

Bu ayki Siz Olsaydınız sayfamızın konusunu STEDOKUR Haberleşme Listesi'nde sizlerin değerlendirmesine sunduğumuz Dosya 32 oluyor. Dosya'yı, sizlerin değerlendirmelerini, ilgili yasal düzenlemeyi ve uzman görüşlerini aşağıda yayımlıyoruz.

Dosya 32:

... Müdürlüğünde görevli Dr. ...'ın Sağlık Bakanlığı ... Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Sağlık Kurulu'nun ... tarih ve ... sayılı "Hezeyanlı bozukluk (Perseküsyon tip) ve majör depresyon denilen ruhsal bozukluk saptanmış olup, bu haliyle malülen emekli edilmesi" tanı ve kararlı raporuna istinaden "Adi Malül" olduğuna kararı verilmiştir.

Şahsın aldığı raporda "Hezeyanlı bozukluk (Perseküsyon tip) ve Majör depresyon" tanısı olduğundan "Hekim" olarak çalışması sakıncalı olabileceği düşünülerek ihbarda bulunulmuştur.

Siz olsaydınız nasıl davranırdınız? Neden?

STEDOKUR'a iletilen Görüşler

Görüş 1: STED'in böyle bir konuyu ele alması çok yerinde. Sanırım, psikozlu çok sayıda hekim var (geri kalanlarsa depresyonda.) Benim de bir psikotik arkadaşla çalışma deneyimim oldu. Üstün zekası, literatürü izlemi sayesinde bazı hastalara çok yarar olduğunu gözlemledim. Öte yandan, bizimle kurduğu kötü ilişkiler yüzünden hastalarla diyalogunun nasıl olduğunu hep merak ettim, endişelendim. Aşırı hasta yükünden ben kendimi kötü hissettiğimde onun ne durumda olduğunu merak ettim. İşyerlerinde bu konular hep gizli saklı kaldığından, tedavisi nasıldı, tam tanısı neydi, psikoterapiye gidiyor muydu bilemedik. Verimli çağında, çok yararlı bu meslektaşın malülen emekli edilmesi içimize sinmezdi. O birikimle, bütün gün evinde oturtmak ona büyük haksızlık olurdu ve mutlaka bir yerlerde çalışırdı zaten. Öte yandan, tedavisi iyi gitmeyen bazı arkadaşları hastalarla başbaşa bırakmak da doğru olmayabilirdi. Bu da sonuçta yaygın bir hastalık ve hepimizin başına gelebilir diye düşünerek, bu konu açıkça ortaya konabilse, gerek duyuyorsa arkadaşımızın hasta yükü azaltılsa, gerektiğinde rapor verilse daha iyi olmaz mıydı?

Dr. Demir Zeyrek

Görüş 2: "Siz olsaydınız" konulu yazınız, HAYAD içinde bu konuyu tartıştığımız bir döneme denk geldi. Ben de düşüncelerimi ifade etmek istiyorum. Çünkü bu konunun bir "hasta hakları" gönüllüsü olarak bizi doğrudan ilgilendirdiğini düşünüyorum. İki yanıyla da bizi ilgilendiriyor. Ancak konuyu öncelikle "hekim" kimliğimle ele alacağım: Öncelikle ben de her olgunun genel nitelikle değil; özgün, özgül ve özel yanıyla değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Bize hekim olurken "hastalık yok,

hasta var" diye öğretilmişti; 25 yıla yaklaşan mesleki yaşamımda da hep bunun doğruluğuna tanık oldum. Söz konusu olayda bu meslektaşımızı, bir "hekim" olarak değil bir "hasta" olarak değerlendiriyor ve onunla ilgili karar veren hekimlerin de durumu yalnızca bilimsel ve mesleki kurallara göre değerlendirdiğini düşünüyorum. Söz konusu kişi, "adi malül olarak" kamudan emekli edilmiştir. Emeklilik eylemi "hiçbir biçimde çalışma potansiyelinde olmama" değil, verilen görevi yapamayacak durumda olma" bağlamında değerlendirilmelidir. Bu kişinin görevini "yapamayacak" ya da hiç "çalışamayacak" durumda iken çalıştırılması bence en başta "çalışma hakkı ve özgürlüğü ile ilgili temel kural ve ilkelere aykırı" bir durumdur. Bu kararın onun "hekimlik" (en geniş anlamıyla söylüyorum; yani hasta bakan, değerlendiren, tanı koyup tedavi eden anlamında) yapılması bence olanaklı değildir. Dolayısıyla onu bu durumda hekimlik yapmaya zorlamak en başta onun hakkını ihlal etmektir. Bu durumda mesleki uygulamaları denetleme görevi olan bir kurum da, bu kişiye söz konusu görevi yapabilir kararı veremez; vermemelidir. Aksi takdirde altından kalkamayacağı bir sorumluluk yüklenmiş olunur. Zaten yasalar da bunun böyle olmasını belirlemektedir.

Şimdi de diğer cepheden bakalım. Yani bu kişiye, tedavisini uygulamak kaydıyla hekimlik görevini sürdürebileceği kararı verilebilir mi, verilirse ne olur? Bu da kararı verenlere büyük bir sorumluluk yüklemektedir. "Şart"ın "gereği"nin nasıl yerine geleceği, gelmediği koşulda nasıl davranılacağı, net ve her durumda ortaya konulmadan böyle bir kararın verilemeyeceğini,

verilmemesi gerektiğini düşünüyorum. Eğer bu yapılmadan bir karar verilmişse; bu durumda bence kararı verenlerin "kusursuz sorumluluk" anlamında bir sorumlulukları ortaya çıkmaktadır.

Konuya "hasta" cephesinden baktığımızda da yerine getirilmesi gereken sorumluluklar vardır. Söz konusu durumda, gerçeklikle ilişkisi ve düşünme yetisini yitirme olasılığı (en azından tedavi uygulanmadığında ya da bir yetersizlik olduğunda) vardır. Bu koşulda ortaya çıkabilecek riskleri öngörüp bunları kabul etmek, ayrıca tek yanlı verilebilecek bir karar olmamalıdır. Bu kişiye başvurarak tanı ve tedavi talebinde bulunacak olan kişilerinde (hastaların) bu durumu bilmeleri gereklidir. Ancak bu biçimde yapılan bir "seçim"le, ondan hizmet almalarının sağlanması; yani "hekim seçme hakkı"nın kullandırılması gerekir. Ancak bu yapıldığında söz konusu hekimin, bu kez de bir hasta olarak "gizlilik" hakkının ihlali anlamına gelmeyecek midir?

Bu yapılmadığında, iki tarafın hak ve sorumluluklarını üçüncü tarafların kararına bırakmak tıbbın "özerklik" ilkesini zedeleyen, ancak belirli koşul ve durumlarda, daha büyük bir zarar söz konusu olduğunda ya da durum "aciliyet" taşıdığı kabul edilecek bir tutumdur. Bunun dışında böyle bir dayatma içinde olmak yalnız yanlış değil, sonuçları itibarıyla bir hakkın da ihlalidir. Dolayısıyla benim hekimlik bilgim ve "hasta hakları" anlayışım bu yöntemin kabul edilebilir bir çözüm olmadığını söylüyor. Bu durumda hekimin "hekimliğini yapması" sürekli bir denetim altında tutulması ve hekimliğini bu koşulda sürdürmesi bir çözüm olarak önerilebilir. Ancak bence bu da doğru olmayan ve etik dışı bir yaklaşımdır. Çünkü bir hekimin bir başka kişinin sürekli kontrol ve denetimi yani vesayet altında olarak "hasta bakıyor", "tanı ve tedavi yapıyor" olması da bir yandan "hekimin her türlü baskıdan muaf, özgürce karar verme" hakkını ihlali anlamına gelirken, diğer yandan "hastanın hekim seçme hakkı"nın ihlali anlamına gelecektir. Dolayısıyla bence bu da kabul edilebilir bir çözüm ve seçenek değildir. Böyle bir denetimin "yeterli biçimde ve sürekli" yapılmadığı koşulda, üstelik hastanın da durumdan haberi yokken, hekimin tedaviyi uygulamadığı için ortaya çıkacak zararların sorumlusu, mağduru kim olacak, kime nasıl ve hangi surette bir yaptırım uygulanacaktır? Devletin en üst düzenleyen olarak tüm bu durumlardaki kusursuz sorumluluğu sorunu çözmeye yetecek midir?

Sonuç olarak ben, psikiyatrik sorunu olan bir hekimin tedavisi sonucunda "iyileşmiştir, çalışabilir" biçiminde herhangi bir koşul ve olanağa bağlı olmayan bir genel karar verilmeden, hekimlik görevini sürdürebileceği

kanısında değilim. Aksi hem hukuksal, hem mesleki, hem de etik yönden bence yanlış bir davranış olur. Ancak bu kararlar birlikte, söz konusu hekimin yapabileceği, tüm işleri yapabilmesi doğrultusunda bir görevi de tüm ilgililer üstlenmelidir. Bu noktada tüm bunları bilerek ancak "mesleki dayanışma" ya da "kol kırılır yen içinde kalır" anlamında bir mantığı benimsemek ise en yanlıştır. Kanımca yaşadığımız gerçeklik en çok bu biçimde ortaya çıkmaktadır. Yukarıda belirtilen tarzda bir çok hekim görevini sürdürmektedir. Böyle olan hekimlerin; aktif hekimliği sürdürme yönünde talepleri olmamalıdır. Böyle hekimlerin varlığından haberdar olan diğer hekimler de durumu doğru değerlendirerek tutum almalı meslektaşlarına ve hastalarına sorumluluklarının gereğini yerine getirmelidirler. Bu kişilerin yukarıda belirttiğim gibi etkin ilaçları, düzgün kullanıyor olmaları gibi bir "koşul"a bağlı olarak hekimlik yapmaları, yani hasta muayene edip tedavi etmelerine, en başta yanlarındaki hekimler ve hekim yöneticileri tarafından "göz yumulmamalıdır".

Bir hekimin hekimlik yapma yetkisini elinden alma kararı verildiğinde konunun bir başka boyutu ortaya çıkmaktadır. Bu da, hekimlerin nasıl istihdam edileceği, ne yapacakları konusudur. Bu kuşkusuz ayrı ve önemli bir sorundur ve hep birlikte çözümlenmesi gereklidir. Üstelik bu kararın sorumluluğu yalnız söz konusu kararı verenlere değil; bir yandan en üst düzenleyici olarak devlete, diğer yandan da meslek dayanışması adına mesleki örgütlenmelere de düşmektedir. Bu kişinin mevcut bilgi birikimiyle yaşamının bundan sonrasında topluma nasıl yararlı olacağı meslek örgütü (tabip odası, hatta belki sendika) tarafından bu açıdan da ele alınmalıdır. Onun mevcut durumuyla altından kalkabileceği her türlü sorumluluğu gönüllülük ve "toplumsal yarar" temelinde üstlenmek istemesi ona "mutlaka" yardımcı olunmalıdır. Bu noktada, tıpkı herhangi bir alanda emekli olup sonra çalışmayı sürdüren kişiler için ne yapılıyorsa onun için de aynısı yapılmalıdır. Tıp ve sağlık alanındaki bilgisi ile tabip odasındaki her hangi bir görevden başlayarak bu bilgiden yararlanarak üretken olabileceği her alanda istihdam edilebilir. Belki de hekimlik yapma işlevi söz konusu olmadan, "hekimlere", "hastalara" "öğretici" ya da "denetleyici" bile olabilir.

Konuyu bu ilişki ve bağlamlarından kopararak genel kurallar koyarak çözümlenmek bence hem mümkün değildir, hem de gerçek anlamda bir çözüm değildir.

Dr. Mustafa Sütlaç

Görüş 3: Meslekte uzun süre çalışanların başından benzer durumlar kesinlikle geçmiştir. Bu durumdaki kişilerle birlikte çalışmış bir hekim olarak benim görüşüm şöyledir:

1- Psikiyatrik hastalıkların diğer hastalıklardan farkı yoktur.

2- Psikiyatrik tanılar birçok kez politik olarak (tarihte de) kullanılmışlardır.

3- Bazı meslekleri yapabilmek için beden ve ruh sağlığının yerinde olması zorunluluğu bulunmaktadır.

4- İnsan yaşamı ile ilgili olarak tıp bu mesleklerin başında gelmektedir.

5- Bu konudaki mevzuatta da bu konu açıktır.

6- İnsanların bedensel ve ruhsal eksiklikleri olması, onların mesleklerini icra etmelerine engel olmamalıdır. Ancak, her bir tekil durum için yeniden değerlendirme yapmak gerekir.

7- Siz olsanız psikiyatrik rahatsızlığınızı bildiğiniz bir hekimin tedavisini kabul eder misiniz? Ya da sarhoş bir şöförün arabasına binmek ister misiniz?

8- Her konuda olduğu gibi, genellemelere gitmeden önce, kişinin durumu ve uygulamaları ile ilgili raporlandırmalar eşliğinde karar vermek daha uygun olacaktır.

9- Kesin bir hüküm vermeden önce mesleki uygulamalarını da dikkate almakta yarar olacağını düşünüyorum.

10- Birçok akli başında olduğunu ileri sürdüğümüz, ancak bilimsel olmayan tıbbi yöntemleri uygulayan hekimin olduğu bir ortamda, bu konuya tek bir yanıt vermemek, kişinin durumuna en uygun kararın verilmesinden yana olmak bana daha doğru gelmektedir.

11- Bunun yanı sıra, hekimlik yapamayacak durumdaki birinin de bu mesleği yapmak üzere zorlanmasının uygun olmadığı düşüncesindeyim.

Dr. Ahmet Haki Türkdemir

Görüş 4: Öncelikle konu ile ilgili kimi derlediğim bilgileri paylaşmak istiyorum:

"Şizofreni tanısı alan hastaların yaklaşık yarısı akut nöbet sonrasında düzeler. 1/4'ü relapslarla seyrederek ve 1/4'ü de progressif seyirle yeti yıkımına uğrar." (Prof. Dr. Cengiz Güleç. *Şizofreni, Temel ve Klinik Bilimler, Cilt 3, 1989: 985*)

"Son 30 yılda büyük hasta gruplarının uzun süreli izlenmesiyle gerçekleştirilen çalışmalar, hastaların yaklaşık %60'ının belirgin düzeyde ya da tam olarak iyileştiğini, geriye kalan bölümünün ise anlamlı bir düzelme göstermediğini ortaya koymaktadır." (Prof. Dr. Savaş Kültür, Doç. Dr. Levent Mete. *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1, 1997:338*)

"Şizofren hastalar ilaçlarını kullanmak, kontrollere gitmek ve psikoterapi olmak koşuluyla mesleklerini pekala yapabilirler". (Dr. Suna Bakırezer, *İzmit Devlet Hastanesi Psikiyatri Uzmanı. 1. Basamak Sağlık Hizmeti ve Psikiyatrik Hastalıklar Semineri, 2003*).

Öncelikle şunu belirteyim: Belirli bir psikiyatrik tanı alan kişilerin (burada doktorların) çalışabilmesi, yani hekimlik yapabilmesi için tedavi gördükten sonra "iyileşmiştir, çalışabilir" raporu almaları gerekir. Bu kişiler eğer devlet memurluğu yapıyorlarsa almaktadırlar. Aksi takdirde çalışabilmeleri de çalıştırılabilmeleri de, mümkün değildir.

Şimdi gelelim bundan sonraki aşamaya: Bu kişiler düzenli ilaçlarını kullanmak, kontrollere gitmek, psikoterapi olmak vb koşuluyla, bugünkü imkanlarla iyilik durumlarını sürdürebilirler ve hekimlik mesleklerini de yapabilirler... Örnekleri boldur... Hatta bu kişilerin diğer meslektaşlarından daha başarılı oldukları da bir gerçektir... (Bunlar kanıtlanabilecek şeylerdir).

Burada en büyük başarıyı son on yılda piyasaya çıkan atipik nöroleptiklere (antipsikotiklere) borçluyuz. (Bunlar olanzepin, risperidon, amisülpirid, quetiapine gibi ilaçlardır). Bu ilaçlar psikozların tedavisinde büyük çığır açmışlardır. Sanrisal bozukluklarda da kullanılmaktadırlar.

Ayrıca Sayın Türkdemir'in belirttiği gibi "belli bir psikiyatrik tanı almış" kişilerin hepsini aynı sınıfa koyamayız. İçlerinde hastalıklarını tanıyan (içgörüsü olan), onunla mücadele eden ve hatta hastalığını yenen ya da en azından onunla birlikte yaşamasını öğrenen çok hekim vardır. Eğer seyretmemişseniz, "Akıl Oyunları" filmi izlemenizi öneriyorum. DVD'si de vardır, kitabı da. Çok yararlanacağınızı düşünüyorum.

Dr. Atanur Yıldız

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (Kanun No:1219)

Madde 28-Ağır hapis veya beş seneden fazla hapis veya ömür boyu kamu hizmetinden men ya da meslek ve sanatı kötüye kullanma suretiyle işlenmiş bir eylemden dolayı iki kez mahkemece meslek ve sanat uygulamasının durdurulması cezası alanlar veya meslek uygulamasına engel ve iyileşmeyecek bir ruh hastası olduğu saptanan hekimler Sağlık Bakanlığının önerisi ve Yüksek Onur Kurulu kararı ile mesleklerini uygulamaktan yasaklanır ve diplomaları geri alınır.

Uzman Görüşü 1:

Şizofreni de dahil olmak üzere psikiyatrik bir tanı almış olmak tek başına bir hekimin çalışmasına engel oluşturmaz. Önemli olan bu kişinin düzenli tedavisini sürdürmesidir. İlaçlarını düzenli kullanması, kontrollerini hekimin önerdiği sıklıkta sürdürmesidir. Psikiyatrik hastalıklarda tedavi ve remisyon oranı tıbbın diğer dallarına oranla daha yüksektir. Dolayısıyla başarılı tedavi olanağı vardır. Kişinin çalışıp çalışmayacağına karar vermesi gereken onu düzenli izleyen psikiyatri uzmanı olmalıdır. Psikiyatrist, hasta meslektaşının çalışmasının ya da çalışmamasının ona sağlayacağı yararı göz önünde bulundurmalıdır.

Hasta olan hekimin yöneticisine, tedavinin devam edip etmediği ve mesleğini yapıp yapmadığına yönelik görev düşmektedir ve yöneticinin tedaviyi sürdüren psikiyatristi de bilgilendirmesi kişinin çalışıp çalışmayacağına değerlendirilmesi konusunda önemlidir. Eğer yöneticinin ya da hasta olan meslektaşın farklı bir görüşü varsa ikincil bir görüş alma, yeni bir psikiyatristten değerlendirme de bulunmasını isteme hakları vardır.

Hasta meslektaşların, çalışma yerinin tek başına sorumluluk aldığı denetimden uzak yerler yerine diğer meslektaşlarıyla etkileşim içinde bulunduğu kalabalık ortamlar olması tedavisinin izlenmesi ve gerektiğinde yaptıklarının denetlenmesi açısından yararlı olabilir. Uygulamada, rahatsızlığının ileri döneminde olan bazı meslektaşlarımızın reçete/rapor tastik gibi hasta muayenesi yapmalarını gerektirmeyen ancak bir hekim tarafından yerine getirilmesi gereken işlerde görevlendirildikleri görülmektedir. Bu yolla meslektaşlarımız malülen emekli olmak yerine çalışmayı sürdürebilmektedir. Ancak, bazı yerlerde uygulanan kütüphane memurluğu gibi hekimlik dışı memuriyet uygulamalarının zaman içinde sakıncaları ortaya çıkabileceği için hekimler bu doğrultuda yönlendirilmemelidir.

Uzman Görüşü 2:

Psikiyatri Uzm. Sezai Berber, Ankara

STED'in "Siz olsaydınız" başlığı altında incelemekte olduğu raporu iki ana noktada ele almak isterim:

A. Raporun kendisi kanımca yetersizdir. "Hezeyanlı bozukluk (perseküsyon tip) ve majör depresyon denilen bozukluk saptanmış olup, bu haliyle malülen emekli edilmesi" türünden bir anlatımla herhangi bir kimsenin "Adi Malül" sayılarak çalışmasının sakıncalı olabileceğinin düşünülmesi ve ihbarda bulunulması 1219 sayılı yasada belirtilen koşullara göre yetersiz bir tanıya dayanmaktadır. Yasanın koşulu, kişinin "meslek uygulamasına engel ve iyileşmeyecek bir ruh hastası" olduğunun saptanmasıdır. Herhangi bir ruh hastasının iyileşmeyecek bir hasta olduğunun belirtilmesi yalnızca tanı koymakla olamaz. Raporda belirtilen "hezeyanlı bozukluk" ve majör depresyon tanıları çoğu zaman iyileşebilen hastalıkları belirler. Raporda hastalığın süregenleştiğine, yapılan sağaltımlara yanıt vermediğine ilişkin hiçbir ipucu yoktur.

B. İkinci konu, herhangi bir hastalığın hekimlik yapmaya engel oluşturup oluşturmadığı sorusu ile ilgilidir. Yani sorun, hastalığın tanısından çok bireyin kendi mesleğini yapıp yapamadığı sorunudur. Yukarıda belirtmeye çalıştığım gibi ciddi yetiyitimi (disability, maluliyet) oluşturmadıkça herhangi bir ruh hastalığı tanısı yüzünden bir kişiye hekimlik yapamaz türünden kesin bir kaniya varmak çağdaş hekimlik bilgileri ile bağdaşmaz. Ruh hastalıkları arasında ağır depresyon, sanrılı (hezeyanlı) bozukluk, bunaltı (anxiété, anxiety)) bozuklukları gibi birçok hastalığın iyileşme olasılığı yüksektir. Tartışma konusu daha çok şizofreni ile ilgili gibi görünüyor ki, bu hastalığın da iyileşebilen, en azından çalışmasına engel oluşturmayacak biçimde ciddi yetiyitimine yol açmayan türleri vardır. Böyle bir tanı konan kişinin hastalık ağırlığının, süregenliğinin yanı sıra işyerinde uyumunun, veriminin, hastalarla ilişkisinin değerlendirilmesi gerekir. Şizofreni rahatsızlığı olan bir hekimin kimi durumlarda sorumluluk taşıyarak işlerini yapabildiğini görebildiğimiz gibi, işini yürütemeyen, ilgi ve dikkati azalmış, vurdumduymaz hekimler de vardır. Ama sağlıklı sayılan ve şizofreni rahatsızlığı olmayan kimi kişilerde de bu özellikler sıkça bulunabilir.

Ruh hekimliği açısından baktığımda, ben, şizofrenik hastaların seçecekleri meslek alanının daha üniversite çağında iken, sağaltım görürken ele alınmasının doğru olacağı kanısındayım. Hekimlik gibi çok yüksek beklentili ve zorlayıcı meslekleri seçmemelerini önererek, onların daha az zorlayıcı meslekler içinde kendilerini geliştirmelerine destek olunmasını doğru bulurum. Hekimlik mesleğindeki çok yüksek beklentili, stresli yaşam koşulları şizofreni hastalığının gidişini olumsuz etkileyebilir.

Ruh hekiminin yapabileceği destek, "sen bu işi yapamazsın" türünden katı bir yargılama biçiminde değil, rahatsızlığın doğasını açıklayarak yüksek beklentili mesleklerdeki zorlayıcı koşulların sağaltımı ve iyileşmeyi aksatabileceğini göstermeye çalışmak olabilir. Bu gibi durumlarda çoğu kez ailenin beklentileri öne çıkar ve aileyi de bu konuda aydınlatmak gerekir. Birçok kez yinelenen raporlarla zaten çok zor, uzun olan tip eğitimi daha da uzatarak bu gencin tıp fakültesini bitirmeye zorlanması uygun bir yaklaşım olamaz. Ama, bir tıp öğrencisi eğitimini güçlüklerini aşarak hekim olduktan sonra, böyle bir kişinin salt tanısına değil de çalışmasının, genel uyumunun değerlendirilmesine dayanan bir yaklaşımın daha gerçekçi ve bilimsel olduğu kanısındayım.

Prof. Dr. Orhan Öztürk, Ankara