanıt verirler. Bakanlık öyle bir mekanizma ki, orada müsteşar olursunuz alacağınız para 2-3 bin YTL, genel müdürün maaşı 3 bin YTL.

Şu anda Ruh Sağlığı Daire Başkanı arıyoruz. Bulduğumuz bir psikiyatristi atayacağım oraya, kim gelir, bilemiyorum. Yetişmiş ekipleri yok, alt kadrolar yıllardır orada çalışan insanlar. O yüzden eğer biz iş yapmak istiyorsak; her şeyini hazırladığımız, paket hale getirdiğimiz, hamallığını yaptığımız işi bir süreçte yapıp bakanlıktan böyle kritik girişimlerle önümüzdeki engeli kaldırmasını isteyeceğiz. Onun dışında bakanlığa yazarak 'Şunu şöyle yapın' diyebilecekleri, yapabilecekleri bir mekanizma yok; üst kadro çok aktif, günde 18 saat çalışıyor. Ama o üst kadroda psikiyatriden anlayan insan yok. Ana uğraşları da çok daha majör politikalar üzerine. Şu anda aciller ve yoğun bakımlar üzerinde çalışıyorlar. Çünkü Türkiye'de çok ciddi acil ve yoğun bakım problemi var.

Bunu anlattığınız bakanlık üst kadrosu 'Çok güzel bir şey, aman bunu yapalım' diyor. Peki, kiminle yapacaksınız? Alt kadroda bunun her şeyini tanımlayıp yürütmeniz gerekli. Şu anda benim orada bulunmamın gerekçesi de bu: Bunları eyleme geçirme. Ne kadar işe yarar, onu bilemiyorum; zaman gösterecek. Biz bu projeyi yaparken bakanlıktan hiç kimseyle ilişki kurmadık. Sosyal Sağlık Müdürlüğünden de hiç kimseyle ilişki kurmadık. Belediyeye anlaşmayı ben yaptım. Türkiye'de yapan yapıyor, yanına geliyor. Öyle bir engel yok. Ne engel çıkıyor? Aldığınız psikiyatri uzmanının ilaç yazma yetkisi olmuyor. Şimdi Anayasa Mahkemesinin kararıyla artık bu da olası.

Ben arkadaşlarıma şiddetle öneriyorum: Özellikle hastanelerde çalışmayıp muayenehanede çalışanların toplum psikiyatrisi modellerini buldukları illerde, ilçelerde belediyelere götürüp hem bir iş gibi görmeleri, hem de muayenehanede hasta beklemek yerine toplum içine gidip bu sistemi kurmaları. Hem böyle para kazansın-

lar, hem de hizmet etsinler yörelerine.

Köksal ALPTEKİN

Ben birkaç düşüncemi söylemek istiyorum. Biraz da meydan okuma gibi olacak. Bugün birçok farklı noktada yapılanları gördük, ama iki noktada sorun gözüküyor benim açımdan: Birincisi, son yıllarda psikososyal rehabilitasyon programlarının etkisi ile ilgili, özellikle randomize çalışmalara baktıysanız eğer, aleyhinde sonuçlar var. Biz bunları burada tartışmadık. İkincisi, bu programların beşiği olan İngiltere'de bile bunlara ayrılan maliyetin düşmesi/azalması var; dünyadaki rüzgar tersine esiyor. Bizde şu an iyi bir rüzgar var, ama bir şekilde bizim bunları da göz önünde bulundurmamız gerekir. Şu bilimsel soru önemlidir: Gerçekten psikososyal rehabilitasyon programları şizofreni hastalarının iyileşmesinde, hastaların topluma yeniden kazandırılmasında bir işe yarıyor mu? Neden bu meydan okumayı yapıyorum? Bugünkü sunumlarda gördüğüm en önemli eksiklik, ne yaptığımızın ölçülmemesi. Eğer herhangi bir yerde bir program geliştiriliyorsa, ne yapıldığının ölçülmesi gerekir. Yapılan şey gerçekten hastalara, hasta yakınlarına bir farklılık kazandırıyor mu? Belki rüzgarı tersine de çevirebilir burada elde edilen sonuçlar.

İkinci dikkatimi çeken şey bugün için, iki kavramın çok karışması: Bunlardan biri, GH ya da tedavi, diğeri rehabilitasyon. Birçok rehabilitasyon üzerine çalışan sosyal hizmet uzmanının en temel söylediği 'Rehabilitasyon hastane dışında olan bir sistemdir, hastane içinde rehabilitasyon olmaz.' Bu kavramları belki kendi aramızda biraz tartışmamız uygun olur. Hastane içinde olan şey nedir? Rehabilitasyon nedir?

Alev KILIÇOĞLU

Öncelikle ben bu işe yarayıp yaramama ve bunun ölçülmesiyle ilgili konuşmak istiyorum. Ben bununla ilgili proje hazırlamaya çalışırken, bir yandan da 'Bu uygulanabilir mi? Maliyeti ne kadar olur? Gerçekten bunu önerdiğimizde yapılabilir bir şey mi?' diye araştırmak istedim. Şizofreninin ülkelere maliyetini biraz araştırdım (Çalışmaların çoğunda dolaylı etkiler çok dikkate alınmamıştı). Hasta ailesinin kaybı, hastanın işgücü kaybı gibi birçok etkinin incelenmesi gerekiyordu. Çok ciddi bir İngiliz çalışması ile birkaç çalışma daha var. Şizofreninin ülkeye doğrudan ve dolaylı maliyeti 2004 ve 2005 için İngiliz çalışmasında iki milyar pounddu, çok ciddi bir miktar onlar için. Bununla ilgili maliyet çalışmalarında kar-zarar oranlarına bakmışlar. Haklısınız, bunun %60'tan fazlasında zararlı çıkıyor;

yani zarardasınız.

İşe yerleştirme programına götürüyorsunuz, ama baktığınızda çoğu zaman ekonomik anlamda istediğiniz girdiyi sağlayamıyorsunuz. Ancak bu kar-zarar çalışmalarının hemen hemen hiç birinde dolaylı zararlar hesaplanamıyor. Bunlar hesaplanmadığı ve o zarardan o şekilde çıkarılmadığı için de sonuçlar biraz çelişkili gibi görünüyor. Şu anda işe yerleştirme programları ekonomik açıdan baktığımızda yararlı gibi görünmüyor. Ama şöyle düşündüm ben açıkçası bu projeyi hazırlarken: Biz zeka özürülere eğitim veriyoruz. Biz kanser olanları tedavi ediyoruz. Diyelim ki, bir insan kanser olduğunda bunun tedavi maliyeti çok yüksektir. Ama tedavi masrafı yüksektir diye biz o insanı atmıyoruz; 'Hayır, biz bunu tedavi etmeyelim' demiyoruz. Amacımız, onu olabildiğince çok yaşatmak, yaşam kalitesini yüksek tutmaya çalışmak. O zaman, 'Neden şizofreni hastaları için bunu yapmıyoruz?' sorumuz belki de bu noktada olmalı.

Tamam, bu çok karlı bir iş olmayabilir, ama sağlığa sadece bu açıdan bakmamak gerekiyor. Elbette para getirmeli, bu işi yapan insanlar bu işten para kazanmalı; ama hasta açısından baktığımızda ve şizofrenili bir yakınınız varsa, o kişiyle ilgili ufaklık bir gelişme bile sizin için belki de paha biçilmez değerdedir. Biz belki daha yukarıdan bakıyoruz.

Bora BAŞKAK

Ben de Köksal Hocama katılıyorum, ben de gelmeden önce birkaç tane randomize kontrollü çalışmayı gözden geçirdim. Şimdi psikososyal rehabilitasyon-iyileştirme çalışmalarının iyi geldiği şeyler var: Örneğin, yeni yetilerin öğretilmesi, depresme oranlarının düşmesi, yatışların azalması, yatış süresinin azalması gibi. Ama tüm çalışmalar sözs birliği etmiş gibi sosyal ve mesleki işlevsellikte bir iyileşme, belirgin bir destekleyici terapiyle karşılaştırıldığında faydası olmadığı yönünde çalışmalar var. Burada birincil ve ikincil gidiş ölçütleri olarak nelerin kullanıldığı önemli. Burada gün sayıları veya yeti yitimi ölçeklerinde iyileşme oranları kullanılıyor. Örneğin, Amerika'daki 2002 'Ruh Sağlığı Giderleri El Kitabına' göre, şizofreninin yıllık maliyeti 17.2 milyon \$. Bunun %70'ten çoğu dolaylı giderlerden oluşuyor. Çünkü genç nüfusu vuruyor ve iş gücü kaybına neden oluyor. Biz bunu geri kazandırabilecekseniz, bence de sonuna kadar desteklenmeli. Ama ilk başta yaptığımız iş, işe yarıyor mu, yaramıyor mu? İş bence işe yarıyor, ama bunun işe yararlılığını bir türlü ölçme-değerlendirme yöntemleriyle tam olarak göstere-

miyoruz. Siz açmasaydınız, ben bu konuyu açacaktım. Bu etkinliliğin ölçütleri yapacağımız çalışmalarda acaba neler olmalı ve nasıl değerlendirilmeli?

Köksal ALPTEKİN

Gerçekten bu çok önemli bir konu. Ölçüm araçlarımız ne ve neyi ölçeceğiz? Aslında bu şizofreni alanında güncel bir soruya da işaret ediyor. İyileşme dediğimiz nedir? İyileşme gerçekten sağlanabilir mi? Pozitif belirtilerin düzelmesinde çok fazla sorun yaşanmıyor. Ancak negatif belirtilerin düzelmesi çok kolay görünmüyor. Bu da farklı bir tartışma konusu. Ama iyileşme tanımı çok önemli.

Ayşen ESEN DANACI

Ben de tam bunu söyleyecektim. Bir işe girişiyorsunuz. İşin ekonomik boyutu bir yana, duygusal olarak bir vaatte bulunuyorsunuz insanlara, hastalara, hasta yakınlarına. Ne kadar gönüllü de olsanız, bir şekilde onların yaşamlarının içine giriyor ve bir umut veriyorsunuz. Yaptığınız işin ne kadar etkili olduğunu görmeleri bu açıdan da önemli. Bir sorumluluktur bu çünkü. En önemli sorun, değerlendirme konusunda bir anlaşma yok. O yüzden de sonuçlar birbiriyle çok çelişkili. Benim kişisel deneyimime göre, tek tek hastalara baktığımızda gerçekten çok yararlı olduğunu düşünüyorum.

Bu konuda benim kafamı en çok kurcalayan şey şu: Yeni yasal düzenlemelerde şizofreni hastaları da artık özürülü sayıldığı için bir bakım ücreti ödeme kararı alındı. Şizofreni hastasına 8 saatlik bir bakım veriyorsanız, 1 asgari ücret tutarında; 24 saat bakım veriyorsanız 2 asgari ücret tutarında devletten ödenek alabiliyorsunuz. İster bir bakım merkezinde, ister evde bakabiliyorsunuz şizofreni hastanıza. Bir şizofreni hastasının yakını 'Ben hastama bakacağım.' diyerek Milli Eğitim Müdürlüklerinin yapacağı birtakım kurslardan geçip bu belgeyi alabiliyor. Sanıyorum onunla ilgili bir düzenleme yapılacak. Belki Erhan Bey daha iyi biliyordur ve katkıda bulunur. Bu söylediğim bizim ülkemiz için çok ciddi bir miktar, bir de şizofreni hastasının daha düşük sosyoekonomik düzeyden geldiğini düşünecek olursak. İki ay önce yurt dışında bir toplantıdaydım; hekimler, hastalar ve hasta yakınları var. Biz akşam yemekte bir İngiliz Beyle karşılıklı oturduk. Onun kardeşi de vardı ve kardeşi şizofreni hastası. O Beye dedim ki, 'Ne iş yapıyorsunuz?' 'Ben bakım veriyorum' dedi. Böyle baktım, bana değişik geldi. 'Kardeşimin bakımını üstlendim.' dedi. 'Daha önce peki?' dedim.

'Daha önce de aileden 2 kişiye baktım.' dedi. Sağlıklı bir kişi olduğu halde sadece devletten aldığı bakım ödeneğiyle ömür boyu hiç çalışmamış ve sadece ailedeki 2 kişiye bakmış. Şimdi de kardeşine bakıyor. Ancak Türkiye'de bu tür bir uygulama çok kolay suistimal edilebilir gibi geliyor bana. İki şekilde: Birincisi, gerçekten bakım vermeyen ve rehabilitasyona yönelik hiçbir şey yapmayan kişiler kendilerine bir gelir sağlayabilir bu şekilde. İkincisi, bakım kurumlarıyla (daha önce zihinsel özürlerindeki örneklerinden Alev söz etti) benzer şekilde ailelerin anlaşması sonucu sadece parayı paylaşabilir ve hastalar yine hasta sürdürür. Düşünüyorum, biz bunu nasıl denetleyeceğiz, nasıl bileceğiz? 'Ben evde hastama bakacağım.' diyen kişi bakacak mı gerçekten hastasına? Bu konuda nasıl bir denetleme sistemi kurulabilir? Bunları da konuşabiliriz, diye düşünüyorum.

Melike GÜNEY

Biraz önce Köksal Beyin ve Bora'nın söylediklerine yanıt olarak bu sözü aldım. Acaba psikososyal rehabilitasyon gerekli mi, yararlı mı? Bunu nasıl ölçeceğiz? Ayrıca bunun çok da yararlı olmadığına ilişkin araştırmalar var, denildi. Ben kendi kurumumda üç tez çalışması olduğundan söz etmiştim konuşmamda. Bunlar poliklinik tedavileriyle karşılaştırıldığında gerçekten hem belirtilerde azalma, hem de işlevsellikte artma şeklinde bir üstünlük sağlamıştı. Bunlar bilimsel araştırmalardır. Acaba yurt dışındaki bu psikososyal çalışmaları değersiz gösteren bu araştırmalara şu gözle bakabilir miyiz? Biliyorsunuz, tüm dünyada psikoterapilere ödemeler kısıtlı. Çünkü psikoterapi çok masraflı bir şey ve hükümetler, sosyal kurumlar yeterli ödeme yapmamak için uğraşüyor. Psikososyal rehabilitasyon çalışmalarında da bireysel olduğu kadar, grup terapileri çok yoğun yapılıyor. Bunlar sakın ödeme zorluklarıyla, ödeme isteksizlikleriyle de ilgili olmasın? Bu konunun bu boyutunu da düşünmek gerekir.

Köksal ALPTEKİN

Bu çalışmaları finanse eden devletler ya da ilaç firmaları da değil, araştırma projelerine destek veren bağımsız kuruluşlar. Bu, psikososyal rehabilitasyon çalışmalarıyla ilgili bütün araştırmaların sonucu olumsuzdur anlamına gelmiyor. Böyle bir soru işareti var; yönemsel farklılıklar, sonucu değerlendirme gibi.

Melike GÜNEY

Bazı araştırmaları bütünüyle genelleştirmemek gerek.

Köksal ALPTEKİN

Buradan benim çıkardığım net sonuç şu: Türkiye'de bir boşluk var; hiçbir şey yok, zaten bu tartışılmaz. Bu rehabilitasyonun olmaması gerektiğini de kimse söylemiyor. Ama yapılacak birtakım uygulamalar var. Herhangi bir kişi, herhangi bir yerde, bu alanda bir şey yapmak istiyorsa, ölçümü içine katmak zorundadır. Henüz bakır bir yerde hiçbir şey yapmadan verilerini toplasın. Örneğin, o bölgedeki hastaların yatış sıklığı, yatış sayısı, yaşam kalitesi, tedaviye başvuruları, tedaviye uyum gibi verileri toplasın. Uygulama olsun, bir yıl sonra verileri tekrar değerlendirsın.

Melike GÜNEY

Araştırmalarla desteklenmelidir. Bu konuda hepimiz hemfikiriz.

Köksal ALPTEKİN

Aslında dünyada tartışma olmayan şey, hastane modeliyle toplum temelli model arasındaki seçim. Hiçbir Avrupa ülkesinde bu konu tartışılmıyor, literatürde de bu anlamda bir tartışma yok. Toplum temelli modelin artık altın standart olduğuna ilişkin bir uzlaşma var ki, ülkeler modernleştikçe sistemleri de buna dönüyor. O yüzden aslında bizim sistem arayışımızda ana hedefimiz sadece psikososyal rehabilitasyon değil. Psikososyal rehabilitasyon, toplum temelli modelin bir parçası, modüllerden biri. O nedenle esas peşinde olduğumuz modele karşı hiçbir yerde bir itiraz yok. Buna birkaç açıdan bakılabilir: Bu, hasta hakları veya insan haklarıyla ilgili temel konulara karşılık geldiği için iyi bir model. Çünkü herkes bulunduğu yerde tedavi edilme hakkına sahiptir. Bu bir insan hakları ölçütüdür. O yüzden toplum psikiyatrisinin geliştirilmesi gerekir. Maliyet açısından, toplum psikiyatrisine geçiş dönemlerinde maliyetin daha düşük olduğuna ilişkin öngörüler var. Bu türden yöntemlerde aslında tedavi etkinliğinden çok, kişinin yaşam kalitesi değişiyor.

Erhan KURT

Mehmet Ağabey söz hakkını bana verdi, Ayşen Hanımın başlattığı konuyu sürdürüyem. Aslında ben bu mevzuatla ilgili çalışmayı sadece rehabilitasyon bağlamında yapmamıştım. Ama zaman darlığı ve özellikle konumuz rehabilitasyon olduğu için onunla sınırladım. Ayşen Hanım haklı, bakımla ilgili bir modül de var. Bakım yönetmeliklerini kısaca üzerinden geçtim. Gerçekten de bir-iki yıl önce yapılan yönetmelik Ekim 2007'de

gözden geçirildi ve birtakım değişiklikler yapıldı. Çünkü önceki yönetmeliklerde en önemli maliyeti personel giderleri oluşturuyordu, halen de öyle. Yönetmelik hiçbir özel işletmecinin kar edebileceği nitelik taşımıyordu. Bir merkez açıp da oradan para kazanmak değil, tam tersine zarar etmesi söz konusu idi. Şimdi biraz düşürüldü personel istihdamı; özellikle gece ve pasif saatlerde olmak üzere birtakım düzenlemeler yaptılar. Ama ücrette bir değişiklik olmadı. Sadece özel bakım merkezleri ücretlendirildi, resmi bakım merkezleri değil. Yirmi dört saatlik bakım için iki asgari ücret, sekiz saatlik bakım için bir asgari ücret ve yakınına bakan birisi için de bir asgari ücret ödeniyor. Değişikliklerde de bir yakın, bir akraba iki tane özürliye bakabiliyor. Şimdikininki de ne kadar karlı olduğunu uygulamada göreceğiz.

İstanbul için 'sınır maliyetler' nedeniyle biraz zor görünüyor. Belki Anadolu'da ruhsal özürülüler için bakım merkezi açılacak. Ama sorun bundan daha farklı bir şey, aslında kısmen sıralamaya çalışmıştım. Birincisi, bizden, hekimlerden, sağlık kurullarından başlıyor basamak olarak, son noktaya kadar gidiyor. Bir defa biz elimizi geri çekiyoruz, hekimler ve sağlık kurumları olarak çok fazla devletçi davranıyoruz. Devleti fazla koruyoruz. Bizim hastalarımızın, hak edenlerin de hakkını pek vermiyoruz. İkincisi, verdiğiniz zaman sosyal hizmetlerde değerlendirmeye tabi tutuluyor bunlar. Kurul eve gidiyor, değerlendiriyor. Orada uzun bekleme kuyrukları var. Çoğu zaman onlar da ağır özürli mü, değil mi diye geri çekiyorlar. Buradan da geçti diyelim; bunlara hizmet verecek özel bakım merkezi yok, resmi bakım merkezlerinde zaten sıkıntı var. Bütün basamakların zincirleme sorunları var. Evde bakılabilir, diyorsunuz; ama burada da sıkıntılar var. Bütün bu basamaklardan geçtikten sonra yine değerlendirme kurulunun evde bakımı uygun görmesi gerekiyor. Evet, gerçekten de bir grup hastamız için yararlı olur. En azından hastaya bağlanıp mesaisini ona harcayan, üretkenliğe katılamayan yakınları var; annesi-babası gibi. Devletin bunları desteklemesi iyi olur.

Ayşen Hanım 'suistimal' dedi. Biz henüz o aşamaya gelmedik. Biz daha birinci basamağı geçmedik ki, suistimal olsun. Sanki herkese rapor veriliyor, herkes maaş alıyor, bakım merkezlerine yerleştiriliyor; henüz böyle bir şey yok. Bizim hastalarımız için suistimal yok. Zihinsel özürülüler için, fiziksel özürülüler için belki biraz speküle edilebilir, ama henüz o aşamaya gelmiş değiliz. Ayrıca bunun için denetleme mekanizmaları var. Doğrusu, bu iş gelişse bile mutlaka

suistimal olacaktır. Ama ne yapalım? Arada suistimal olacak diye hiç kimse hastalarımızdan bu hakkı esirgeyemez. Biz de esirgeyemeyiz, başkaları da.

SHÇEK'in denetleme mekanizması var. Hem bakım veren kişinin belli aralıklarla kuruma gidip raporlar sunması gerekiyor, hem de 6 ay aralıklarla heyetin gidip evde bizzat denetlemesi gerekiyor. Bununla ilgili bakım formları ve rehabilitasyon formları var. Bunları biraz geliştirmeye çalıştık. Sibel de o ekibin içindeydi. Söz ettiğim o deneyimsizlikleri nedeniyle ruh sağlığı ile ilgili kısmı son derece eksikti. Bunu genel müdürlüklerine de gönderdik; 'Formunuzu biraz gözden geçirdik, ruh sağlığı ile ilgili bölümü de ekledik. Bunu böyle yayınlayın.' dedik. Ama sözümlü dinlemediler maalesef, o öyle kaldı. Evet, bakım- la ilgili kısım var. Önümüze ilk geldiği dönemde de ne kadar işlevsel olduğunu göreceğiz.

Mehmet Z. SUNGUR

Ben de aslında senin getirdiğin konuyla ilgili olarak başlamak istiyorum. Nasıl geçildi bu modele? Modele geçişin iki nedeni vardı İngiltere'de: Birincisi, daha ekonomik olabileceği. Büyük akıl hastanelerinin (mental diseases) sürdürülmesi için geçerli olan paranın normalde toplum merkezli bir hizmete göre daha pahalı olduğu. Çok büyük akıl hastaneleri söz konusuysa, ama biliyorsunuz İngilizler sadece varsayım üzerine çalışmaz. Onlar görececek ve ondan sonra para yatıracak. Sağlam adımlar atmak isterler. Daha öncesinde bir İtalyan modeli var sınıfta kalan. Bir sürü insan sokaklarda öldü. Böyle bir modele geçişlerindeki ikinci gerekçe, işin ekonomisi dışında insanca yaşama hakkıyla ilgili. Kurumsallaşmış bir sürü insan ('kurumsallaşma nevrozu' denirdi) ve buralarda yaşayan şizofreni hastalarının da diğer insanlar gibi özgür, bağımsız evlerde yaşamak gibi bir hakları olduğu varsayımından yola çıkıldı. Ekonomi de işin bir parçası idi, ama öbür taraf daha önemliydi. Bu çalışmaların başladığı dönemlerde çok önemli olan ve John Reed (community modeli başlatan kişi) ile beraber çalışma şansım oldu. Gerçekten de ekonomi açısından bu işin maliyet tutarları çok uzun bir süreç aldı. Herkes inanıyordu ki, alan modeli daha ucuz bir model olacak. Çok yakınlarda bunu konuştuk Reed ile, yurt dışında bir toplantıda. 'Ne oldu sonuçlar?' diye sordum. 'Gerçekten de sandığımız kadar paralar olmadı.' dedi. Yalnız iki şeye dikkat çekmek istiyorum. Birincisi, İngiltere modeli çok iyi bir model. Örneğin, bağımlılık düzeyi çok yüksek olan hastalar önce 8-10 kişilik evlerde

kalıyor (ki, bu evlerde gene personel var), toplum psikiyatrisi hemşiresi (community psychiatric nurse) özellikle bu alanda yetişmiş, bu alanda eğitilmiş kişiler de evin içinde onlarla beraber yaşıyor.

Düşünün, hastanede olmak yerine bu evin içinde oluyorlar ve herkesin bir odası var. Biliyorsunuz, İngiltere’de insanlar bir evde bir kişi yaşamıyor; 2, 3, 5 kişi odaları kiriliyor. Burada da hastaları oraya koyuyorlar, alan psikiyatrisinde çalışan, bu alanda eğitilmiş hemşireler de onlarla beraber kalıyor. Sonra o insanların bağımsızlık düzeylerinin artırılmasına yönelik bir çaba var. Bağımsızlık düzeyleri arttıkça 8 numaralı en bağımlı evden 7 numaralı eve, sonra 6 numaralı eve şeklinde harika bir geçiş modeli var. Düşünün ki, bunların hepsi için evler tutuluyor, başka şeyler yapılıyor, ciddi bir yatırım var. Tabii, onların yaptıkları bu yatırımın içinde maliyet oldukça yüksek. Zaten bizde ev bulmak, evlere yerleştirmek, evin içinde bir hemşire; şimdilik hayal gibi durmakta. Umarız ileride onlar da olur. Bunlar belki olması gereken şeyler ama bizde nasıl olsa aileler var, güçlü aile bağları var. Ailelerin demans hastasını bile kurumlara vermek istemedikleri bir sistemde yaşıyoruz. Bizim kültürümüzün özelliklerinin de getirebileceği bazı olumlu yanlar var. Böyle bakıldığı zaman maliyetleri artıran kısmı bu.

Öte yandan iki şeyi birbirine karıştırmamak gerekli: Maliyet sorunu ayrı bir konu, etkililik ayrı bir konu. İki noktaya bakılmalı: Birincisi, gerçekten maliyet kısmını hesaplamadan hiçbir şey olmaz; tamamen katılıyorum sana. Konuşmasının sonunda galiba Bülent Bey de aynı şeyi söyledi. Kendi konuşmamda da söyledim. Maliyet/etkinlik gösterilmeden yatırım yapılmaz. Sadece insanlık adına yapılacak yatırımlar yine insanlığı önemseyen politikalar içinde ele alınır. Sonra daha az önemseyen bir politika gelir, gene yok olur. Dolayısıyla o da gene gönüllü konusuna giriyor. Gönüllülükten çıkarıp ‘ekonomik olarak bu sistem diğerinden en azından daha pahalı değil’i gösterecek birtakım şeylerin yapılması gerekli. Bunu bakanlık mı, yoksa Medaim’in söylediği gibi belediyeler mi yapar? Ama böyle bir şey mutlaka yapılmalı. İkincisi, randomize kontrollü çalışmalarla ilgili bir özelliği de unutmayalım. Randomize kontrollü çalışmaların hasta grubuyla diğer hasta grubu aynı değil. Randomize kontrollü çalışmalara gelen hastalar, böyle bir çalışmanın içinde yer alan hastalarla toplumda yaşayan hastaların benzer olduklarını söylemek de her zaman doğru olmayabilir. İki grup arasında farklılıklar var. Bu taraf da göz ardı ediliyor. Randomize kontrollü çalış-

malarda bir başka özellik de, daha çok modelin kendisinin ekonomisi üzerine bakılırken (işlevselliği, faydaları gibi), bir yandan da eğitim çok önemli.

Anksiyete bozukluklarında center of excellence dedikleri mükemmellik örnekleri sergileyen merkezler var. OKB gerçekten tedavi edilmesi gerekiyor mu bakıldığında? Ciddi şekilde incelendiğinde OKB hastalarının sadece %16’sı bizim istediğimiz şekilde (bilişsel davranışçı terapiler+ilaç, neyse ölçütleri) ona göre tedavi edildiğini görüyoruz. Center of excellence’da Excellent olma oranı %16. Dolayısıyla böyle baktığımızda işlevselliğin artmasıyla belirtilerdeki iyileşme arasında her zaman bire bir bir bağ yok. Evet, belirtilerde iyileşme oluyor ama işlevsellik başka şeyleri gerektiriyor. Diyelim ki, böyle bir sisteme geçildi. Kaç kişi sosyal beceri eğitimi yapmaya, kaç kişi bir şan becerileri eğitimi yapmaya, kaç kişi iletişim becerileri eğitimi yapmaya hazır bir eğitimi almış olarak orada durmakta? Dolayısıyla bir yandan da eğitimle ilgili açığı ortaya koymalıyız. Biz kendi aramızda iletişim kurmayı beceremiyoruz daha. Hastalarımıza, hem de şizofreni hastalarımıza iletişimi öğreteceğiz. Bu alanda da eğitim açığı çok net olarak ortada duruyor.

Ölçüm olmadan hiçbir şey olmaz, tamamen katılıyorum. Bu ölçmenin mutlaka yapılması gerekli hem maliyet, hem etkinlik, hem de işlevsellik açısından. Belirtilerin sadece yok olması değil tabii ki. Bakıyorsunuz belirtilerin büyük bir kısmı, %80’i yok olmuş, artık tanı ölçütlerini karşılamıyor. Ama geride kalan o %10’luk belirti, öylesine bir belirti ki hastanın işlevselliğini, yaşam kalitesini son derece düşürebiliyor.

Biliyorsunuz, tedavilerimizde halen dikkat, konsantrasyon gibi alanlarda eksiklerimiz çok, terapilerimiz henüz istediğimiz düzeye gelmiş değil. Bunun içine bilişsel davranış terapiler de, ilaçlar da giriyor; ama bu alanda da gelişmeler var. Dolayısıyla böyle bir sistemin sınıfta kalması, amacına ulaşması için bir taraftan da eğitimin sürmesinin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Yine bu şekilde birtakım terapistler yetiştirmek için her yönünü etkileyecek.

Bir model daha var. Toplum modeli ile büyük akıl hastaneleri modeli arasında ‘Arı kovani’ dedikleri bir model; benim aklıma yatan bir model o. Bizim ülkemiz için de olabilir. Genel alanları var, belli bir nüfus, o nüfusa hizmet eden ekipler. Bu ekipler o gruptan, o nüfustan sorumlu. Bir key-worker var orada; seçilen hastayla kim çalışacak, en çok kim yararlı olabilir? Beehive-arı kovani modeli. Arılar, orada çalışan

kişiler, oradan alınan bilginin tekrar merkeze getirilip merkez içinde konuşulmasıysa kovan. Dolayısıyla arılar ve kovan sürekli dışarıyla içeri arasında çalışan bir model. Bu modelin bizim için çok daha anlamlı olabileceğine inanıyorum. Doğrudan toplum merkezli programlara geçiş için bunu yapmaya biraz daha hazırız.

Burada yinelemek istiyorum. Birincisi, gönüllü temelinde bu işin yürüyebileceğine inanış, 20 yıl önce de vardı, 10 yıl önce de vardı, bugün de var; on yıl sonra da var olacak ve bir inanış orada duracak. Bunun mutlaka gönüllülük temelinden çıkarılması. İkincisi, gönüllülük temelinden çıkarılabilmesi için çalışmalar yapılması, etkinliğinin gösterilmesi, maliyetlerin çok yüksek olmadığı anlatılması. Maliyet hesaplarını yapmak çok zor. Neyi ne kadar ölçtüğümüz ayrı bir konu. Dolayısıyla o maliyet hesaplarının çok iyi yapılması gerekli. Eğitim boyutunu özellikle belirtmek istiyorum. Köksal ikisini getirdin, ama eğitim boyutu da bence üçüncü ve en önemli boyut olarak duruyor. O üçüncü boyut olmadan bu yapılan işler belki de gereksiz bir para harcaması gibi gözükabilir. Onun için eğitim boyutunu da aynı şekilde ele almalıyız.

Köksal ALPTEKİN

'Psikiyatri ekip çalışmaları' diyebiliriz. Hemşiresi, psikoloğu, sosyal hizmet uzmanı. Çünkü psikiyatrist üzerine dayanan bir model değildir.

Mehmet Z. SUNGUR

Eğitimi onun için söylüyorum. Siz ekibi eğiteceksiniz, ondan sonra hemşiresiyle, terapistiyle bir terapi birliği oluşacak. Oradaki insanlar benzer şeyleri yapacak, bir standart olacak. Oraya Ahmet'in gitmesiyle Mehmet'in gitmesi arasında hasta adına bir dezavantaj oluşmayacak bir sistemin oluşturulması gerekli. Aksi takdirde bazı hastalar daha bilgili birinden yararlanırken, öbürleri daha şanssız olabilir. Böyle baktığımızda gerçekten eğitimin o kitle içinde yaygınlaştırılması, eğitilmesi, eğitimlerin standardize edilmesi gibi kavramların da beraber alınması gerekli. Teşekkür ederim.

Almila EROL

Ölçümün önemi vurgulandı, ben o yüzden bizim hastanemizde yaptığımız bir çalışmadan söz etmek istiyorum. Ben İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışıyorum. Sosyal işlevselliği ne öngörüyor diye baktık. Birçok parametreyi değerlendirmeye aldık. Bilişsel işlevler, emosyonların tanınması, negatif belirti-

ler, pozitif belirtiler, depresyon gibi. Çalışmamızda en çok negatif belirtileri öngördüğünü bulduk. Bu literatürle de uyumlu, ama literatürde hepsini birden göz önüne alan bir çalışmaya rastlamadım. Genelde karşılaştırmalı çalışmalar var. Pozitif belirtiler mi daha çok öngörüyor, negatif belirtiler mi gibi desenler ve hep negatif belirtiler öne çıkıyor. Şunu aklıma getiriyor bu: Kaçımız burada negatif belirtiler için şizofreni hastasını yatırıyoruz? Yatış endikasyonumuz hep pozitif belirtiler üzerine kurulu. Bu anlamda bence eğer işlevselliği artırmaktan söz ediyorsak, gerçekten de GH ve rehabilitasyon programları hastanın topluma kazandırılmasında çok önem kazanıyor. GH ve rehabilitasyonun ayrılması gerektiğine ben de katılıyorum. İkisi çok farklı şeyler. Tabii, GH ruh sağlığı çalışanlarıncaya yönlendirilecek programlar içerecek, ama rehabilitasyon çalışmalarında bu anlamda her şeye psikiyatristler el atıyor gibi, mecburen boşluk doldurmaya çalışıyoruz. Ayşen Hanım, Medaim Bey, Alev Hanım vurguladı, rehabilitasyon çalışmalarının gerçekten aile hekimleri, dernekler gibi toplumun başka alanlarına yayılması gerektiği kanısındayım.

Rehabilitasyonun ekonomiye etkisi ne? Yatırarak hasta tedavi etmek daha pahalı, ayaktan tedavi etmek daha ucuz olabilir; ama sırf böyle de bakmamak gerekli. Hangisi hastayı tedavi ediyor? Tabii ekonomi deyince hastanın gerçekten işlevselliği, topluma geri kazandırılması, o hastanın bir şekilde geçimini kısmen ya da tamamen sağlayabileceği bir iş kazandırılması da işlevselliğin içinde; kendi bakımını yapması, bir başkasının bakımına muhtaç olmaması bile aslında ekonomik olarak maliyeti düşürür. Bu anlamda ben çok okuyamadım. Maliyet çalışmalarında bunlar da göz önüne alınıyor mu acaba? Benim bir fikrim yok. Ama herhalde alınması gerekiyor. Teşekkürler.

İsmet KIRPINAR

Çok önemli konulara, çok değerli konulara değinilmekte. Farklı farklı görüşler gündeme geliyor. Yalnız bir başka gerçek var. Erzurum'dan gelmiş olmasak bile, belli bir saatte belli şeyleri toparlamak gerekiyor herhalde. Gündemi bu anlamda biraz belirlese, daha net görüşler bildirsek. Bir de yaklaşık kaçta bitireceğimiz hakkında bir değerlendirme yapsak.

Köksal ALPTEKİN

O konu da girişte söylenmişti. Mustafa Beyle görüştük, 1.5 saat olarak planlandı; 17.30 gibi

bitecek. Ama gidenler yola çıkabilir, zamanı olanlar kalıp bu toplantıyı sürdürebilir. Bunun dışında gündeme eklemek istediğiniz bir şey var mı? Başka sorular var, ama o soruları sonraya eklemiştım. Gitmeden önce bir şeyler söylemek isteyenlere daha öncelik verebiliriz. Kim gidecek 17.30'a kadar? Çoğunluk gidiyor.

Zehra ARIKAN

Konu kronik hastaların üzerinde döndü dolaştı, şizofreniye geldi galiba. Bağımlılıkla düşündüğüm zaman benim işim daha kolay. Birincisi, önlenabilir bir hastalık. Koruma, önlemeye ağırlık verecek olursanız, hastalık daha azalacak demektir. İkincisi, gerçekten hastalığı durdurduğunuzda, remisyona girdiğinde hastaların işlevselliikleri oldukça geri dönüyor. Sadece hastayı düşünmeyip aileyi de, kayıplarını da düşünecek olursak, inanılmaz karlı bir şey o bakımdan. Üçüncüsü, bağımlılık çalışanları olarak rehabilitasyon programlarını çok hızlı yapmak zorundayız. Madde bağımlılık merkezlerinin de çalışma yönergesinin içinde bu rehabilitasyon programları var. Rehabilitasyon programları yapmayacak olursak, sürdürme tedavilerini yapamayız. Bu da zarar azaltmaya girdiği için, biz bir an önce başlamak zorundayız. Gerçekten şizofreninin ortaya çıkışını engelleyemeyebilirsiniz, ama bağımlılığı engelleyebilirsiniz. Onunla ilgili Bağımlılık Derneğinin çalışmaları var. Büyük olasılıkla dernekdeki bağımlılık çalışma birimiyle de bu yönde ilişki kuruyor. Biz 'cost-effective' midir, değil midir; oradan çıktık zaten. Kesin olarak yapmalıyız, ama bunu da belirlememiz gerekiyor. Gerçekten Mustafa çok teşekkür ederim. Çünkü rehabilitasyonu konuşabileceğimiz bir yer oldu burası. Biz Bağımlılık Kongresinin dışında pek konuşamıyorduk bu konuları.

Aslıhan YAPICI

Ben AMATEM sorumlusuyum. Sizlere göre daha yolun başındayım. Benim kendimi çaresiz hissettiğim bir konu: Üç-dört hastam var ayıklığı süren. Biri opiyat bağımlısı, ama 8 aydır kullanmıyor. Fakat iş bulamıyor ve hiçbir sosyal desteği de yok, ailesi de yok. Sosyal hizmet uzmanımız iş seçenekleri önerdi. Genelde damgalamaya bağlı olarak pek sonuç alınamadı. Şimdilik kısa dönemde bulduğumuz çözüm, çok sıkıştıklarında onları tekrar yatırmak şeklinde. Bu konuda bir öneriz varsa almak isterim. Benim aklıma geleni zaten sizler de genelde söylediniz, belediyeler, hatta mahalle muhtarları devreye girebilir diye. Benim böyle bir hayalim de var bu konuda. Teşekkürler.

Kenan TEMİZ

Ben Malatya'dan Süheyla Hocanın temsilcisi olarak geldim. Biz kliniğimizde hastaları GH şeklinde alıyoruz. Karışık bir servisimiz var, GH şeklinde de kullanıyoruz, çok faydalı oluyor. Uğraş terapisi yapıyoruz, grup terapimiz var. Gündüz kliniği gibi bir yer istedik ama üniversitenin rektörlüğü bize vermedi. Buradan çok yararlandım. Herkese çok teşekkür ediyorum.

Köksal ALPTEKİN

Teşekkürler. Derya Hanım, özellikle İngiltere modelini de bilen biri olarak neler söylemek istersiniz?

Derya İrem AKBIYIK

Giderayak çok fazla şey söyleyemeyeceğim. Aslında pek çok şey var burada not aldığım ve konuşmak için planladığım, ama zaman daraldı gerçekten. İngiltere modelinde ben de size katılıyorum. İngiltere bu konuda şimdiki halden çok da memnun değil. Çok ciddi bir ekonomik sıkıntı çekiyorlar. Bu toplum ruh sağlığı merkezlerini korumak için de birçok başka yol arayışına girmiş durumdalar. Biz yeni baştan aynı şeyi kurarsak, o sıkıntıları çok daha erken yaşayacağız diye düşünüyorum. Onun için belki adımlarımızı onların şimdiki sıkıntılarında da ders alarak atmamız. Bir bağlantı, Ayşen Hanımın hasta yakınlarına para verilmesiyle ilgili sözü de bu adımlardan biri bence. Benim Almanya'da böyle bir deneyimim olmuştu: Bir Türk aileyle görüşme yaparken kocanın hasta olan eşine bakması nedeniyle ona para ödendiği ve bu işte çalıştığını öğrendim. Türk aileyle ben görüşüyorum. Bundan para kazanan eşin benimle konuşurken çok ciddi sıkıntı yaşadığını fark ettim. Çünkü kontrol ediliyor hissine kapıldı. Yemin billah 'Ben vallahi sabah 8'de kalkıyorum, her şeyini yapıyorum.' dedi. Orada aile ilişkileri bizim hiç alışık olmadığımız bir Alman modeline ve bir alışverişe dönmüştü artık. Onun için belki bu tür adımları atarken bizim kültürümüze özel, sonradan sıkıntı yaşayacağımız konuları da dikkate almalıyız diye düşüncelerimin bir parçasını söyleyebilirim.

Mehtap ARSLAN

Bakırköy'de geçici görevle bulunuyorum, bir süre sonra İstanbul Büyükşehir Belediyesi Darülaceze Kurumuna tam zamanlı olarak başlayacağım. Darülacezenin içinde çok kısa bir süre sonra 200 yataklı bir şizofreni bakım merkezi hizmete girecek. Sayın Sungur vurguladı, çok

haklı gerçekten; eğitilmiş hiç elemanım yok. hemşireleri, başla' şeklinde bir yaklaşımı var. 'Kime yetecek, nasıl olacak?' dediğimde, 'sen' şeklinde bir ifadesi var. Bir eğitim kurumu ya da bilişsel davranışçı eğitim gibi bir kurs düşünemez misiniz? Bu işle uğraşan eğitim görevlileri olarak daha sistemli eğitim verebilecek böyle bir şey aklınızdan geçmiyor mu? En azından şimdilik adı 'kurs' olabilir. Böyle bir şeyin de altyapısını burada konuşabilirsek, böyle bir söz alabilirsem sizden, gerçekten faydalanmış olacağım.

Alev KILIÇOĞLU

Ben sunum yaparken bununla ilgili bir çalışma hazırladığımızdan söz etmiştim. Kütahya'da Valilikle birlikte çalışıyoruz. Orada Avrupa Birliği birimi var. Onlar da 'Leonardo' dedikleri bir sistemle insanları gönderip, Avrupa'dan eğitimlerini alıp gelebileceğimizi söylediler. Bu şekilde bu kişilere sertifika vererek Türkiye için yetiştirebileceğini düşündüm. Ama asıl sorunlarımızdan biri, bu insanları nereye yerleştireceğiz, nasıl kadro vereceğiz? Başhekimimizle konuştum. Şu anda yeni tıp fakültesi olduk, kadrolarımız gelecek. Onlardan bir kaçını bana ayırmasını istedim. O insanları istihdam konusunda bazı sorunlarımız var, ama bunların da aşılabileceğini düşünüyorum. Bu konuda ben Kütahya'da bir şeyler yapmak istiyorum. Ama bunun daha yaygınlaşabilmesi için ortaklara da gereksinme olduğunu düşünüyorum. Bu üniversiteler, eğitim hastaneleri olabilir. Bu, insanların çalışabilecek ve sertifikalandırıp insan eğitebileceği birimler olabilir. Bu konuda birlikte çalışmak isteyen birimler var mı, bu konuda birlikte neler yapabiliriz? Bunu sormak istiyorum. Çünkü Şubat'ın ortalarında bu projenin süresi bitecek. O zamana dek bu konuda istekli kişiler olursa, birlikte bir şeyler yapabiliriz diye düşünüyorum.

Hülya ENSARI

Maliyet hesabı konusunda bir-iki şey söylemek istiyorum. Ben bunun çok da kısa süreli, hemen değerlendirilebilecek bir konu olmadığını düşünüyorum. Uzun vadede psikososyal destekle tedavi sürdürüldüğünde en önemli kazanç hastalıkların alevli dönemlerinin ve depresmelerinin azalması, buna bağlı olarak hastanede yatış oranlarının düşmesi olacaktır. Bütün dünyanın da bu sisteme geçmesinin altında yatan neden buydu. O bütün büyük kapasiteli akıl hastaneleri tüm Avrupa'da küçülmüş. Şu anda 100-150 yatak, en çok 200 yatak üzerinde ruh sağlığı hastanesi yok. Buna paralel gelişen bir şey olduğunu düşünüyorum. Bizde ise, büyük dev hastaneler var ve bu tür sistemle desteklen-

Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9(suppl.1):69-91

Kurumun müdürü, yöneticisinin bana 'al hemşiremediği için ben depreşmelerin, hastane yatışlarının çok olduğunu düşünüyorum.

Köksal ALPTEKİN

Teşekkürler. Bülent Bey, gitmeden bir şey söylemek ister misiniz?

Bülent COŞKUN

Konuşmamın sonuna doğru söylemek istediğim en önemli şeyleri vurgulamıştım. Bunun bütüncül yaklaşımın bir parçası olduğu birçok kez vurgulandı. Bir de disiplinler arası, sektörler arası işbirliği dediğimiz şeye orada yer verebilir. Bu sağlık bakanlığının çalışmaları için de, gönüllü çalışmalar için de çok önemli. Rehabilitasyon dediğimizde sadece belediyeler değil, sektör olarak, eğitim sektörü, güvenlik sektörü. İl Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğünde geçen günlerde yaptığımız toplantıda emniyet görevlileriyle ilgili sıkıntılar gündeme gelmişti. Diğer disiplinler dediğimizde psikolog arkadaşlar, sosyal çalışmacı arkadaşlar. Bunun tabii ki TPD'nin bir alt biriminin toplantısı olduğunu da akılda tutabiliriz. Herkese çok teşekkürler.

Köksal ALPTEKİN

Ben bu söylediğimizin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Rehabilitasyonda ekip çok önemliyse, bu ekip içinde bizim diğer alanlarla köprü olabilecek kişilere gereksinmemiz var. Hemşirelerimiz var burada, ama gene de bu oranı artırmamız, daha temel çekirdek olacak kişileri bu toplantılara getirmek de çok önemli.

Sibel COŞKUN

Biz geçen yıl gruplar başlamadan önce hastalara 10 kadar ölçek verdik, grup sonunda aynı ölçeklerle bunları karşılaştırdık. Bireysel danışmanlık sisteminin başlamasından önce de birtakım ölçeklerle değerlendirme yaptıktan sonra bunları yineleyeceğiz. Ama bunların hiç birinin kontrol grubu olmayacak. Muhtemelen bunları bu yıl olmasa bile, gelecek yıla yayın olarak yetiştirmeye çalışacağız. Şu anda günde yaklaşık 100 kadar hasta sirkülasyonu arasında bir yandan da bunları yapmak gerçekten zor oluyor.

Köksal ALPTEKİN

Kontrol grubu için genel verileri kullanabilirsiniz. Örneğin, genel psikiyatri hastalarını.

Sibel COŞKUN

Öyle yapacağız, ama kontrollü çalışmalar olma-

yacak bunlar. Maliyetle ilgili Medaim Beyle de paylaştığım bir şey var. Kabaca bir hesap çıkardık, her gün bizim GH'ne gelen bir hastanın maliyeti yıllık beş bin YTL kadar. Hastanın hastanede ortalama bir ay yatışı, bin YTL'yi geçmiyor; bizim yatış ücretlerimiz çok düşük. Ayaktan GH maliyetleri karşılaştırılırsa, yıllık 3 yatışın bile üstüne çıkıyor ki, bu hastaların bir kısmı zaten bakım ücreti alıyor. Yıllık belki beş bin YTL'nin üzerinde de oradan bir maliyetleri var. Maliyet hesapları yapıldığında benim de kaygılarım var bu konuda.

Köksal ALPTEKİN

Çınar Beyin Bülent Beye kısa bir sözü varmış.

Çınar YENİLMEZ

Kamerayı alırken beni cesaretlendirdiğinizi söylemiştim, deneyim paylaşımı açısından. Bazı deneyimlerimiz oldu. Ben bu toplantıda şunu gördüm: Herkes burada gönüllülük temelinde çalışıyor ve çok yapılandırılmış bir şey yok. İlk kez böyle kapsamlı bir rehabilitasyon çalışması için gönül veren insanların bir arada bulunduğunu gördüm. Biz de Eskişehir'i küçük ölçekli Bolu gibi düşündük, bazı uygulamalar başlattık bilgi birikimlerimiz çerçevesinde. Örneğin, 1996'da hastaların evinde enjeksiyonlarının yapılması projesini başlattık sağlık müdürlüğüyle işbirliği içinde, devlet hastanesi, sigorta hastanesi. Eskişehir Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şubesiyle tedavisinde sorun yaşanan hastaların ev ziyaretleri ve iğnelerinin yapılması şeklinde; geçen yıla kadar sürdü, ciddi bir sorun çıkmadı. Aile hekimliği sisteminde bunu tam yerleştiremedik. Daha sonra 1998'de Küçük Ev uygulamasını başlattık. Aslında bu gündüz evlerinin bir aşamasıydı. Gerçi Sungur Hocam gidiyor, ama 'küçük güzeldir' diyor. Hala ismi Küçük Ev. Sabah da Mustafa Bey söylemişti, 'Büyütemediniz hala, bir GH'ne çeviremediniz.' diye. Ama bu konuşulanları duyunca gerçekten zorlukları gördük. Örneğin Kocaeli'de, Antalya'da, Bolu'da daha çok kurumsal destekler var; ama bu kurumsal destekler hızlı bir şekilde tükeniyor. Gönüllülük de bir yere kadar. Bizim üniversitede Psikososyal Dayanışma Kulübü adında öğrencilerden oluşturduğumuz bir kulübümüz var. Yaklaşık 5-6 yıldır onların sayesinde bazı uygulamaları sürdürülebiliyoruz. Daha çok grup toplantıları yapılıyor 15 günde ya da ayda bir. Yaz aylarında daha sık oluyor ve en çok da bilgilendirmeye dayanıyor. Tabii her şey maliyet, ekonomi ama bir tarafta da hastalarımızın yaşam kalitesi var. Biz yaklaşık 8 yıldır bu uygulamayı sürdürüyoruz. Örneğin, dün gelmeden önce

yaklaşık 60'a yakın hasta ve hasta ailesi ile karda sucuk partisi yaptık. Onların gözündeki ışıltı ya da söylemiş olduğu sözler unutulmuyor. Dört yıldır gezilerimiz var. Sinema, tiyatro götserileri oluyor onlara özel. Her yıl özellikle Dünya Tiyatrolar Günü'nde tiyatroyu kapatıyoruz belediyenin desteğiyle. Bunlar yaşamlarında ilk kez tiyatroya giden insanlar olabiliyor; ya da Akıl Oyunlarını birlikte izleyip onun üzerinde yorumlar, tartışmalar yapılabiliyor. Bunlar maliyeti ölçülecek şeyler değil. Ben şunu anladım: Gerçekten de bu konuda ciddi çabalar var, ama sadece gönüllülükle kesinlikle olası değil.

Avrupa Birliğiyle ilgili bir projeye giriştik. GH projesi için yaklaşık 600-700 bin € destek için onay almıştık. Fakat orada da kişilere bağlı olduğumuz için Norveç Büyükelçisi ile Eskişehir'deki milletvekili adayı bir kişinin gazabına uğradık. Gerçekten projelere onay veriyorlar. Özellikle belediye işin içinde olacak, bir dernek, sivil toplum örgütü işin içinde olacak.

Benim önerim şu olacak, Alev'in de böyle ortak bir proje önerisi var. Acaba Türkiye Psikiyatri Derneği bu projeleri yapılandırıp kişilere bağlı olmadan onlardan destek alabilir mi? Proje üreten merkezlerle işbirliği içinde bu işe gönüllü olan şehirler varsa. Örneğin, Türkiye Psikiyatri Derneği bir dernek şubesi için ödenek ayırabiliyor. Geçen genel kuruldaydım, ciddi miktarda parası var. Burası da onun bir çalışma birimi olduğuna göre onların desteği Medaim Beyin Bakanlıkta olması nedeniyle daha yapılandırılmış, kişilere bağlı olmayan, eğitimi de ön planda tutan projeler yaşama geçirilebilir mi? Teşekkür ediyorum.

Sibel COŞKUN

Ben bir şey daha ekleyecektim. Eğitim gerçekten çok önemli ve hemşire grubu açısından da toplum ruh sağlığı ve rehabilitasyon kilit nokta. Yeni gelişmeler var. Bu anlamda biraz bilgilendirmek istiyorum. Psikiyatri Hemşireleri Derneği artık Türk Psikiyatri Hemşireleri Derneği oldu. Yakın zamanda bir çalışma grubunun çalışmasıyla psikiyatri hemşireliği de alt dallara ayrıldı; rehabilitasyon hemşireliği, toplum ruh sağlığı hemşireliği, geriatri hemşireliği gibi. Bunların görev tanımları planlandı, bakanlığa sunuldu. Kabul edilirse, onlarla ilgili branşlaşma eğitimleri başlayacak. Bu eğitimler muhtemelen önümüzdeki yıl şekillenecek ve sonraki yıl uygulanmaya başlayacak. Alandaki arka-dışlarımızın bu bilgi açığını iki yılda büyük oranda tamamlamaya çalışacağız. Bu iyi bir gelişme.

Sezgin ERDİMAN

Bakırköy psikiyatri asistanıyım, 2.5 yıldır. Yaklaşık 2 yıldır rehabilitasyon merkezinde gönüllü olarak çalışıyorum. Bu konuda bilgisi ve deneyimi olan hocalarımla bu konuyu öğrenme ve daha geniş açıdan bakabilme fırsatı bulduğum için kendimi çok şanslı hissediyorum. Bakırköy olarak çok geniş bir kitlemiz var. Yaklaşık 150-170 civarında psikiyatri asistanı var. Genel gidiş toplum temelli psikiyatri anlayışına doğruyken ve hepimizin ortalama 2-3 yıl sonra Türkiye'nin değişik yerlerinde göreve başlayacağı düşünülürse, düşünülen bu sistemin yaygınlaştırılması açısından asistanlar bu konuda oldukça etkili olabilir. Benim gibi gönüllü olarak çalışan, yoğun mesai harcayan bildiğim en az 2-3 arkadaşım var; ilgili olan kişiler de var. Ancak yeterli yönlendirme olmadığından ya da yeterli yer olmadığından işin içine çok fazla giremiyorlar.

Köksal ALPTEKİN

Size bir sır vereyim. Öğretim üyesi olarak bizler de bu konuyu bilmiyoruz. Çünkü bizim aldığımız eğitimin içinde de 'toplum temelli rehabilitasyon, psikiyatrik rehabilitasyon nedir?' diye bir eğitim yok. O nedenle eğitim belki bu alandaki en önemli eksikliklerden biri. Belki bu yönde bir hafta sonu çalıştayı düzenleyebiliriz. Yurt dışında bu konunun uzmanlarını davet edebiliriz. Böyle bir organizasyona şiddetle gereksinim var, öyle gözüküyor. Son derece haklısınız.

Tülay YILMAZ ATIŞ

On dört yıllık hemşireyim. Bakırköy'de yeni başladım. Tanımak amacıyla katıldım. Kocaeli Plastik Sanatlar Bölümü Resim Anabilim Dalını bitirdim. Aslında kendi alanımda çalışmayı planlıyordum, bu tür çalışmalar olduğunu bilmiyordum. Psikiyatrist bir arkadaşım önermişti, O da Kocaeli'de. Bakırköy'ün bu alanda daha iyi olduğunu düşündüm. Fakat benim hastalara bakış açım çok farklı, hep reanimasyon ve acil kliniklerinde çalıştım. Hasta anlayışım onlardan geliyor. D3 kronik serviste çalıştım bir ay. Yaklaşımım hiç hasta gibi olmadı; bana çocuk gibi, daha renkli insanlar gibi geliyor. Bir de sanat açısından baktığım zaman çok değerli geliyor bu hastalar. Örneğin, 'bilinçsizlik düzeyine varabilme, bu düzeye varıp resim yapabilme' diye bir çalışmamız vardı. Çocuk resimleri inceleniyordu, akıl hastalarının resimleri inceleniyordu. Acaba bu düzeye inip yapabilir miyiz? Bu kadar iyi olabilir miyiz? Çünkü en iyi resimler onlarındır. Tabii çok farklı bakış açılarımız var. Ama tanımak iyi oldu.

Buket CİNEMRE

Ben son olarak şunu söylemek istiyorum. Ben deneyimimde gördüm ki, bu iş, para işi. Ne kadar paranız varsa, hastalar için o kadar kaliteli bir hizmet üretmeye başlıyorsunuz. Onun için de finansal kaynak bulmak gerekiyor. Ama burada çok önemli bir etken var. Finansal anlamda ortaklık yaptığınız insanların hızı, vizyonu sizi çok etkiliyor. Yapmak istediğiniz şey çok farklı bir şey. Birden ortaklık kurduğunuz insanların hızıyla gitmeye başlıyorsunuz ya da onların izin verdiği ölçüde bir şeyleri yapmaya başlıyorsunuz. Burada en iyi seçenek, Avrupa Birliği gibi görünüyor. Fakat Avrupa Birliği'yle ilgili bir şey yapmaya kalktığınızda da böyle projeleri hazırlamak çok teknik bir iş. Bana çok uzak geliyor. Biraz önce doktor beyin söylediği bu muydur, bilmiyorum. Türkiye'de Avrupa Birliği projesi hazırlamak için profesyonel insanlar var. Belki bizim buradaki Psikiyatrik Rehabilitasyon Çalışma Birimi olarak da böyle bir hizmet sağlanabilirse, gerçekten çok hızlı bir şekilde proje üretebilir. Çünkü Avrupa Birliği projesi çıkarmak bir dert değil sadece. Onun izleminde de çok sayıda rapor yazmanız gerekiyor, en ufak bir değişiklikte bildirmeniz gerekiyor. Bu bir sekreteryaya işi, bir tek proje yürütücüsünün yapacağı bir şey değil. Teşekkür ediyorum.

Bora BAŞKAK

Buket Hanıma kesinlikle katılıyorum bu para işi konusunda. Bizim 1.5 yıl önce Ankara'da GH, Ankara Üniversitesi'nin psikoz servisleri, Hacettepe Onkoloji Hastanesi ve Numune Hastanesi'nin ortak, çok merkezli, aynı zamanda dernekle de eşgüdüm içinde bir proje önerisi oldu bakanlığa. Bakanlığın proje denetleme komisyondan bize yardımcı olması için 3 kişi verildi. Beraberce 6-8 ay kadar bir süre çalışarak teknik şartnameler hazırlandı, catering firmalarıyla anlaşıldı. Şizofreni hastalarına yönelik bu projeye göre, eğitilmiş psikoloji doktora öğrencileri belli aralıklarla evde hasta görecekerdi. Aynı zamanda bir sigarayı bırakma programı, bir diyet programı, bir egzersiz programı, metabolik değerler, laboratuvar değerleri değerlendirilecekti. Bunların hepsini kapsayan bir projeydi bu. Son aşamaya kadar gelindi, fakat bakanlıkta şöyle bir 'disassociation' gözleniyor. İş yapan insanlarla parayı veren insanlar vizyon bakımından (Buket Hanımın biraz önce söylediği gibi) çok farklı durumdadır. Biz parayı alacağımız ve projeye başlayacağımız noktada denildi ki, 'Siz kendi olanaklarınızla projeye başlayın. Parayı ancak proje bittiği zaman alabilirsiniz.' Sanki ben

evimin mutfağını yaptırıyorum. Bir inşaat firmasıyla iş yapmış gibi iş yapıyorlar. Bunun için birçok insan emek harcadı, ama sonunda hiçbir şey elde edilemedi. Bu tür durumlar için gelecekte de karşılaşıldığında bir öneriniz olabilir mi? Teşekkür ederim.

Ayşen ESEN DANACI

Bir kere Bolu'yu çok kıskandım. Ne kadar şanslısınız. Bizim çalmadığımız belediye başkanı kapısı, gitmediğimiz vali, görüşmediğimiz başkan kalmadı. Grup sırrı kalsın diye söyleyeyim. (Falanın) kızı benim hastamdır. Adam diyor ki, 'Aman beni karıştırmayın bu işlere, adım duyulmasın.' O kadar şanslı gitmiyor her şey gerçekten. Çok şanslısınız, kıymetini bilin bu şansınızın. Bu Avrupa Projeleri için biz de girişimlerde bulunuyoruz. Geçenlerde bir beyle konuştum. Bugüne kadar 5 projesi onaylanmış ve gençlikle ilgili imiş. Gençlikle ilgili projeler çok açık ve küçük miktarlarla birçok şey yapıyor. Ondan şöyle bir bilgi aldım: Bir yıl öncesinde valiliklerde böyle masalar oluşturulmuş ya da çalışma grupları oluşturulmuş. Bunların görevi de bu projeleri izleyip edip ilgili kurumları, birimleri haberdar etmek. Örneğin, bu bey bu grubun üyesi ve çok hakim proje yazımına. Biz öyle birini bulduk Manisa'da. Ama bilmiyorduk. Benim çok meraklı bir asistan arkadaşım var, tesadüfen o buldu. Biz gittik, konuştuk. Çok da yol götürüyor bize şimdi. Valiliklerde böyle bir komisyon var aslında. Belki oralardan yardım alabiliriz. Mutsafa'ya da çok teşekkür ediyorum, eline sağlık. Çok emek veriyorsun ama değişiyor bence. Tekrar görüşmek üzere. Hoşça kalın.

Köksal ALPTEKİN

Avrupa Projeleriyle ilgili şunu söyleyebilirim: Birincisi, küçük bütçeli projelere çok kolay destek geliyor. Küçük bütçeliden kastettiğim 100-200 Bin YTL'lik projeler. Tek merkez olarak bile alabilirsiniz, çok büyük bir zorluğu yok. Ama daha geniş çapta, büyük iş yapıyorsanız milyon eruroluk projeler; sizin baş edebileceğiniz bir şey değil. Bu mutlaka bir sekreteryaya işi ve sizin bu konuda destek alacağınız bir sekreteryaya olması gerekir. Öyle bir kişinin de yapabileceği bir şey değil, çok büyük bir iş. Bundan önceki konuşmacılar haklı, TPD bu konuda eğitim verebilir. Ama şunu söyleyeyim: TÜBİTAK bu konuda çok destek oluyor. TÜBİTAK özellikle Avrupa Birliği Projeleriyle ilgili, yapılmıyorsa yılda 3 ya da 4 kez çalıştaylar yapıyor. Bu çalıştayların içinde 'bir proje nasıl hazırlanır' da var. TÜBİTAK'ın bu konuda size destek olabilecek elemanları da

var, bir proje aşamasında neler yapabilirsiniz? Fakat onların öncelikle önerdiği, büyük bir proje yazmadan önce siz bir ortak olun bir projeye. Ondan sonra büyük projeye geçin ki, o bürokratik süreçleri doğrudan yaşayın, öğrenin. Daha sonra siz yapmaya başlayabilirsiniz.

Medaim YANIK

Öncelikle benim konumumda bir doğru anlaşılma olmasını isterim. Ben bir bakanlık görevlisi değilim, sizlerden biriyim. Bakanlığa sızmış durumdayım sadece. Bundan sonra bu işin böyle anlaşılması lazım, bakanlığın sorunlarının hesap sorma yeri olmak istemem. Köksal'ın muradı bu değildi; tartışmayı para sorununa, etkinlik sorununa kilitlemek değildi, ama biraz oraya doğru gitti. Ben şöyle bir soru sormak isterim: Türkiye'de devletin bir bütçesi var. Devlet ruh sağlığı alanındaki insanları için şimdiye kadar ne yapmış? Belli bir bütçe var, bu para dağıtılıyor. Sağlık bakanlığının bir bütçesi var. Ruh sağlığı bu alanda ne almış? Çalışanlarının maaşını vermiş. Ruh sağlığı hastanelerine de şimdiye kadar (başka branşlar kepçeyle alıyor) kaşık kaşık bir şey gelmiş. Bir kere bizim hastalarımız şimdiye kadar devletten alabileceği bir şeyi almamış arkadaşlar. Bizim istememiz gerekiyor. En yanlış tutum, 'Aman bunun maliyeti çok yüksek olur. Aman bu şöyle olur.' diye kısır düşünmek. Bu devlet şu anda gelişmekte, parası var. Özürlülere para ayırmış, para vermek istiyor. Şimdi burada sorun, bizim bu ayrılan parayı ruhsal özürlülere yansıtıp yansıtamamaya çağımızdır. Çünkü bunun parası zaten ayrılmış. Şu anda hepsi fiziksel özürlülere gidiyor. Bu paranın mutlaka bir kısmını bizim almamız, o gözle bakmamız gerekli.

Ben esas söz alma nedenimi söyleyeyim: Bir organizasyon, planlama açısından düşündüğümüzde önce bir resim çekelim. Şu anda toplum psikiyatrisi ve bir parçası olan rehabilitasyon açısından ülkenin durumu nasıl? Bu fotoğrafı çektiğiniz zaman bir, üniversiteler var. Şu ana kadar 38 devlet, 75'e kadar çıkan da özel. Sadece 4 tane de rehabilitasyon hizmeti var gibi görünüyor. Ankara Tıp'ta, Gazi'de, Kocaeli'de, Antalya'da var. Bir kere üniversiteler açısından bu durum bir felaket. Daha rehabilitasyon birimi olmayan 34 tane üniversite var. Eğitim araştırma hastaneleri açısından, devlet açısından bakarsak; ruh sağlığı hastanelerini tebrik etmek gerekir. Aslında son bir yılda adına tam rehabilitasyon programları demesek bile, hemen hemen bütün ruh sağlığı hastaneleri kendi içinde böyle bünyeler geliştirdi. Bu konuda önemli bir gelişme

var. Ama genel hastanelerdeki psikiyatri kliniklerinin herhangi bir rehabilitasyon çalışması yok. Burada bir terslik var. Peki, taraftar olabilecek belediyelerle nelerimiz var? İki tane belediye şimdiye kadar iş yapmış gibi görünüyor: Biri Bahçelievler belediyesi, diğeri Şişli belediyesinin bir derneğe yardım etmesi. Bir kere belediyeleri bu işe katma açısından başlangıcın tepe noktasındayız.

Avrupa Birliği'nden bu anlamda proje almaya gelince, şimdiye kadar bildiğimiz tek proje var: Elaziğ. Şimdi duyuyoruz ki, birtakım girişimler var. Aile dernekleri illerimizden 8'inde var, dördü de İstanbul'da. Bu anlamda da bir eksiklik var. Bir kere fotoğrafa baktığımız zaman bu alanda Avrupa gibi tamamlanmış bir durum yok ki. Daha emekleme aşamasında, çok negatif sayılabilecek bir durum var. O yüzden bu işlerin etkinlik düzeyinde değil de, kararlılıkla ele alınması gerekiyor. Psikoterapi yıllarca etkili mi, değil mi diye tartışıldı. Ama dünyanın en büyük bilimcileri diyor ki, 'Psikoterapi eğitimlerini yapınız.' Biz bu tartışmalardan, 'cost-effective'den, rehabilitasyon birimleri, toplum psikanaliz modelleri kurup kurmama çelişmesine girmeden kurma kararlılığıyla bir yatırımcı gibi düşünmeliyiz.

Sorun alanlarına bakarsak bu işte nasıl ilerleyeceğiz? Üç ana sorun görünüyor: Birincisi, kurma aşamasında sorunlar var. Kurma aşamasındaki sorunlarda ana sorun ne? Birincisi, buna talip olacak insan gücü. İkincisi, maliyet sorunları. Bunun bütçesini nasıl karşılayacağız. Tarihsel çizgiyi Bülent Bey çok güzel anlattı. Türk psikiyatri tarihi, rehabilitasyon çalışmalarının kurulması ve batmasıyla giden bir süreç. Oluyor, sürmüyor, batıyor; bir başka çaba oluyor. Bu, dünyada çok sık gördüğümüz bir şey değil, dünya bunun 40-50 yıldır üzerinde. Yeni yeni sinyal veriyor birtakım sorunlarla ilgili. Ama bizde bir kere sürdürmenin sürekliliğini bulmamız gerekli. Yaygınlık açısından baktığımızda bayağı negatif bir fotoğraf oluyor. Şu anda Türkiye'de diyelim ki, biz yaklaşık 300.000 şizofreni hastası olduğunu var sayıyoruz. Bir psikososyal rehabilitasyon programından geçmiş şizofreni hastası sayısı veya oranı kaçtır desek, herhalde %1'in çok çok altında, belki %01'in altında. Biz esas hizmet vereceğimiz kitleye yönelik zaten bir şey ortaya koymamışız ki. Bu, şu anda maket düzeyindeki çabalar. Aslında topluluğumuz böyle bir sorumluluk almamış. Örneğin, (yanıtını bilmiyorum) 'İngiltere'deki şizofreni hastalarının yüzde kaçını bir rehabilitasyon programından geçmiştir?' diye sorsak, herhalde daha yüksek bir yüzde yanıtı alabiliriz.

Resim çekmek her zaman önümüze birtakım hedefler koymayı, planlamalar yapmayı gerektiriyor. Ne yapacağız? Nasıl bir insan gücü oluşturacağız? Nasıl bir model olacağız da bu işi yapacağız? Bence bunun için önümüze birtakım hedefler koymalıyız. Ben ilk hedefi söyleyeyim: Şu anda bir rehabilitasyon merkezi, GH olmayan büyük çapta bir üniversite ve devlet hastanesi varsa, hemen Rehabilitasyon Biriminin mektup yazması gerekli Başkanım Mustafa Beyin. 'Sevgili bölüm başkanı, hastanenizde bir rehabilitasyon merkezi yoktur.' Örneğin, Köksal Bey'e hemen gönderelim. Koca İzmir'de iki tane üniversitemiz var ve bağlı bir şey yok gibi görünüyor. İstanbul Tıp Fakültesine, Cerrahpaşa'ya gönderelim. Ya da gidip, şu yerden ilgili birini çağırıp 'Şurada şu kişi bu işi açsın, başlasın.' Böyle bir pazarlama taktiğiyle harita üzerine koyup en azından alan sayısını artırmak gerekir.

Eğitim önemli. Yaklaşık bir yıl içinde standart eğitim materyalleri hazırlamak gibi bir hedef koymamız gerekiyor, veya yapılandırılmış modülleri olan bir şeyi 'şurada şu kişi.' Bunu nasıl yaygınlaştıracamız? Çünkü bu alanda inanılmaz bir boşluk çıkacak. Bir proje yaptıkça gereksinme ortaya çıkıyor; hemşire ağırlıklı, psikolog ağırlıklı. Bunları yapmamız gerekli. Yine yapılması gereken bir şey, rehabilitasyon programlarının bakanlıktan ücretlendirilmesinde bir yöntem bulmak. Bu işi ben izlemeye çalışacağım. Dışarıda da konuştuk, aslında bununla ilgili birtakım çabalarımız oldu. Ama rehabilitasyon modelleri dünyada da çok ödenme eğiliminde değil gibi gözüküyor. Yine de bununla ilgili çaba göstermeye çalışacağım bakanlıkta, bizim temsilcimiz, sızmış bir adam olarak. Sonuç olur mu? Onu bilemiyorum. Ama anlaşılan o ki, bir yerlerde en azından ekonomik getirisi olursa, örneğin, Antalya'daki üniversite diyecek ki, 'Devam et, devam et.' Ben ısrarla bir girişimci ruhun olmasını istiyorum: Elimizde seçenekler var. Üniversite kendi olanaklarıyla yapabilir, hastane kendi olanaklarıyla yapabilir, belediye üzerinden yapılabilir, Avrupa Birliği Projesi üzerinden yapılabilir.

Belki bunları her şey için sırayla yapmalıyız. Çünkü şu anlaşılıyor ki, her belediye aynı tutumu göstermiyor. Ben olsam oradaki ilk seçenek olarak önce belediyeye giderim. Belediye olmadı, hastane ve üniversite olanaklarıyla oluyor mu? Olmuyor. O zaman Avrupa Birliği Projesine dönerim, yani üçlü beşli modellerle. Ekonomik maliyetlerin ödenmesi açısından, uzun vadede bu işin bütün ekonomik boyutunu belediyelere yıkamak; bizim denetleyici ve yönlendirici bir işlev

üstlenmemiz, rehabilitasyon, GH için daha gerçekçi olacak diye düşünüyorum. Çünkü hastaneler içinde bu işi yapmak giderek zorlaşıyor gibi gözüküyor.

Köksal ALPTEKİN

Teşekkürler. Ben birkaç şey söyleyeyim senin uyarıların üzerine. Öncelikle İzmir’de ne var, ya da biz ne yapıyoruz? Rehabilitasyon kavramını tartışmamız gerekli çalıştayda da. GH, rehabilitasyon değil; GH rehabilitasyon yollarından biridir. Hastane içindeki GH bir tedavi yöntemidir. Tek farkı, yatan hastayla ayakta hasta uygulamalarının farklılaşmasıdır. Sonuçta hastane ortamında olan şey, rehabilitasyon değildir. Ama gündüz evleri rehabilitasyonun bir parçası olabilir. Biz kendimiz daha çok derneğe gönderiyoruz. Çünkü dernekte etkinlikler ve en önemlisi ortam var. Bizim hastalarda derneği kullanıyoruz. Şimdi ben Dokuz Eylül Üniversitesi Başhekimliği’ne bir yazı yazsam, ‘Toplum içinde bir rehabilitasyon merkezi açmak istiyorum. Bu konuda da destek istiyorum.’ desem; onlardan net olarak ‘Bizim toplum içinde işimiz ne? Bunun maliyeti benim hastaneme ne kazandıracak?’ yanıtı gelecek. Çünkü şu anda hem üniversitelerin parası yok, hem de başhekimlerin olaylara bakışı tamamen maliyet-etkinlik açısından. O nedenle maliyet-etkinlik çok önemli.

Nedir rehabilitasyon? Türkiye için uygun olan model nedir? Benim kafamdaki kavramları sizlerle tartışayım. Burada bence en önemli şey, olgu. Biz bütün hastalar için geçerli tek bir rehabilitasyon sisteminden söz edemeyiz. Zaten İngiltere’deki model de buna benzer. Almanya’daki model de buna benzer. Olgu düzeyinde, biz o olgu için neyin uygun olacağını seçebiliriz. Ne demek bu? Örneğin, elimizde bir şizofreni hastası olabilir. Belirtileri kaybolmuştur, işlevselliği belirgin. Hastanın bize söylediği ‘Ben iş edinmek istiyorum.’ Bu olguları da biraz daha ayrıntılandırabiliriz: Örneğin, hastalık öncesi işi olan, mesleği olan bir kişidir ve o meslekte yeniden çalışabilir; ya da hastalandığı zaman hiçbir mesleği yoktur, şu anda çalışabilecek durumdadır. Bizim ona bir yanıt vermemiz gerekiyor. Şimdi bu hastayı resimlerin yapıldığı, seramiklerin yapıldığı bir yere yönlendirmenin hiçbir yararı yok. Hasta için de yok, toplum için de yok. Kaldı ki, o hasta, o tür bir noktada yeniden geri-leyebilir. O zaman olgu düzeyinde bizim hastayı rehabilite edebilmemiz gerekiyor.

Rehabilitasyon, hastanın topluma etkin şekilde katılabilmesi, işlevsel olarak katılabilmesidir. Örneğin, böyle bir hasta için belki meslek edin-

mesini sağlamamız gerekli. Bu konuda benim bugüne kadar duyduğum en iyi sistem Almanya’da var. Almanya’da meslek edinme ile ilişkili özel gelişmiş bir hemşirelik sistemi var. Nereden biliyorum? Böyle bir hemşire bize geldi. Ben onu dinleyince anlamaya başladım ne olduğunu. Ne yapıyorlar? Hasta geldiği zaman hastanın bilişsel süreçlerini değerlendiriyorlar. Kendilerinin bilişsel süreçlerle meslek edinme arasındaki ilişki konusunda eğitimi var. Hastanın sahip olduğu bilişsel işlev düzeyine göre hastanın hangi mesleği edinebileceğini kestiriyor ve ona yönelik bir programa katıyor hastayı; ardından da işe yerleştiriyor. Bu tür bir sistemi biz Türkiye’ye getirebilir miyiz? Çok uzak gözüküyor. Ama şunu yapabiliriz: Olgu yönetimi çerçevesinde örgütlenmek. Olgu yönetimi içinde ekiplerin oluşturulması, mahalleler çerçevesinde ekiplerin oluşturulması ve bu ekiplerin olgu için yararlanabileceği birtakım merkezler. Orada belki sosyalleşmesini sağlayan rehabilitasyon hizmetleri de olabilir.

Başka programlar da var. Örneğin, Amerika’da şu anda çok güncel olan, özellikle bilişsel işlevi değerlendirmeye yönelik programlar var. En basiti, diyelim süpermarkette hasta alışveriş yapamıyor. Çünkü günlük yaşama ilişkin bir bilgisi yok. Hastayla birlikte gidip bu alışverişin nasıl yapıldığını söyleyen o hastanın danışmanı var; bu tür sistemler. Olgu düzeyinde ne tür sorunlarla karşılaşılabilir? Bu sorunları biz nasıl sistemler kurarsak çözebiliriz? Belki bu olgu merkezli yaklaşım (ki, toplum temelli psikiyatrinin en önemli noktalarından birisi); buna yönelik ekiplerin oluşturulması, buna yönelik alt birimlerin ya da organizasyonların geliştirilmesi gerekir. Sanki Türkiye için daha uygun bir modelmiş gibi gözüküyor.

Kuşkusuz burada bizim avantajımız şu ki, ben Avrupa’dan, Amerika’dan farklı olduğumuz yönü de bu sistemin içine katmamız gerektiğini düşünüyorum: Aileler. Aileler Türkiye’de hastaları dışarıdaki insanlara göre daha çok kavırıyor. Belki aileleri de işin içine katabileceğimiz bir sistemi bu şekilde de organize edebiliriz, olgu çerçevesinde.

Melike GÜNEY

‘GH rehabilitasyon merkezi değil.’ dediniz. Örneğin, biz hem gündüz tedavi, hem de rehabilitasyon birimiyiz; altı ay yatırıyoruz. Ben sabahleyin Mustafa’ya söz verdim çok kısa sürede konuşmam gerektiği için. Multidisipliner, entegratif tedavi yöntemleri kullandığımızı, bütün ayrıntılarını anlatamadım. Biz 20 yıldır Türkiye’de

kurumsal nitelikteki ilk GH ve rehabilitasyon birimiyiz. Bizden sonra ikinci olarak Mustafa Yıldız'ın Kocaeli'de kurduğu gündüz tedavi ve rehabilitasyon birimi var. Ondan sonra Medaim Beyin söylediği diğer yerler. Zaten Gazi Üniversitesi bağımlılar için bu işi yıllardır yapıyor. Keşke burada Akdeniz Üniversitesi'nden arkadaşım olsaydı, bir de Dr. Mehtap Hanım. Onlar eğitimin öneminden çok söz etti; 'Biz gönüllü-üz, biz gidince ne olacak?' dediler. Herkes de bu eğitime çok önem veriyor. Benim şöyle bir önerim var: Biz üniversiteleriz. Gerçekten Türkiye çapında çok az, ama kurumsal nitelikteyiz. Siz kurumsal niteliktesiniz, Akdeniz keza öyle. Fakat Akdeniz finansal kaynaklarını bulmuş, binalar yapılmış, materyaller verilmiş. Başka bir şey yok. Ama eğitim gereksinmesi var onların. Bu kurumlar kişilerle ayakta kalmamalı. O kişi gidince yine ayakta kalmalı. O zaman üniversitelerde rotasyonlar yapılmalı eğitim için. Siz söylediniz, 'Biz rehabilitasyon eğitimi almadık.' diye. Gerçi bizim asistanlığımızda da yoktu. Fakat artık 20 yıllık bir birikim var. Sizin 10 yılı aldı, 10 yıllık bir klinik deneyim var; yurt dışı deneyimleriyle de desteklenmiş, klinik araştırmalarla da desteklenmiş.

'Ben ne yapacağım? Ne yapmak istediğimi bilmiyorum.' diyen genç arkadaşlara çok yardımcı olabiliriz. Bence bize rotasyona göndersinler bakanlıkla ilgili kurumlar, bazı devlet hastaneleri. Örneğin, siz Bakırköy tam teşekküllü devlet hastanesisiniz, siz de eğitim yapıyorsunuz. Siz bile gönderebilirsiniz, isterseniz daha deneyim kazanmış üniversite hastanelerine. Şimdiki halde eğitim sorunumuzu bu şekilde çözeriz. Zaten ne diyoruz sabahtan beri, 'Efendim amaçlar, ufak ufak amaçlara bölünüp daha büyük amaçlara ulaşılmalıdır.' Şimdi elimizdekilerle yetinip neler yapabiliriz? Daha sonra tabii ki yurt dışında gidip eğitim yapacaklar, 'work-shop'lar yapılacak. Daha da genişleyecek. Biz kendi modelimizi de geliştirmeliyiz. Ama yine de kendi modelimize göre bizim başarılı olduğumuzu düşünüyorum. Kocaeli de bu konuda çok başarılı. Bu rotasyon modelini öneriyorum. Bize üç aylık, altı aylık dönemlerle sağlık bakanlığından gönderilsin, hatta diğer üniversitelerden de gönderilsin. Bizim üniversitemize periferden çok fazla rotasyon geliyor. Bizim her üniversitede bulunmayan çok sayıda birimimiz var. Öyle perifer üniversiteler var ki, sadece poliklinikleri var. Onun için bu rotasyon sistemi bence şu anda iyi bir çözüm olabilir eğitim açısından.

Bora BAŞKAK

Rehabilitasyon birimi olmadığı konusundaki fikre
Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9(suppl.1):69-91

ben de tam olarak katılamayacağım. Çünkü genel olarak APA'nın Pratik Rehberlerine baktığımızda 'GH üç amacı yerine getirmek üzere kurulur' der:

1. Imposition servislere alternatif olarak (Evet, bu bir rehabilitasyon değildir.),
2. Polikliniğe alternatif olarak (Bu da rehabilitasyon değildir.),
3. Dışarıda yeti yitimi yüksek derecede olan hastalara yetilerinin kazandırılması (Bu rehabilitasyon amacı taşır.).

Evet, GH'nin rehabilitasyona yakın tarafı da var, tam karşılamayan tarafı da var.

Köksal ALPTEKİN

Farklı anlamda olabilir, ama GH'nin temel amacı rehabilitasyon değildir. Rehabilitasyon=GH uygulaması değildir.

Melike GÜNEY

Ama o programında varsa...

Köksal ALPTEKİN

Elbette geceli yatan hasta için de hastane ortamı bir rehabilitasyon işlevi görür.

Bora BAŞKAK

Hastanelerde yatarken yapılan uğraş tedavisinden söz ediyorsak rehabilitasyon olarak; tabii o zaman sadece dört yerde değil, birçok üniversitede yatanlara yönelik birçok uğraş tedavisi yapılıyor.

Ömer BÖKE

Bugün gerçekten çok verimli tartışmalar oldu. Bu bahsettiğimiz asıl hedef, burada konu ettiğimiz, sizin tedavi ettiğiniz, Antalya'da rehabilite edilen hastalar; açıkçası bizim hastalarımızın kaymak tabakası. Şu dönen kapıdaki hastalarla ilgili bir şeyleri daha hızlı harekete geçirebilir miyiz, diye aklıma geliyor. Öyle bir ağ kurup ta bu hastaların düzenli ilaç almasını sağlamak. Bunlar gerçekten muhteşem çalışmalar. Psikiyatri renk değiştiriyor gibi görünüyor. Ama bir de çok kısa vadede verim alabileceğimiz, bu dönen hastalara yönelik, sadece sağlık ocağı ağlarını çalıştırabilecek ve onlara düzenli ilaç verebilecek bir sistemi kurabilirsek ruh sağlığı sistemimiz çok rahatlayacak gibi görünüyor.

Köksal ALPTEKİN

Bizim İngiltere gezisinde gördüğümüz bu tür sistemler hastane dışındaki yerlerdi. Örneğin,

gittiğimiz bütün sistemler hastane dışı yerlerdi. Gittiğimiz bir yerde gündüz orada insan yoktu, hasta yoktu. İşte çalışıyorlardı ve akşam eve gelip (ev dedikleri yer de hastaneydi, ama toplum içinde bir merkezdi) orada kalıyorlardı. Tamam, kurumsallaşmış olarak bu işi yapanlar var. Örneğin, bizde de GH uygulaması vardır yıllardır. Uğraşı malzemeleri vardır yıllardır. Soruyu şöyle çevirelim: Toplum temelli bir psikiyatri düşünüyorsa (bu hastane dışındaki bir psikiyatridir), Türkiye'ye özgü toplum temelli bir psikiyatri ve bunun alt birimi olarak (o açıdan Medaim Bey çok güzel açıkladı) rehabilitasyon düşünüyorsa, (birçok modelleri de bildiğimize göre) Türkiye'ye uygun modeller nedir? Hangi sistemlerdir? Biz neleri hızla gerçekleştirebiliriz? Beş-on yıllık bir program geliştirirsek, hangilerine öncelik tanıyıp, sonra hangi aşamalar devreye girebilir? Belki onu tartışmak daha yararlı olabilir.

Erhan KURT

İki konuyla ilgili bir şey söyleyeceğim. Ömer'in vurguladığı döner kapı sanırım yoksul hastalarla ilgili. Birincisi, Büyükşehir Belediyesinin (Mehtap daha iyi bilir) şöyle bir uygulaması var: Evde tedavi ekipleri var. Sadece psikiyatrik bozukluğu olanlara değil, diğer kronik hastalığı olan insanların da gidip evlerinde tedavi etmek, ilaçlarını vermek gibi bir görevleri var. İkincisi, hastanelere yatan ve hiçbir sosyal güvencesi olmayan yoksul hastalara da hastaneler anlaşma yaptıklarında, protokol imzaladıklarında (biz görüştük, anlaştık ama protokolü henüz imzalamadık) onların hem yatakta tedavisini, hem de ayaktan tedavi ise ayaktan tedavisini karşılıyorlar. Eğer bakacak kimsesi, ilaç verecek kimsesi yoksa, evdeki tedavi hizmetlerine gidip (diyelim hastanın depo antipsikotiki yapılacak) bu görevi yapıyorlar. İsrarla belediye, belediye diyoruz. En azından şimdilik o var, modellerden biri. Birçok model geliştirilebilir. Belki bulunan yerlerdeki belediyelerin bu konuda biraz yönlendirilmesi iyi olabilir.

İkincisi, ülke olarak nasıl bir model geliştireceğiz? Köksal Ağabeyin az önce sorduğu soru. Yurt dışındaki araştırmalar sırasında ben de iki ülkeye gittim: Almanya ve İngiltere. Almanya daha çok sistemi sosyal çalışmacılar üzerine kurmuş. Sistemin temelinde ve tabanında bunlar var, bunlar yürütüyor çalışmaları. İngiltere psikiyatri hemşireleri üzerine kurmuş sistemi, aslında bize biraz daha uygun bir model. Daha doğrusu şu model bize tam olarak uygun diyemeyiz, ama hiçbir model de bize tam olarak uzak değil. Biz

ayrı bir ülkeyiz, çünkü ayrı bir toplumuz. Ayrı bir kültürel dokumuz var. Olanaklarımız farklı, kodlarımız farklı. Gerçekten de bizim ülkemize özgün bir model geliştirmek durumundayız. Oradakileri inceleyeceğiz, bizdeki olanaklara bakacağız: yerel yönetim, merkezi yönetim. Elimizdeki insan gücüne bakacağız. Mali kaynaklara bakıp, kültürel dokuyu da hesap edip buna göre bir model oluşturacağız. Aile mutlaka bunun içinde olacak. Bana sanki İngiliz modeli en azından kuramsal anlamda ve ölçütler açısından daha uygun geliyor. Bizde sosyal çalışmacı sayısı çok az. Bir ya da iki üniversite var sosyal çalışma eğitimi veren; buna karşılık elimizde hiç değilse yeteri kadar hemşire, sağlık memuru var. Eğer toplum temelli ruh sağlığı modeli oluşturacaksak, sistemin iskeletini, omurgasını iyi bir eğitimden sonra bunların oluşturması daha doğru. Bunların üzerinden sistemi yürütmek gerekli.

Bir de (aslında kısmen değinildi) ülke şimdi aile hekimliği modeline geçiyor. Sağlık bakanlığı sistemi üzerinden de bunu değerlendirmek gerekir. Aile hekimlerinin eğitiminde sanırım küçük bir psikiyatri modülü verildi. Ama onu belki biraz daha geliştirip toplum temelli model üzerinden aile hekimlerine ya da aile hekimliği yapacak pratisyen hekimler üzerinden de bu modelin sağlık bakanlığı versiyonu geliştirilebilir. Madem ki, ülke böyle bir sisteme geçiyor; onu buna eklemek gerekir. Nasıl sağlık bakanlığı yaptığı hastanelerde bir onkoloji hastanesi, bir kardiyovasküler cerrahi, yanık merkezi, psikiyatri hastanesi ekliyorsa; bizim de bunu bu sisteme eklememiz olası gibi geliyor bana.

Hülya ENSARI

Bende toplum ruh sağlığı merkeziyle ilgili özelliklerle yurt dışında yaptığımız gezilerde ve incelemelerde gördüğümüz bunun olması gereken koşulu, şehir merkezinde olması gerektiği. Bizim ruh sağlığı hastaneleri hep il merkezi dışında, uzaklarda oluyor zaten; bu değil. Bu nasıl yaygınlaştırılabilir? Bence öncelikle burada durmamız gerekiyor. İlk hedef bunların yaygınlaştırılması. Bunun içeriği sadece rehabilitasyon değil, bu onun bir parçası. Burada amaç, (oradaki gördüğüm sistemde) bir ilde coğrafi bölge diyelim ki 100-120 bin nüfuslu yerde üniversite hastanesi, ruh sağlığı hastanesi varsa; yoksa devlet hastanesininin psikiyatri kliniği ve birinci basamak entegre bir şekilde çalışıyor. Bir eşgüdüm var ve eşgüdümü sağlayan toplum ruh sağlığı merkezi. Ne oluyor? Üniversiteden veya devlet hastanesinden veya ruh sağlığı hastanesinden taburcu

olan hasta oraya yönlendiriliyor ve hastalar kayıt altına alınıyor. Dolayısıyla o ildeki tüm psikiyatri hastaları bir şekilde (hangi hastaneden geliyorsa) buradaki rehabilitasyon programına katılıyor. Buradaki amaç sadece uğraşı tedavisi değil. Orada psikiyatri ekibi olacak.

Nereye bağlı? Ruh sağlığı hastanesi varsa, oraya veya üniversiteye bağlı, eşgüdümü orası sağlıyor. Neredeyse her ilde üniversite hastanemiz var. Hasta geldi mi? Geldiyse onlar orada gerekli terapilere yönlendiriliyor zaten. Ama bu arada ilaç tedavileri de kontrol ediliyor. Çünkü orada bir psikiyatrist de var. 'İlacını aksattı mı veya gelmedi mi uğraşı tedavisine', bir şekilde gezici ekiple, gerekirse yerinde müdahale ediliyor, gerekirse evine gidilip enjeksiyon yapılıyor ve tekrar devami sağlanıyor. Dolayısıyla tüm sistem bir birliktir, bir bütüncülük sağlıyor. Asıl o zaman zaten işe yarıyor.

Erhan KURT

İlginç olan, akut tedavi birimleri de var yine toplum merkezinin içinde.

Medaim YANIK

Ben iki somut kısa öneride bulunmak istiyorum. Bu aile dernekleri çok önemli bulunduğumuz ortamda. Bakırköy'de ayda bir kez düzenli olarak İstanbul'daki dernekler gelip toplantı yapıyorlar. Birinin sorunu çözüldü. Biri için ben Üsküdar belediyesine yazı yazdım, görüşmeye gideceğim. Bunların kira düzeyinde çok basit giderleri var. Kalıcı bir sistem kurana kadar, bu aile derneklerinin ayakta kalması gerekli. Bence rehabilitasyon birimi olarak şu anda çok önemli işlev üstleniyorlar. Bunların çok az paraları var. Şunları en azından bir sene idare ederek kalıcı bir çözüm bulana kadar, az bir parayla desteklenmesi gerekiyor. Biz bu paraları harcamak için kazandık. Kesinlikle bunun yapılması gerekir diye düşünüyorum.

Erhan çok iyi söyledi. Bakanlığa gittiğimde önümüzdeki hafta ilk yapacağım şeylerden biri, aile hekimliğiyle ilgili bir alt birim var, onu öğrendim. Psikiyatriyle ilgili ilk eğitimde de modülleri yokmuş. Şimdi eğitim planlıyorlar, onda da bir modül yok. Kesinlikle aile hekimlerine psikiyatri, özellikle kronik psikiyatri hastalarının tanınması ve ele alınmasıyla ilgili bir modülü mutlaka eklememiz gerekli. Bunun eğitim materyallerini sağlarız. Bunda çok zorlanacağımı sanmıyorum.

Köksal ALPTEKİN

Aile hekimliğiyle ilgili bir bilgi vermek isterim.

Benim eşim aile hekimi, oradan biliyorum. Orada iki sistem var: Birincisi, ku anki aile hekimi olarak ayrılanlar. Şu an çok ciddi gelir alıyorlar ki, onlar zaman içinde kısılacak, tipik aile hekimi olarak çalışacaklar. İkincisi, toplum hekimi ya da ona benzer bir tanımı var. Toplum hekimleri 'Çok hasta göreyim, hastayı takip edeyim.' Kaygısında değiller, onlar doğrudan hastayla ilişkili değiller. Toplum hekimlerinin bir kısmı sanki bu sistemin içine entegre olabileceği gibi geliyor. Bütün pratisyen hekimler aile hekimi olmak istemiyor. O toplum hekimlerinin bir kısmı bu alanda özelleşebilmiş gibi görünüyor bana; o bir maden. Belki onun üzerine yönelmekte yarar var gibi görünüyor.

Hülya ENSARI

O benim de aklıma geldi. Bolu aile hekimliğinde de pilot bölge. Aile hekimliğini seçmeyen arkadaşlar 'Toplum Sağlığı Merkezi' adında merkezde görev alacaklar. Şimdi Bolu'da Toplum Sağlığı Merkezi var, sosyal hizmetlerin yürüttüğü 'Toplum Merkezi' var; bir tek 'Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' yok. Gerçekten benim de hep düşüncem, şu toplum merkezine entegre edelim. Bir anda Türkiye'de yaygınlaşsın. Toplum Sağlığı Merkezi dediğimiz aile hekimliğini seçmeyen birimler koruyucu hekimliğe daha ağırlık veriyor. Dolayısıyla artık bu da bizim için böyle bir hizmeti gerektiriyor. Oraya kısa sürede gerçekten entegre edilebilir.

Mustafa YILDIZ

Tüm katkılar için teşekkürler. Ben de birkaç konu hakkında görüşümü söylemek istiyorum. Öncelikle GH kavramı. Şimdi biz yurt dışındaki örnekleri görüyoruz, Türkiye'deki örnekleri de görüyoruz. Aslında gerçek olan şudur: Herkes gereksinmesine göre bir model geliştirir ve onu uygular. Örneğin, ben Türkiye için bizim Kocaeli GH modelinin hem koruyucu, önleyici psikiyatri, hem tedavi edici psikiyatri, hem de rehabilite edici psikiyatri açısından çok uygun olduğunu düşünüyorum. Ankara Tıp için de aynı düşüncüdeyim. Nedir bu? Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların hastaneye yatışından sonra GH'ne aktarılması ve orada izlenmesi. Üniversite, tıp fakültesi kampüste, şurada, burada olabilir. Ama GH hastaların kolay ulaşabilecekleri bir yerde, genellikle şehir merkezinde olmalıdır. Hastaların poliklinik izlemelerinin orada yapılması çok zor değil. Ciddi ruhsal bozuklukların sayısı belli zaten, sınırlı. Yüz veya 200 bin, hatta 500 bin nüfuslu bir yere yeterli ekiple bir GH yeter, çok fazla olmasına da gerek yok. Rutin izlemelerin

yanı sıra, evde tedavi açısından 'evde tedavi ekibi' de olmalı bu hastanelerin. Evde tedaviye gereksinmesi olan hasta sayısı da belli, çok değil. Bu da kendi kaynaklarımızla gerçekleştirebilecek bir şey, çok zor bir şey değil.

Poliklinik izlemeleri sırasında hasta ve ailelerine eğitim verilmeli. Bunlar zaten psikiyatrik tedavi ekibinin yapması gereken şeyler, bu da olası. Bunu kim yapacak? Eğitim hemşiresi yapabilir, sosyal çalışmacı, psikolog yapabilir. Birkaç kadro yerleştirmekle yapılabilecek bir şey bu. Kriz yaşandığı zaman hiç de hastaneye yatırmaya gerek kalmadan, birçok hastayı poliklinik koşullarında tedavi ettik. GH aktif olarak çalışırken, servisimizde yatan psikoz hastası sayısı çok azaldı. Bunun nedeni, iyi tedavi izlemesinin yapılmasıdır. Şimdi biraz atıl kaldı ve servisteki psikotik hasta sayısı arttı.

Felsefemiz nedir? Hastaların yerinde, uygun zamanlamayla tedavi edilmesi. Bunu ister GH adıyla yapalım, ister toplum ruh sağlığı merkezi adıyla yapalım; değişen bir şey yok.

'Rehabilitasyon' dediğimiz zaman, genelde bizim aklımızda olan iş-üçraş tedavisi, mesleğe yerleştirme. Şimdi ciddi ruhsal bozukluklardan, örneğin, şizofreni için araştırmaların gösterdiği şey şudur: Bizim hastalarımız yarışmalı mesleklerde yer alamazlar. 'Yarışmalı mesleklerde onlara eğitim verelim ve şu mesleğe sokalım.' dediğimiz zaman bu hastaları orada sürdürmemiz çok zor. Dünyadaki birçok deney, örnek bunların geri teptiğini göstermiş. O zaman 'korumalı ya da denetimli işyeri' kavramı gelişmiş. Hastaların diğer çalışanlar gibi değil de, kendi yetenek ve güçleri ölçüsünde çalışmasına izin veren ve uzmanlar tarafından ilginin sürdürüldüğü esnek bir çalışma sistemi. Türkiye'de sağlıklı işsiz insana bile iş bulamazken, bizim hastalarımıza iş bulmak zaten zor. Ne yapılabilir? Olabildiğince korumalı işyeri varsa oraya yerleştirilir, yoksa hastalar üçraş tedavilerini sürdürür. Ruhsal rehabilitasyonun temelinde eğitimin yattığı unutulmamalı, gereksinim olduğu sürece beceri eğitimleri sürdürülmelidir.

Medaim YANIK

Bizim acilen bir tane korumalı işyeri örneği yapmamız gerekli. Bir tane rehabilitasyon yapınca birileri, bir genç delikanlı-bir hanımefendi çıkıyor; bir şekilde bir yoldan yapıyor. Bir tane örnek gerekli.

Mustafa YILDIZ

Şimdiye kadar bildiğim kadarıyla bu konuda

yapılan bir örnek yok Türkiye'de. Bu da olursa iyi, ama olmazsa yine de iyi. Çünkü halen süren üçraş tedavileri var. Hastalar geliyor; takı-tasarım, ahşap boyama, ebru, seramik, resim yapma, dans terapisi, tiyatro vs; bunlar hatsaların psikososyal iyiliğini artırıyor, yaşam kalitesini artırıyor, aileyi de rahatlatıyor. Psikiyatrik rehabilitasyonda ruhsal toplumsal beceri eğitiminin yerini yeniden vurgulamak istiyorum. Eğitim almamış hastaları istediğiniz kadar resme, dansa, üçraşa yönlendirin; başarı şansı düşük olacaktır. Hastalara ve ailelere eğitim verecek olan personelin bunu öğrenmesi ve uygulaması kolay. Rehabilitasyon hizmetlerinde önce bir felsefe veya ideoloji belirlememiz gerekli diye düşünüyorum.

Rehabilitasyon hastane dışındadır, evet doğru. Fakat bize uygun öyle bir model geliştirelim ki, o modelin içinde hepsi yer alsın. Az personelle çok iş yapalım. Yurt dışı örnekleri bize hiçbir zaman uymaz? Neden uymaz? Ben yarı yol evleri de, GH de, hastaların kaldıkları evleri de gördüm. Toplum içinde 'nursing-home'lardan bireysel olarak hastaların kaldıkları evleri de gördüm Los Angeles'da. Değişik kurumlar var. Hastalara hem iş vermiş, hem de zor koşullarda hastaların kalmasını sağlayan The Village diye (Köy) Los Angeles'ın bir caddesi üzerindeki yerleri de gördüm. Yarı yol evinde veya GH'nde 30 hasta varsa, en az 30 tane personeli var ve bu kaynağı tamamen belediye sağlıyor; proje karşılığında sağlıyor. Siz proje yapıyorsunuz belediyeye, 'Ben 30 hastanın işlevselliğini şuradan şuraya getireceğim. Şu kadar personel çalıştıracam. Para ver.' diyorsunuz. Belediye inceliyor projeyi, tamam diyor, iki yıllık para veriyor. İki yıl sonra rapor sunuyorsunuz. 'Çok güzel, aferin. İyi gitti bu iş, beş yıllık para, beş yıl sürsün.' Bunlar Türkiye'nin koşullarına uymayacak şeyler.

Bolu örneği, güzel bir örnek. Belli nüfusa belli merkezlerde hastaların kolay ulaşabilecekleri ve iyi bir ekip oluşturarak, ekibin eğitimini standardize ederek. Bu olanak da bizde var. İşte hepimiz buradayız, hocalarımız burada, deneyimli insanlar burada. Yurt dışından gelen insanların bizden daha iyi eğitim vereceklerine ilişkin herhangi bir garanti de yok. Bu insanları standart bir eğitimden geçirip bütün ülkede kolayca uygulanabilir bir sistem geliştirilebilir gibi geliyor bana. Çünkü Türkiye'de kaynaklar var. Biz bir araya gelelim, bir model geliştirelim, bir felsefe oluşturalım, ideoloji oluşturalım ve bunu da uygulayalım derim ben. Diğer bazı şeyler: Örneğin, rehabilitasyonda çalışacak insanları mutlaka

belgelendirme, rehabilitasyon yapacak olan yerlerin kredilendirilmesi çok önemli. Bu, Türkiye Psikiyatri Derneği'nin biriminin önerebileceği, sağlık bakanlığının onaylayacağı bir kredilendirme sistemi yürürlüğe konulabilir. Çok zor şey değil bunlar. Belli zamanlarda personelin eğitimden geçmesi, hasta geribildirimlerinin değerlendirilmesi, personel ve hasta yakınlarının doyumunun değerlendirilmesinde belli puanları olur merkezlerin. Belli bir puanın üstünde olanlar çalışmayı sürdürür. Bu da çok kolay, zor olan bir şey değil.

Bakım konusu: Bakım da şizofreni hasta yakınına yapılan bir yardımdır. O bakıcının çok nitelikli olması, çok ilgilenmesi elbette önemli, ama ilk planda bizi kaygılandırarak kadar önemli değil. Çünkü şizofreni hastalarının aileleri ekonomik yıkım yaşayan bir aile grubu, üretmeyen bir hastaya sürekli bakmak zorunda olan ve kendisi tükenen bir aile. Dolayısıyla devlet onlara ne kadar yardım yaparsa, bence o kadar iyi olur. Hasta bakım kalitesini artırmak da bizim işimiz. O ailelere eğitim vermek de GH'nin veya rehabilitasyon merkezlerinin işi.

Ücretlendirmenin çözümlenmesi çok önemli. Medaim'in çalışmaları veya grubunun çalışmaları onu sağlayacak gibi görünüyor.

Sosyal çalışmacı gerçekten Türkiye'de çok ciddi sorun ve yok. İki okul var, ikisi de Ankara'da. Her yerde çalışıyor onlar, ama bize tenezzül etmiyorlar. Çok da iyi para kazanıyorlar. Benim önerim, Almanya'daki insanların yaptıkları gibi sosyal çalışmacı niteliğinde çalışacak bir ekip yetiştirmek. İşte 'rehabilitasyon uzmanlığı' dediğim odur. Böyle bir ekip yetiştigi zaman belli sertifikalar verilir. O sertifikayı alan, belli eğitimlerden geçen, kredilerini tamamlayan insanlar bu işi yapabilir ve ücret alır. Bu da çok önemli bir şey gibi görünüyor.

Gelelim vaka yöneticisine, bunlar değişik kurumlarda farklı anlaşılmalara neden oluyor. Kitaplarda var neler yaptıkları.

Benim anladığım, en kısa zamanda psikiyatrik rehabilitasyon ile ilgili bir temel kaynak kitabın çıkarılması gerekiyor. Çünkü aynı dili konuşmamız gerekiyor 'rehabilitasyon, GH, olgu/vaka yöneticisi, psikiyatrik hemşire, özürülük' dediğimiz zaman neleri kastettiğimizi anlamak için.

Ben bu toplantıdan şunu da anladım: Böyle bir kitabı yazabilecek durumdayız. Hepimizin belli birikimleri var, okuduklarımız var. Onlardan çok rahat bunu yapabiliriz. Hedefim, eğer izin verirseniz, 2008 içinde böyle bir kitabın Türkiye

Psikiyatri Derneği yayınlarında yer almasını sağlamak. Ben bu çalışmayı başlatırım. Sizler de katkıda bulunursanız çok sevinirim. Çünkü buna çok büyük gereksinme olduğunu anladım.

Bülent Beyin söylediği geribildirim raporları çok önemli, fakat işlememiş. Bir şeyin işlemesi için herhalde bir yaptırımının olması gerekiyor; yaptırım olmadığı taktirde işlemiyor. 'Siz hastalarla ilgili geribildirim verin.' Vermeyince ne oluyor? Bir şey olmuyor ki. O zaman niye yapsın! Dolayısıyla sistemin işlemesi için yaptırım olmalı.

Ben belediyelerin katkısını çok önemsiyorum. Yıllar önce 'aile derneğinin psikiyatrik rehabilitasyon merkezi olarak kullanılabilmesi' diye bir çalışma yaptığımızda da gördüm ki, yerel kaynaklar çok önemli. Kaynakların sınırlılığından dolayı (bütün psikiyatri ve rehabilitasyon kitaplarında yazar bu durum) psikiyatrik rehabilitasyon hizmetleri yerel kaynaklara dayanmak zorundadır. Yerel kaynak nedir? Belediye, başka kaynak yok ki; vakıflar, belediyeler, dernekler. Belediyelerde de anladığımız kadarıyla yasalar, yönetmelikler bu iş için çok uygun. Belediyelerin bu işte kesinlikle devreye sokulması gerekiyor.

Bütün yurt dışı toplantılarda bize söyledikleri 'politikacıların ya da politika yapan insanların yönlendirilmesi için aile derneklerinin siyasi baskı oluşturması.' Kime? Belediyelere oluşturabilirsiniz veya hakkınızı söke söke alırsınız. Bir belediye başkanı gider, öbürü gelir. Ama yürüyen hizmet, çalışan hizmet sürer. Hiç kimse de onu engellemez.

Avrupa Birliği Projelerini ben çok önemsemiyorum. Tabii ki, yapanlara saygım var. Ben de bir projenin içinde yer aldım; Konya'daki projenin aktif katılımcısıydım. Ama önemli olan yerel kaynaklarla, öz kaynaklarla bir şey yapmak; kalıcı olan odur. Bizim boyumuzu posumuzu ölçecek olan da odur. Medaim Bey söyledi, kaynak var aslında devlette. Sadece uygun kanala akıtılıp, uygun bir iş gücüyle bunun yaşama geçirilmesi gerekiyor.

Hülya ENSARI

Sosyal hizmet uzmanı eksikliğine değinecektim, ama Mustafa Bey değindi. Önemli olan bir konu da uğraş terapistinin olmaması Türkiye'de. Çünkü Halk Eğitim öğretmenleriyle bu iş yürümüyor. Psikiyatri alanında bilgileri yok, hastaya nasıl davranacaklarını bilmiyorlar. Halk Eğitim onlardan farklı müfredat istiyor. Öğrenci gibi görüyorlar, hasta gibi görmüyorlar. Cidden onları eğitmek için bir taraftan da zaman ve emek

harcıyoruz. Bununla ilgili belki yurt dışına gidecek olan grubun içinde uğraş terapisti olması, bunların sayısının fazla tutulması, ülkemizde üniversitelerden birinde bir uğraş terapisti bölümünün açılması. Bunlar gerçekten çok yakın zamanda olmasını beklediğim, istediğim şeyler. Umarım olur. Fizik tedavi ve rehabilitasyon okulları bunu üstlenebilir mi; bilmiyorum. Başka fikir çıkar mı? Çok ciddi gereksinme olduğunu, ama uğraş terapisti gereksinmesinin hemşirelerle ya da halk eğitim öğrencileriyle çözülemeyeceğini düşünüyorum.

Mustafa YILDIZ

Bence işleri son derece basit ele almak lazım. Eğitimin sonu yok. Paket programdan geçir, '20 gün kardeşim, gel, bu düzeyde iş yap.' Yeter ki, başa biraz daha deneyimli birini koyalım. Her grup başladıktan sonra bir şekilde öğreniyor deneyimle. Önemli olan zarar vermeyecek düzeyde olmaları. En basit etkinlikler bile, öğretmen bile çok önemli oranda fayda sağlıyor. Bence Türk psikiyatrisinin önemli sorunlarından biri, bir işi çözerken çok üst düzeyde planlama yapınca adım atamaz hale gelebiliyor olması. Son derece basit ya da sade düşünmek gerektiğine inanıyorum. Bir psikiyatri hemşiresi, rehabilitasyon hemşiresi dört haftalık şöyle yapılandırılmış bir kurstan geçer, bu işten sertifikasını alır, biter. Ondan sonrayı sürekli eğitim dediğimiz edimle zaten sağlarsınız. Bütün ara elemanların bulunmasında hiç böyle titiz davranmayıp son derece hızlı, pratik olmak gerekir. Başka türlü bir yere varmak zorlaşır.

Medaim YANIK

Evet, buna gereksinmemiz var. Hızla elimizdeki malzemeyi, alaylıları etkin şekilde kullanmak. Daha sonra mektepliler gelirse ne ala.

Köksal ALPTEKİN

Bitirmeden birkaç temel maddeyi söylüyorum. Birincisi, ortak anlaşmaya varılan konu, var olan rehabilitasyon sistemlerinin yaygınlaştırılması, GH'nin yaygınlaştırılması. İkincisi, toplum merkezli psikiyatri kavramı içinde toplumun içinde yer alan rehabilitasyon sistemlerinin olması. Üçüncüsü, en önemli eksiklik, psikiyatrist dışındaki ekibin diğer üyeleri. Bunların en hızlı, en etkin ve kısa eğitimlerle yetiştirilmesi. Dördüncüsü, ölçme değerlendirme mutlak yapılması, önemli. Özellikle yeni sistemler kuracak kişilerin ölçme üzerinde düşünüp belki bu konuda birtakım araştırma desenleri çıkarmalarında yarar var. Beşincisi, geleceğe yönelik iki önemli sonuç var: 1. Kitap, ben Mustafa Beyin kitap önerisini şiddetle destekliyorum. Çünkü bu eğitim eksikliğini karşılayacak. 2. Yeni bir çalıştay. 'Rehabilitasyon kavramı nedir, nasıl bir sistem? Türkiye'ye özgü nasıl bir model geliştirilebilir?' konularının tartışılacağı ikinci bir çalıştaya gereksinme var.

Bitirirken Mustafa Bey'i ve bu çalıştayın düzenlenmesinde emeği geçen herkesi kutlayarak ve kendilerine teşekkür ederek oturumu kapatmak istiyorum. Pfizer İlaç Firmasına da verdikleri destek için teşekkür ederim.