

Yunanistan'daki Psikiyatri Reformu Çerçevesinde Akıl Hastaları İçin -Korumalı Konut- Konusunda Selanik Deneyimi

The Thessaloniki Experience on Sheltered Housing for Mental Illness Patients in the Context of Psychiatric Reform in Greece

İbrahim ONSUNOĞLU

Selanik Devlet Akıl Hastanesi, Psikiyatri Servisi, Selanik, Yunanistan

Yunanistan'da Akıl Hastaları İçin Korumalı Konut

Yunan psikiyatrisinde "himayeli mesken-korumalı konut" kurumu ilk kez 1984-85'lerde gündeme geldi, Psikiyatri Reformu münasebetiyle.

1984, Yunanistan'da Psikiyatri Reformunun başladığı tarih olarak kabul edilir. Yürürlüğe giren Psikiyatri Reformu çerçevesinde aradan geçen 25 yıl içinde Yunanistan'daki psikiyatrik hastaların tedavi ve bakımında köklü değişiklikler ve iyileşmeler oldu, Sosyal Psikiyatri ilkeleri doğrultusunda örgütlenme ve yapılanma başladı ve genel bir hal aldı, çok sayıda sosyal hedefli yeni psikiyatri servisi ve birimleri kuruldu, yeni personel alındı ve eğitildi, konulan birçok hedefe ulaşıldı, bazı hedeflere ulaşılamadı, bazılarının yolu tıkanırdı.

Psikiyatri Reformunun ilk büyük hedeflerinden biri, büyük devlet akıl hastanelerinde yıllardan beri terk edilip yığılmış ve sefil koşullar altında yaşayan binlerce kronik enstitüsyonalize akıl hastasını rehabilitasyon ve dezentüsyonalizasyon sürecinden sonra daha insanca bir yaşam için toplum içine yerleştirmek oldu (re-adaptasyon). Hastalar, bu amaçla kurulan korumalı konutlara yerleştirilmeye başladı. 1984 öncesi birkaç öncü psikiyatristin çabalarıyla işleyen bir-iki örneklik korumalı konut varken, bugün binlerce akıl hastasının yararlandığı yüzlerce korumalı konut vardır.

Korumalı Konut Çeşitleri

Korumalı konutlar, kamusal psikiyatrinin kronik akıl hastaları için "asylum" şeklini almış devlet akıl hastaneleri dışında ve toplum içinde kurduğu ve psikiyatri çalışanlarının gözetimi ve psikososyal desteği altında işleyen konutlardır.

Yunanistan'daki korumalı konutlar, gözetim derecesine göre, şunlardır:

1. Yurtlar (günde 24 saat personel mevcudiyetiyle sürekli gözetim altında olup, her biri 10-15 hastayı barındırır).
2. Konukevleri (günde 16 saat personel mevcudiyetiyle kısmi gözetim altında olup, her biri 10-15 hastayı barındırır).
3. Korumalı Daireler-Evler (personel tarafından haftada bir veya bir kaç kez ziyaretle denetlenir, her biri 1-6 hastayı barındırır).

Korumalı konutlara hastaların yerleştirilmesi, onların fonksiyonalite-işlevsellik düzeyine göre yapılır. En az fonksiyonel hastalar sürekli gözetim altındaki yurtlara, durumu daha düzgün olanlar konukevlerine ve bağımsız bir yaşamı kaldıracabilecek en fonksiyonel hastalar apartman daireleri ve müstakil evler gibi en az gözetim altındaki konutlara yerleştirilir.

Korumalı dairelerin nasıl çalıştığını anlatmazdan önce, kısaca Yunanistan'daki Psikiyatri Reformu olarak adlandırılan süreçten söz edelim.

Psikiyatri Reformu

Psikiyatrinin "toplumu delilere karşı korumak" olan misyonunu ters çevirip "delileri topluma karşı korumak" olarak değiştirdiği noktada psikiyatri reformu başlamış olur. Bu çarpıcı tanım, hiç olmazsa Yunanistan için geçerliydi.

Birinci işlev, toplum ve devlet tarafından Geleneksel Psikiyatride yüklenmiş olan ödevdir. Bu çerçevede Geleneksel Psikiyatri büyük akıl hastaneleri, tımarhaneler kurmuş, bunlar da sonunda akıl hastaları için toplama kamplarına, çilehanelere dönüşmüştür. İkinci işlev, Sosyal Psikiyatrinin direnişidir. Sosyal Psikiyatri, akıl hastası aleyhinde olumsuz işleyen toplumsal etmeni onun lehinde olumlu bir biçime sokmaya çalışır.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. İbrahim Onsunoğlu, Selanik Devlet Akıl Hastanesi, Psikiyatri Servisi, Selanik, Yunanistan
E-posta: ibram@tellas.gr

Bu yazı Dr. Onsunoğlu'nun 8-9 Mayıs 2009 tarihlerinde Şizofreni Dostları Derneği'nce düzenlenen 4. Şizofreni Günleri'nde yaptığı konuşma daveti üzerine gönderilmiş metindir.

© Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır. / © Archives of Neuropsychiatry, published by Galenos Publishing. All rights reserved.

Yunanistan'daki Psikiyatri Reformu

Yunanistan'da 1984'lerde başlayan ve 25 yıldan beri devam eden Psikiyatri Reformu, Sosyal Psikiyatri ilkelerini uygulama ve bunları ülke koşullarına uyarlama çabasından daha başka bir şey değildir.

Ve şu damgayı taşır: Yunan psikiyatri camiasından bazı öncülerin girişimleriyle tabandan başlayıp ta gittikçe yaygınlaşan ve verdiği bilimsel, toplumsal ve politik mücadelelerle merkezi yönetim üzerinde baskı kurup onu ikna eden, sonunda benimsenen ve yasalaşan bir hareket olarak ortaya çıkmamıştır, İtalya'da olduğu gibi. Yunanistan 1.1.1981'den itibaren Avrupa Ekonomik Topluluğu'na -şimdiki Avrupa Birliği'ne- üye olunca, ülkedeki sefil psikiyatri gerçeğine oradan gelen eleştiri, kınama ve dayatmalarla ve Yunan hükümetinin başvurusu ve talebinden sonra yine topluluğun cömertçe finansıyla dışarıdan ve tepeden gelmiştir. Bir zorunluk olarak önce merkezi yönetim ve Sağlık Bakanlığı'nca benimsenmiş ve buna psikiyatri camiasının katılımı sonradan gerçekleşmiştir.

Bu genel saptama, 1984 öncesi mevcut geleneksel psikiyatri yapılanmasını eleştiren, yeni model öneren ve bunu daha 1960'lı yıllarda kısa çapta uygulamaya çalışan belirli isimlerin çabalarını ve ortaya koydukları eserleri küçümseyemez.

1980'li Yılların Başlarında Yunanistan'daki Psikiyatri Manzarası

Özetle şu olumsuzlukları içermektedir:

- Psikiyatri bakımı, "asilon-asylum" niteliğindeki büyük devlet akıl hastanelerinde ve özel sektöre ait psikiyatri kliniklerinde geleneksel psikiyatri anlayışıyla ve sefil denilebilecek koşullar altında yürütülmektedir. İlgili yapılanma ve örgütlenme çağdışıdır, yetersizdir ve ihtiyaçları karşılamamaktadır. Akıl hastaneleri kronikleşen ve enstitüsyonalize olan hastalarla dolup taşmaktadır. Çağdaş psikiyatri birim ve kurumları, hastanedışı sosyal psikiyatri servisleri (Ruh Sağlığı Merkezleri, "İatropedagojik Merkezler" (Çocuk ve Ergenler için Psikiyatri Merkezleri), Kısmi Hospitalizasyon Birimleri (Gündüz Hastaneleri, Gece Hastaneleri), tedavinin ve bakımın devamını sağlayacak Hastane Sonrası İzleme Birimleri, Rehabilitasyon ve Readaptasyon Bölümleri, Korumalı Konutlar, Ergoterapi İşyerleri, Psikoterapi Bölümleri vb) ya birkaç tanedir ya da hiç yoktur.

- Kazanç sağlamayı amaçlayan ve denetimden uzak bir özel sektör, psikiyatri yataklarının 1/3'ü gibi yüksek bir oranını karşılamaktadır. Orada birimler küçüktür, ancak vaziyet daha da vahimdir.

- Psikiyatri bakımının gelecekte nasıl bir biçim alacağı konusunda tasarılar yoktur, ihtiyaçların sınıflandırılması ve hiyerarşisi yapılmamıştır.

Mevcut psikiyatri mevzuatı eskidir, yetersizdir, psikiyatrideki yeni gelişmeleri ve yeni anlayışları içermemektedir. (Gerçi Ulusal Sağlık Sistemini düzenleyen 1983 tarih ve 1397 sayılı yasada Ruh Sağlığı Merkezleri ve Genel Hastanelerde Psikiyatri Bölümleri ve klinikleri kurulması öngörülmüş, ancak bunlar Psikiyatri Reformuna dek hayata geçirilememiştir.)

1980'li yılların başında hiçbir genel hastanede psikiyatri kliniği yoktur, bunlara tıp fakültelerine ait üniversite hastaneleri de dahil. Üniversite psikiyatri klinikleri devlet akıl hastanelerinde konuşlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nda Ruh Sağlığı Dairesi tesis edilmemiştir.

- Devlet akıl hastanelerinde yönetim biçimi antidemokratiktir, çalışanlar karar alma sürecine katılmamaktadır.

- Psikiyatri yatakları dağılımında taşra nüfusu aleyhinde büyük coğrafi eşitsizlikler vardır.

Hastaneye yatırmaların büyük bir bölümü savcılık kararıyla ve zorunlu hospitalizasyon şekliyle gerçekleşmektedir.

Hospitalizasyon süresi uzun olup, ortalama 100 günü aşmaktadır.

- Psikiyatri öbür tıp dallarına bakışla küçümsenen bir bilim durumundadır. Akıl hastanelerindeki ve psikiyatri kliniklerindeki psikiyatr sayısı çok yetersizdir. Psikiyatr ile işbirliği edecek başka bilim dallarına ait gerekli eğitim görmüş kişiler ve uzmanlar yoktur. Akıl hastanelerindeki hemşireler ve hastabakıcıların büyük çoğunluğu hiçbir özel eğitim görmemiş pratisyenlerdir, zira delinin tedavisiyle uğraşılmaktan çok öncelikle onun represyonu, zararsız hale getirilmesi ve bastırılması ile uğraşılmaktadır, hastabakıcının görevi de özellikle bekçilik ve gardiyanlıktır.

- Akıl hastalarının hak ve özgürlükleri kaygı konusu olmaktadır. Hastaları bağlamak, çok sık başvurulan bir yöntemdir.

- Psikiyatri bakımı toplumun uzağında ve gıyabında yürütülmektedir. Akıl hastalığı ile ilgili toplumu bilgilendirme ve duyarlılaştırma, bir başka deyişle toplumun eğitimi, toplumsal kuruluşların bakıma katılmasını sağlama ve toplumsal bir destek ağı oluşturma gibi konular egemen psikiyatri anlayışı ve pratiğine yabancıdır. Akıl hastalığı ile ilgili yaygın önyargılar vardır ve deliler aleyhinde bir çeşit "sosyal ırkçılık" gelişmiştir. Bu hal, daha sonra, dezentitüsyonalizasyon çabalarına engel oluşturacaktır.

- Öbür ihtisas dallarındaki doktorların psikoloji ve psikiyatri bilgileri yoktur. Bu da onlarla gerekli işbirliğini zorlaştırmaktadır.

- 1980'li yılların başlarında Yunanistan'da erişkinler için 8 Devlet Akıl Hastanesi çalışmaktadır ve bunlarda yaklaşık 7.700 hasta tedavi görmektedir. Personel sayısı çok yetersizdir (Tablo 1, 2). Aynı dönemde 44 Özel Psikiyatri Kliniği faaliyet göstermekte ve bunlarda yaklaşık 4.000 akıl hastası tedavi görmektedir.

Tablo 1. Hastaların devlet akıl hastanelerine göre dağılımı

Akıl hastaneleri	Hasta sayısı (ortalama)
DAFNİ (Atina)	2.500
DROMOKAITİO (Atina)	850
SELANİK (Merkezi Makedonya)	900
PETRA OLYMBOS (Katerin-G. Makedonya)	400
TRİPOLİ (Mora)	350
KERKİRA (Korfu Adası)	450
LEROS (12 Adalar)	1800
HANYA (Girit)	450

Tablo 2. Devlet akıl hastanelerinde her 100 hastaya tekbül eden personel sayısı

	Psikiyatr	Psikiyatri ihtisası yapan	Psikolog	Sosyal danışman	Hasta bakıcı / Hemşire
DAFNI	1.64 (41)	0.52 (13)	0.16 (4)	0.36 (9)	18.28 (457)
DROMOKAITIO	1.8 (15)	1.1 (9)	-	0.35 (3)	15.93 (135)
SELANİK	2.1 (18)	2.5 (21)	0.11 (1)	0.23 (2)	14.52 (135)
PETRA OLYMBOS	0.75 (3)	-	-	0.24 (1)	17.19 (69)
TRİPOLİ	1.4 (5)	-	-	0.57 (2)	16.63 (58)
KERKİRA	0.7 (3)	-	-	-	12.42 (54)
LEROS	0.11 (2)	-	-	0.05 (1)	19.4 (295)
HANYA	0.23 (1)	-	-	0.46 (2)	23.53 (102)

(Psikiyatri Reformunun başlangıcı sayılan 1984'ten bu yana geçen 25 yıl içinde yukarıda sayılan olumsuzluklar bugün büyük ölçüde ortadan kaldırılmış, düzeltilmiş ve iyileştirilmiştir.)

Reformun Öyküsü

Ciddi Bir Komplikasyon

Yukarıda eleştirilen yapılanma ve öğütlenmenin ve hüküm süren anlayışın zaman içinde yol açtığı ciddi bir komplikasyon ortaya çıkmıştır.

Devlet akıl hastaneleri dolup taşmaktadır. Bu soruna çözüm olarak, Ege'de Onikiadalar Takımına ait Leros adasına 1958'de bir "Psikopatlar Kolonisi" kurulur. Ağır vakalar, aileleri tarafından terk edilmiş ve kimsesiz akıl hastaları ve zekâ geriliği olan kişiler belirli sürelerle kıta Yunanistan'ındaki (Atina ve Selanik) akıl hastanelerinden bir gemiye bindirilip adaya taşınmaktadır. Vaka sayısı iki bine yaklaşan koloni, kelimenin tam anlamıyla bir "toplama kampına" ve psikiyatrinin ve insanlığın yüz karasına dönüşür. Tesisler ilkeldir, hastalar büyük koşullarda yığılıp kalmıştır, onları hava şartlarından bile koruyacak yeterli önlemler alınmamıştır, sefalet hat safhadadır. Bağlı olmayanlar hastaneye ait geniş alanda bazen çıplak dolaşım durmakta ve bazen günlerce kaybolmaktadır, psikiyatri bakımı denilebilecek bir şey yoktur. Ada sakinlerinden oluşan personelin görevi gardiyanlıktır. Leros asyulundaki psikiyatr sayısı 2'yi 3'ü geçmemektedir ve uzun süre bir tek psikiyatr ile yetinildiği olmuştur. Çözüm biyolojiye terk edilmiş ve hastaların ömürlerini tamamlaması beklenilmektedir. Hasta sevkياتının durduğu 1982 yılına dek Leros'a gönderilmiş hasta sayısı dört binlere ulaşır.

Petra Olimpos Akıl Hastanesi de benzeri amaçla kullanılmaya başlamıştı.

Leros Skandalı Patlak Verince

1 Ocak 1981'den itibaren Yunanistan AET üyesidir. 1980'li yılların başlarında Avrupa medyasında Leros skandalı patlak verir. Akıl hastanesiyle ilgili röportajlar yayımlanır, oradaki sefalet fotoğraf ve görüntülerle sergilenir, akıl hastalarının kabul edilmez yaşam koşulları ve onlara sağlanan bakım kınanır. Yunanistan'daki psikiyatri bakımına yöneltilen sert eleştirilerden sonra hükümet sıkışır, AET'ye başvurup mevcut durumu iyileştirmek üzere oradan mali ve bilimsel destek talep eder.

815/1984 Tüzüğü Psikiyatri Reformunu Başlatıyor

Talep kabul edilir. Komisyonun 815 sayılı ve 1984 tarihli ilgili Tüzüğü, Yunanistan'daki psikiyatri bakım sisteminde derin değişiklikler yapılmasını, Sosyal Psikiyatri Birimlerinin oluşturulmasını ve bu amaçla Avrupa Sosyal Fonundan istisnai bir mali destek sağlanmasını öngörüyordu. Psikiyatri Reformu böylece başlamış oldu.

Psikiyatri Reformunun Evreleri

1.1.1981: Yunanistan Avrupa Ekonomik Topluluğu'nun (bugünkü Avrupa Birliği'nin) tam üyesi olur.

1980'li Yılların Başlarında: Avrupa medyası, Leros adasındaki akıl hastanesini keşfeder ve oradaki kabul edilmez bakım koşullarını ifşa eder. Bu olaydan sonra Yunan hükümeti Avrupa'dan destek talep eder.

26.3.1984: Yunanistan'ın kabul edilen talebinden sonra 815/1984 sayılı ve tarihli tüzük yayımlanır. Tüzük çerçevesinde 1.1.1984'ten 31.12.1989'a dek 6 yıllık bir faaliyet dönemi kararlaştırılır.

1984-89: "Akıl hastalarının ve zekâ geriliği gösteren kişilerin toplumsal ve mesleki readaptasyonları amacıyla yeni psikiyatri birim ve servislerinin kurulması ve devlet akıl hastanelerindeki bakımın iyileştirilmesi" için 6 yıllık bir faaliyet programı hazırlanır ve uygulamaya konur.

Uygulamaya konur, hastane dışı yeni birim ve servisler oluşturulmaya ve akıl hastaneleri onarılmaya başlanır, ancak programı gerçekleştirme temposu çok yavaştır ve 6 yıl içinde tamamlanamayacağı ve ödeneklerin tüketilemeyeceği anlaşılır. Ülke böyle bir reforma hazır değildir. AB'den sürenin uzatılması istenir.

1988-91: Faaliyet programını uygulama süresinin 1991'e dek uzatılması kabul edilir ve bu konuda 4130/1988 sayılı ve tarihli değiştirilmiş yeni bir tüzük yayımlanır. Bu dönemde iyileştirme çabalarına konu olan kurumların başında Leros vardır. Bu kez hastalar kıta Yunanistan'ına geri taşınır ve doğup büyüdükleri bölgelere veya yakın yerlere açılan Korumalı Konutlara-Yurtlara yerleştirilir. Başka akıl hastanelerinde de dezentüsyonalizasyon uygulamaları başlar.

1991-95: Devam eden psikiyatri reformu çerçevesinde 5 yıllık yeni bir faaliyet programı hazırlanır, komisyondan onay ve Avrupa Sosyal Fonu'ndan finans vaadi alır ve uygulamaya konur. Bu kez program hedeflerini gerçekleştirme temposu hızlıdır. Bu arada AB'nin gösterdiği "bağımsız birliktişlerin desteğiyle programı izleme ve değerlendirme sistemi" oluşturulur.

Faaliyetler üç noktaya odaklanır: 1. Hastane dışı psikososyal destek birim ve servislerinin kurulması ve akıl hastanelerindeki tesislerin iyileştirilmesi. 2. Ülke çapında yenilikçi müdahale ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi. 3. Ruh sağlığı servislerindeki personelin eğitimi.

815/84 tüzüğü ve onun devamında hazırlanıp uygulamaya konulan faaliyet programlarının sonunda yeni tip psikososyal servisler (Ruh Sağlığı Merkezleri, Genel Hastanelerde Psikiyatri Bölüm-

leri, Meslek Öncesi ve Mesleki Eğitim Programları, Rehabilitasyon ve Readaptasyon Merkezleri, Himayeli İşyerleri, Himayeli Konutlar vs) ortaya çıktı ve ademimerkeziyetçi hedeflerle bu servis ve birimler ülke çapında yaygınlaşmaya başladı. Akıl hastanelerindeki kronik hasta sayısı azalıyor ve ülkedeki psikiyatri manzarası değişip düzeliyordu.

Selanik Psikiyatri Hastanesi'nin Öncülüğü

Bu dönemde (1984-95) Yunanistan'daki Psikiyatri Reformunun öncülüğünü Selanik Psikiyatri Hastanesi (SPH) yapmaktadır.

SPH'de 25'er yataklı dört bölümden-klinikten oluşan çağdaş standartlara uygun yeni bir Akut Vakalar binası inşa edilir. Kronik vaka bölümleri-klinikleri şimdilik onarılır, daha sonraki yıllarda kapatılacaktır. Nitekim bu bölümler bugün kapatılmış bulunmaktadır.

Akıl hastanesinin kapıları topluma açılır. Hastane bahçesinde hastalar tarafından çalıştırılan bir lokanta-taverna açılmış ve dışarıdan müşteri kabul etmeye başlamıştır. Ayrıca, yine hastane bahçesinde hastaların çalıştığı bir büfe açılır.

SPH'ye yeterli sayıda yeni personel alınır (psikiyatr, psikolog, sosyal danışman, ergoterapi uzmanı, hemşire-hasta bakıcı vs).

SPH içinde hemşire ve hasta bakıcılar için psikiyatri konularında eğitim veren bir yıl süreli bir kurs-okul açılır.

Genel olarak eğitim büyük ağırlık kazanmıştır. AB ülkelerine oradaki psikiyatri bakım ve sistemini ve sosyal nitelikli servisleri yerinde incelemek ve eğitilmek ve deneyim kazanmak üzere gruplar gönderilmektedir.

Rehabilitasyon, readaptasyon ve dezenstitüsyonalizasyon çalışmalarını ivme kazanır. Birlikte kronik vakaları toplum içine katmayı amaçlayan özel bir Readaptasyon Birimi oluşturulmuştur. Ve ilk hastalar Selanik kenti içinde hastane tarafından kiralanan veya satın alınan apartman dairelerine yerleştirilir. Kısa bir süre içinde Korumalı Daire sayısı 50'yi ve dairelere yerleştirilen hasta sayısı 120'yi bulmuştur. Onları izlemek ve gözetmek üzere "Kent Tipi Psikososyal Destek Ekibi" kurulur. Çalışabilecek durumda olan hastaların istihdamı için özen gösterilir ve bu amaçla Kooperatifsel Tedavi Birimleri adıyla özel himayeli işlik ve atölyeler kurulur, bu birimlerde çalışan hasta sayısı 130'ları bulur.

Bir dairede bağımsız bir yaşam sürdüremeyecek durumda olan hastalar için sakinlerinin sayısı 15'i geçmeyen yurt ve konukevleri daha sonraki yıllarda kurulmaya başlayacak ve böylelikle kronik vakalar bölümleri boşalacak ve kapatılacaktır.

Kent içinde birçok hastane dışı psikososyal birim ve servisler oluşturulmuştur. Bunların başında sayısı 4'ü bulan Ruh Sağlık Merkezleri gelmektedir. Bu merkezlerin faaliyetleri özellikle psikoterapi üzerinde yoğunlaşmıştır, şimdilik SPH'ye bağlıdırlar, daha sonra bağımsızlaşmaları ve daha geniş rol üstlenmeleri öngörülmektedir.

Kent dışında-taşrada faaliyet gösteren SPH'ye bağlı psikososyal birimler de oluşturulmuştur. (Bu gruba giren Mobil Birimler ise, genel hastanelerin psikiyatri bölümlerine dahil edilmişlerdir.)

Çocukların ruh sağlığı konularıyla ilgilenen bir "İtrodpedagoji Merkezi" kurulup çalışmaya başlar.

SPH'ye yaşlı akıl hastaları için, bunlara Alzheimer'liler de dahil, iki Psikogeriyatri Kliniği, ayrıca kent içine de iki Psikogeriyatri Yurdu kurulur. Yine kent içinde bir Alzheimer'liler merkezi tasarlanmış ve sonraki yıllar bu da faaliyete başlamıştır.

SPH içinde ilk Gündüz Hastanesi kurulur ve faaliyete başlar. Reformun ilk yıllarından itibaren kent içinde readaptasyon amaçlı bir Gündüz Merkezi faaliyet göstermektedir.

Alkol ve ilaç bağımlıları için kent içinde bir Danışma Merkezi kurulur.

Narkotik madde bağımlıları için SPH içinde, kent içinde ve taşrada çeşitli birim ve servisler kurulur. Bunlara "Metadon Birimi" de dahildir.

Selanik'te SPH dışında da, genel hastanelerde, reform faaliyetleri sürdürülmektedir. Selanik kentindeki 6 genel devlet hastanesinden birine ilk Çocuk Psikiyatrisi Kliniği ve 3'üne erişkinler için Psikiyatri Klinikleri kurulur.

1997'den 2015'e Dek "Psikargos" Programı

Psikiyatri Reformuna Avrupa Sosyal Fonu'ndan sağlanan %55 oranında özel finans desteği 1995 sonuna dek devam eder ve bu tarihten itibaren son bulur. Ancak hemen ardından reforma AB'den finans desteği başka yollardan sağlanacaktır.

Avrupa Komisyonu, 1995 tarihli ilgili raporunda, Yunanistan'da Psikiyatri Reformunun temellerinin atıldığına işaret etmekte ve sonucun kesinleşmesi ve reformun güçlendirilmesi için bu yöndeki çabaların sürdürülmesi gereğinden söz etmektedir.

Bu amaçla 1997-2006 yılları arası 10 yıllık bir yeni reform planı hazırlanır ve plana "Psikargos" adı verilir. Bu plan 2001 yılında değişikliğe uğratılır, 2001-2010 arası 10 yıllık yeni bir plana dönüştürülür. İkinci bir değişiklik daha yapılır ve 2006-2015 yıllarını kapsayan yeni bir plan hazırlanır.

Psikargos programında tüm akıl hastanelerini kapatmak ve psikiyatri bakımını kısa süreli hospitalizasyon birimleri ve genel hastanelerin psikiyatri bölümleri ile sosyal psikiyatri birim ve servislerine devretmek hedefi vardır. Bu arada bir başka hedef de, il tabanında uygulanacak sektörizasyon ile her sektörü-ili her çeşit psikiyatri servis ve birimleri bakımından yeterli ve bağımsız hale getirmek ve bunları birbirleriyle bir ağ biçiminde bağlantılı ve ilintili kılmaktır. Nüfusu kalabalık büyük iller için birden çok psikiyatri sektörü öngörülmektedir, örneğin Selanik için 3, Atina için 9.

1999-2001 Arası 3 Yıl Süreli Psikargos Programı I. Safhası

Bu safhada "İş Piyasasından Dışlanmaya Karşı Savaş" adlı AB programına Psikiyatri Reformu da dahil edilir ve Avrupa Sosyal Fonu'ndan %80 oranında finans sağlanır.

Bu safhada faaliyetler özellikle dezenstitüsyonalizasyon üzerinde odaklanır ve tüm ülkede 31 kenti kapsamına alır.

1. Akıl hastanelerinde uzun süredir yatmakta olan 769 akıl hastasının doğup büyüdükleri bölgelerde yurt çapında 55 himayeli toplu konuta (yurtlara ve konukevlerine) yerleştirilmesi. Bu yuvalarda işlik ve atölyelerin faaliyet göstermesi koşulu vardır.

2. Akıl hastalarına mesleki eğitim verilmesi (bu amaçla 71 işlik faaliyet göstermiştir) ve onlara istihzan sağlanması.

3. 630 kişilik personel alınması ve 910 kişilik personelin eğitimi.

Bu safhada, ayrıca, yalnızca ulusal kaynaklardan, özel olarak Atina Dromokaitio Psikiyatri Hastanesi'nde kapsamlı bir dezenstitüsyonalizasyona gidilir, az sayıda Gündüz Merkezleri kurulur ve yeni kurulan 6 genel hastanede psikiyatri bölümleri inşa edilir.

Psikargos Programı Kuruluşlarını Destekleme, Yüreklendirme ve İzleme Birimi

Yine bu safhada Sağlık Bakanlığı'nda yukarıdaki birim oluşturulur ve kendisi için amaçlanan çalışma ve etkinlikleri yürütmeye başlar. Birimin reform planlarının gerçekleştirilmesinde büyük katkıları olur.

Ruh Sağlığı Servisleri Hakkında Yasa

2716 sayılı ve 1999 tarihli "Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Çağdaştırılmasına" ilişkin yasa, Psikiyatri Reformu felsefesini sindirmiş gerçekten örnek bir metindir ve Yunanistan, bu arada yayımlanmış ilgili düzenleyici işlemlerle birlikte, bugün AB ülkeleri içinde, abartısız, ruh sağlığı konusunda en çağdaş ve en ilerici mevzuata sahip olmakla kıvanç duyabilir. En çağdaş mevzuat, her şeyin en iyi olduğu anlamına gelmiyor tabii. Ama yol gösteriyor ve yol açıyor. Bugün Yunanistan'daki sorun, yasanın öngörüklerini gerçekleştirilememekten kaynaklanıyor.

Bu yasada, ayrıca, akıl hastalarının istihdamı için, çalışanlarının en az %35'inin akıl hastası olmak koşuluyla, Limited Sosyal Kooperatifler kurulması öngörülüyor. Sosyal Kooperatifler oldukça gecikmeli olarak oluşturulmaya başladı. Örneğin SPH, ancak 2006 yılında kooperatif oluşumuna gidebildi.

2001-2006 Arası Psikargos Programı II. Safhası

Bu safhada "Sağlık-Bakım" adlı AB programına Psikiyatri Reformu da sokulur ve Avrupa Sosyal Fonu ile Avrupa Bölgesel Kalkınma Fonu'ndan finans sağlanır.

Öngörülen faaliyetler şöyle özetlenmektedir:

1. Akıl hastalarının dezenstitüsyonalizasyonu ve toplumsal-ekonomik readaptasyonu.
2. Bütünlenmiş bir reform için toplumsal psikiyatri birimlerinin oluşturulması, tamamlanması ve genişletilmesi.
3. Profilaksi faaliyetleri ile toplumsal dayanışmayı ve sosyo-ekonomik readaptasyonu güçlendirme faaliyetleri.
4. Yukarıdaki amaçlarla personeli eğitime.

2006'nın Başlarında Korumalı Konutlarla İlgili Bazı Sayısal Veriler

Psikargos Programının II. Safhası tamamlanırken "Psikargos Programı Kuruluşlarını Destekleme ve İzleme Birimi" tarafından yürütülmüş ve 31.12.2005 tarihinde tamamlanmış bir araştırmaya göre, çalışmakta olan Korumalı Konut ve bu konutlardaki kullanıcı sayısı aşağıdaki gibidir (Tablo 3).

Toplam 2695 sakin sayısına karşılık (öngörülen sayı 2961'dir), bu konutlarda çalışan personel 3.061 kişidir.

Tablo 3. 2006 başlarında ülke çapında korumalı konut ve kullanıcı sayıları			
		Kullanıcılar	
Korumalı konutlar		Erkek	Kadın
Konukevleri	87	532	322
Yurtlar	82	754	463
Daireler	208	402	222
Toplam	377	1688	1007
		Toplam 2695	

2009 Başlarındaki Durum

2009 başlarında ülke çapında Korumalı Konut toplam sayısı 410, bunlarda barınan kullanıcı-hasta sayısı 3.112 ve çalışan personel sayısı 3.628 olarak bildirilmiştir.

Selanik'te "Kent Tipi Psikososyal Destekleme Birimi" veya Korumalı Daireler-Evler

Yukarıdaki genel bilgilendirmeden sonra özele geçmezden önce Yunanistan nüfusuyla ilgili bazı sayısal verileri gösterelim. Yunanistan nüfusu 11 milyondan az fazladır. Atina bölgesi, ülke nüfusunun %40'ını içermekte olup 5 milyona yaklaşmaktadır. Selanik ili nüfusu, 1 milyon 400 bin civarındadır ve bunun 1 milyondan fazlası Selanik kenti sakinidir. Selanik kenti, Atina'dan sonra Yunanistan'ın ikinci büyük kentidir. Yunanistan coğrafyası 51 ile bölünmüştür.

Selanik'te Selanik Psikiyatri Hastanesine (SPH) bağlı iki Kent Tipi Psikososyal Destekleme Birimi'nden her birinin sorumluluğu altında 25-30 kadar Korumalı Daire ve ev bulunmakta ve bu konutlarda 55-60 kadar hasta ikamet etmektedir. Dolayısıyla Selanik kentinde iki birimin gözetip yönettiği toplam daire sayısı 60'a, bunlarda barınan hasta sayısı ise 120'ye ulaşabilmektedir.

Bu satırların yazarının sorumlu olduğu II. Birimin şu an (Mayıs 2009) 28 Dairesi ve 56 hastası vardır.

Birimde çalışan personel, çeşitli uzmanlık dallarına mensup 11 kişiden ibaret olup, Çokdallı Tedavi Grubunu oluşturmaktadır: 1 psikiyatrist, 1 psikolog, 1 sosyal danışman, 1 ergoterapist, 1 pedagoğ, 2 sağlık ziyaretçisi psikiyatri hemşiresi, 3 psikiyatri hemşiresi, bunlardan biri başhemşire ve 1 idari memur. Pesonelden psikiyatrist, sosyal danışman, bir hemşire ve idari memur "part time" çalışmaktadır, yani diğer bir birimde daha görevli bulunmaktadır. Ayrıca, çalışanların çoğu, Selanik Psikiyatri Hastanesinde (SPH) hastane programı gereğince nöbetlere girmektedir.

Birim çalışanlarından her biri 3 ile 6 hastadan doğrudan sorumlu olup, onların referans kişisini oluşturmaktadır. Referans kişi ve yardımcısı, daima iki kişi olarak, en az haftada bir kez hastalarını ikamet ettiği evde ziyaret etmekte, onların karşılaştıkları sorunlar hakkında (ruhsal, sosyal, ekonomik sorunlar, ayrıca ilaç tedavisi, evdeşler arasındaki ilişkiler, komşularla ilişkiler, istihdam, ev işleri ile ilgili sorunlar vs) bilgi almakta ve gerekli müdahaleleri yapmaktadır. İvedili bir sorun varsa, bunu derhal bilimsel sorumluya iletmekte ve birlikte çözüm yolları araştırılmaktadır. Ruh sağlığı kötüleşen veya psikoza nükseden daire kullanıcıları, daha sıkı bir gözetim altında evde tedavi yoluyla iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Evde tedaviden çözüm alınmadığı takdirde ancak kapalı klinik tedavi yoluna başvurulmaktadır. Referans kişiler ayrıca sorumlu oldukları hastaların sigorta kurumları, devlet daireleri, yargı vs. ile olan çeşitli bürokratik ve daha başka işlerinde onlara yol göstermekte ve yardımcı olmaktadır. Hastalarımızın bedeni sağlık sorunları, bu çerçevede doktor muayeneleri, laboratuvar muayeneleri, ilaç tedavileri, hastaneye yatırmalar, ameliyatlar vs. sık sık en çok zaman harcadığımız ve bizi en çok yoran sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Örneğin, daire sakinleri arasında bu dönem bir süre önce teşhis edilip ameliyat edilmiş üç kanserli hastamız var (meme, kalın bağırsak ve muhtemelen metastaz yapmış cilt kanserleri), bunların tedavi, bakım ve takiplerini örgütlemek için çok zaman ve çaba harcadığımız kolayca anlaşılabilir.

Tedavi grubunun haftada bir yaptığı düzenli ortak toplantıda her üye doğrudan sorumlu olduğu hastalar hakkında bilimsel sorumluya ve gruba rapor sunmakta ve bilgi vermektedir. Grupta her hastanın genel durumu ve özel sorunları tartışılmakta, çözümler önerilmekte, kararlar alınmakta ve uygulamaya konulmaktadır.

Birimin iki odadan ibaret bürosu, kent merkezinde SPH mülkiyetindeki bir apartmanda bulunmaktadır. Aynı apartmanda bir Ruh Sağlığı Merkezi ile SPH'ye ait daha birçok hastane dışı sosyal servisler konuşlanmaktadır. Birimin bürosu, sabah 7.30'dan akşam 8'e dek hasta ve ziyaretçilere açıktır, aynı saatlerde telefon servisi de çalışmaktadır. Gece saatlerinde ve tatil günlerinde herhangi bir sorun ortaya çıktığında Korumalı Ev sakinleri her gün nöbetçi olan SPH'ye telefon etmekte veya başvurmakta ve telefonla referans kişiyi aramaktadırlar. Grup toplantıları, psikotedariler, hastalara depot enjeksiyonlar büroda yapılmaktadır.

Özetleyecek olursak, Kent Tipi Psikososyal Destekleme Birimi, SPH'nin bir hastane dışı sosyal servisi olup, geniş anlamıyla Psikososyal Rehabilitasyon ve Sosyal Readaptasyon Birimleri içine girer ve özel olarak bir Korumalı Ev Programıdır.

Birim, Selanik kenti genelindeki Korumalı Dairelerde ikamet eden kronik ruh hastası kişilere psikososyal bakım sağlar. Daireler ve evler, içindeki teçhizatıyla birlikte (yatak, dolap, elektrik mutfak, buzdolabı, çamaşır makinası, klima vs) hastalara parasız olarak tahsis edilir, evlerin işleyiş masrafları da (elektrik, ısınma, su, kısmen telefon) SPH tarafından karşılanır. Geliri olan sakinlerin evin teçhizat ve işleyiş masraflarına katılmalarına çalışılır. Dairelere yerleştirilen kişiler genellikle evsiz barksız, ailesi olmayan veya ailesi tarafından terkedilmiş ve ev kiralayacak mali olanaklardan yoksun kişilerdir. Son yıllarda kendi evi olan akıl hastalarının evlerini de Korumalı Evler statüsüne sokma çalışmaları hız kazanmış bulunmaktadır. SPH, bu evlere harcama yapmamakta veya bazı masrafları kısmen karşılamaktadır.

II. Birimin gözetimi altındaki 28 daireden 23'ü SPH'ye ait olup, bunlardan 13'ü kiralatılmış dairelerdir, 10'u ise SPH'nin kendi mülküdür. Diğer 5 ev, hastaların kendilerine aittir.

Birim, gözetimi altındaki hastalara parasız konut sağlamak ve konutların işleyiş masraflarını karşılamaktan başka, psikososyal destek çerçevesi içinde onlara istihdam sağlamak için özen gösterir. Nitekim 56 ev kullanıcısından 14'ü Limited Sosyal Kooperatiflerde maaşlı olarak çalışmakta, 15'i SHP içinde ayda 150 euro readaptasyon yardımı karşılığında çeşitli yardımcı işlerde istihdam edilmekte, 10'u serbest piyasa diyebileceğimiz kesimde çalışmaktadır. Diğer 17'si işsiz olup, genellikle yaşları ve sağlık durumları çalışmaya elverişli olmayan kimselerdir.

Hastalarımızın büyük bir bölümü, sigortalı olanlar, 330 euro ile 650 euro arasında değişen minimum bir malul emekli maaşı almaktadır, sigortasız olanlar da Sosyal Yardım Fonu'ndan iki ayda bir 440 euro yardım tahsil etmektedirler. Hastalarımızın ilaç masrafları, bağlı oldukları sigorta kurumları tarafından karşılanmakta; sigortasız olanların ilaç masraflarını ise Sosyal Yardım Fonu üstlenmekte ve bu hastalar ilaçlarını SPH'nin eczanesinden parasız tedarik etmektedirler.

Başka bölgelerde Korumalı Daire kullanıcılarının hospitalizasyon statüsü devam ettirilirken, Selanik'tekiler hospitalizasyon hali sona ermiş ve akıl hastanesinden taburcu edilmiş olarak kabul edilmektedirler. Böylece, taburcu edilmiş olarak sağlanan özgürlüğün kullanımı ile ilgili sorunlar ve sorumluluklar ortaya çıkmaktadır.

Örneğin, geçen yaz bir kadın hastamız, Paris'te okuyan kızını ziyaret etmeye karar verdi, orada bir buçuk iki ay kalacak ve küçük torununun bakımıyla da ilgilenecekti. Bütün risklerine rağmen bu ziyareti engellememeye karar verdik. 45 günlük ziyaret, korktuğumuz şeylerden hiçbiri başımıza gelmeden gerçekleşti ve tamamlandı ve hastamız Selanik'e geri döndü. Ancak şöyle bir sorun çıktı. Gidişte hastamızın uçakta valizi kaybolmuş, içindeki iki aylık ilaçlarıyla birlikte (Zyprexa 20 mg, Efexor 150 mg, Depakine 500 mg, bir hipertansiyon ilacı ve bir statin). Paris'te bunları eczane-den satın almaya kalkınca, belki de ilk kez ne kadar pahalı olduklarını anlamış, parası yetmemiş. Telefon etti, yukarıda saydığımız ilaçları iki aylık tedaviye yetecek ölçüde ivedili olarak adresine Selanik'ten courier'le gönderdik.

Bir başka erkek şizofren erkek hastamız, Yunanistan'daki içsavaş sonrası Doğu Bloku ülkelerine sığınmış siyasi mülteci bir çiftin çocuğu, Çekoslovakya'da doğup büyümüş ve bundan 15 yıl önce ana-babası ve kardeşiyle Yunanistan'a dönmüş, şimdiye dek üç kez Çek Cumhuriyeti'ne Prag'a gitti ve her defasında orada iki üç hafta kaldı. Bu ziyaretlerini, bir zamanlar Prag'da birlikte yaşadığı bir Çek kızından olan iki çocuğunu görmek amaçlı diye gerekçeliyor. Biz bu iddiasını bir türlü doğrulayabilmiş değiliz, gerçek mi hezeyan mı, ama oraya gidişlerine de engel olamıyoruz, bir noktadan sonra engel olmak da istemiyoruz. Hastamız Prag'a gittikçe düşünceye dek diken üstünde oturuyoruz.

Girit kökenli genç bir şizofren hastamız, Paskalya ve Noel mü-nasebetiyle, ayrıca sonbaharda zeytin toplamak amacıyla, yılda iki üç kez ailesini görmek üzere Girit adasına gitmeyi adet haline getirmiş bulunuyor. Adada ikametini uzattıkça, hastamızın takibi konusunda oradaki psikiyatri servisleriyle temas sağlayıp işbirliği etmek zorunda kalıyoruz. Bundan iki yıl önce bir ziyaretini tam üç ay uzattı. İlk iki ay boyunca kendisiyle telefonla düzenli temas halindeydik. Daha sonra telefon irtibatımız kesildi ve bir ay sonra yeniden Selanik'teki evine dönünceye dek Birimiz hastanın başına acaba bir şeyler mi geldi kaygısıyla yaşadık.

Hastalar tarafından özgürlük kullanımının bir faturası var, bu faturayı hem hastaların kendileri, hem de -ve galiba daha çok- gözetim biriminde biz çalışanlar ödüyoruz.

Korumalı Daire Programını tamamlayan hasta, ya ailesine dönmekte, onu yeniden kabul etmeye hazır bir ailesi varsa; ya da kendi evine taşınmaktadır, kendi evi varsa veya bir ev kiralayacak durumdaysa veya bu arada evlenip aile kurmuşsa. Seyrek de olsa, bazı hastalarımız evlenip aile kurmaktadır. Son dört yıl içinde 5 hastamızı evlendirmiş bulunuyoruz. Programı tamamlayan hastalar Birimden silinmekle birlikte, Birimle ilişkileri tamamen kesilmeksizin daha düşük bir düzeyde psikososyal destek almaya devam etmektedirler. Ailesine geri dönen veya kendi evine taşınan hastalar, hâlâ sıkı gözetime ve yakın desteğe muhtaç iseler, Birimden silinmezler. Her halükarda, Birimin gözetimi altındaki hastalar, resmen kayıtlı olanlardan çok daha fazladır.

Birimimize ait Korumalı Dairelerde ikamet eden 56 hastadan neredeyse yarısı, mevcut kriterlere göre Korumalı Daire Programını tamamlamış kabul edilebilir, dolayısıyla servisimizden bağımsızlaşacak konumdadırlar. Zira uzun süredir hospitalizasyon gerektiği için kötüleşme ve nükse maruz kalmadan istikrarlı bir iyileşme ve iyi bir işlevsellik gösteren bu daire kullanıcılarımızın artık minimum bir gözetimden daha çoğuna ihtiyaçları yoktur. Ancak buna rağmen servisten bağımsızlaşma bir türlü gerçekleşmemektedir.

Bir nedeni ekonomik; bazı hastalarımız, kendi başlarına bir ev kiralayacak ve bu evin masraflarını karşılayacak kadar bir gelire sahip değiller. Bazıları, yeterli gelir ve servete sahip oldukları halde, parasız sunulan konuta ve masrafsız bir yaşama alıştıkları için buradan ayrılmaya karşı direnmeyi sürdürüyorlar veya Birimin şefkatini ve kendilerine sağlanan güveni kaybetmekten korkuyorlar. Yeni tip bir enstitüalizasyon götüren bu sonuncular, önemli bir sorun oluşturuyor. Başarısızlığın bir başka nedeni, biz Birim çalışanlarından kaynaklanıyor. Ruh sağlığı istikrarlı, işlevselliği tatmin edici ve sorun çıkarmayan "iyi" hastalar kolayımıza geldiği için, onları servisten bağımsızlaştırmak yolunda gerekenleri yapmayı geciktiriyoruz. Korumalı Konut tesislerinin iyi isim yapması nedeniyle toplum içinde yapay ihtiyaçların ortaya çıkması, bir başka yan etki olarak gösterilebilir.

Ruh sağlığı ve işlevselliği kötüleşen ve çabalarımıza rağmen düzelmeyen, bunun sonucunda artık bir dairede ve toplum içinde özgür ve bağımsız bir yaşam sürdüremeyen daire kullanıcılarımız, daha sıkı gözetime tabi olan Konukevlerine veya Yurtlara sevk edilmektedirler. Bunun tersi de olmaktadır. Yani bir Yurtta veya Konukevinde ikamet etmekte olan hasta, durumunda yeterli ve durağan bir düzelmeye olduğu zaman Korumalı Daireye taşınabilmektedir. Yaşlılık veya beden sağlığı sorunları yüzünden dairede yaşamını sürdüremeyen hastalarımızı da Psikogeriatri Yurtlarına sevk etmekteyiz.

Selanik'teki Psikososyal Destekleme -Korumalı Daireler- Biriminin işlemeye başladığı ilk yıllarda (1989) daire kullanıcıları şu özellikleri taşıyordu:

1. Tümenü, uzun süredir SPH'de "tedavi görmekte olan" kronik psikotik hastalar oluşturuyordu. (1987'de SPH'de kronik hastaların dezentitüalizasyonunu hazırlamak ve onları Korumalı Dairelere yerleştirmek üzere kurulan Rehabilitasyon Birimine bir hastanın kabulü için aranan şartlardan biri, onun en az 10 yıl kesintisiz hospitalizasyon haliydi. Bu da, o dönem akıl hastanelerinde hüküm süren asylum koşullarına işaret etmektedir.)

2. Hataların ortalama yaşı yüksekti.

3. Çoğunluğunu Selanik dışından, Kuzey Yunanistan'ın öbür illerinden gelen hastalar oluşturuyordu.

Aradan geçen 20 yıl içinde yukarıdaki tablo bugün tamamen değişmiş bulunmaktadır.

Selanik dışındaki il ve kentlerde psikiyatri servisleri ve korumalı konutlar kurma ve sektörizasyon uygulama çabalarıyla birlikte, Korumalı Daire sakinlerinin birçoğu, geldikleri bölgelere sevk edildi. Böylece bugün daire kullanıcılarımızın çoğunluğunu Selanikliler oluşturmaktadır. Ademimerkeziyetçi yönelim, bu arada, daha çok Korumalı Daire açma yönünde gelen baskıları da hafifletmiş oldu ve böylece, daire ve kullanıcı sayısı, 1990 ortalarında ulaştığı düzeyde kalmaya devam etti.

Kullanıcıların ortalama yaşı önemli ölçüde küçülmüş bulunuyor. Geçen 20 yıl içinde bir yandan yaşları büyük olan ilk hastalarımızdan bazıları öldü, öbür yandan bedeni sağlık sorunları yüzünden kendi hizmetini yapamayacak duruma gelen yaşlı bazı başka hastalarımız da psikogeriatri kliniklerine veya yurtlarına yerleştirildi. Onların yerini daha genç yeni kronik hastalar aldı.

Psikiyatri Reformunun "Psikhargos II. Safha" programıyla son kronik hastalar da korumalı konutlara yerleştirilerek SPH'deki dezentitüalizasyon sona erdi (2004). Artık korumalı konut konusunda talepler, bununla birlikte psikososyal destek ve istihdam talep-

leri, asylum'lu kronik hastaları değil de, yaşları genç olan ve yeni kronikleşen veya psikozunun gelişimindeki bir safhada destek sistemini kaybeden veya daha sıkı bir psikososyal destek ihtiyacı gösteren hastaları kapsamaktadır. İlgili talepler, SPH'nin Akut Vaka Bölümlerinden, diğer birimlerden, örneğin Gündüz Hastanesinden veya toplumun kendisinden gelmektedir.

Selanik Psikiyatri Hastanesi'ndeki Rehabilitasyon Birimi

İlgili talepler, SPH'de işlemekte olan 25 yataklı Rehabilitasyon Birimine yönlendirilir. Korumalı Konuta yerleşmeye aday olanlar, birkaç haftadan birkaç aya kadar değişen bir süre, bazen daha uzun bir süre, burada konuta yerleştirmek için hazırlama çalışmalarına tabi tutulurlar. Bu süre içinde hastalarla tanışılır, onlarla tedavi ilişkisi kurulur, özel halleri, karşılaştıkları sorunlar ve ihtiyaçları kaydedilir, genel bir durum değerlendirilmesi yapılır, korumalı işyerlerinde istihdam edilir, ve sonunda işlevsellik düzeyine ve daha başka kriterlere göre hastaların hangi konut çeşidine (Daire, Konukevi, Yurt), mevcut olan boş yerlere, uyusabilecekleri hangi kişilerle birlikte yerleştirilecekleri kararlaştırılır. Birim, hazırlama çalışmalarından başka ayrıca hastaların tedavi işini üstlenir, psikozun olabildiğince remisyonu ve stabil bir hale gelmesi için uğraşır. Bu tedavi işi ve remisyonun gecikmesi, Rehabilitasyon Birimindeki hospitalizasyonun bazen uzun sürmesine neden olmaktadır. Bir başka neden de, konutlarda boş yer bulunmamasıdır. Rehabilitasyon Birimi hastalarından bazıları, oradaki tedavilerinin ardından bir korumalı konuta yerleşmek yerine, ailelerine veya kendi evlerine geri dönmektedirler.

Özetle, Tedavi Edici Toplum (Theurapeutic Community) ilkelerini de uygulayan Rehabilitasyon Birimi, hastaları korumalı konutlara yerleştirme yolunda "ara istasyon" olarak iş görmektedir.

Hastanedışı Korumalı Konut sorumlusu psikiyatristler, aynı zamanda Rehabilitasyon Biriminin "part time" çalışanlarıdır. Bu olay, tüm girişimin daha iyi koordinasyonuna ve başarısına katkıda bulunmaktadır.

Psikiyatri Reformunun Önündeki Sorunlar, İlgili Eleştiriler ve Şikayetler

Yunanistan'daki Psikiyatri Reformunu ve bu çerçevede kronik psikozlu hastalar için Selanik'te kurulan Korumalı Daire tesislerini daha çok başarıları üzerinde odaklanarak iyimser bir dille anlatmaya çalıştık. Güçlüklerinden, olumsuzluklarından ve tıkanıklıklarından söz etmedik.

Bugün gelinen noktada Psikiyatri Reformunun önündeki en büyük sorun, finans sorunu. Finans sorunu, son yılın ekonomik kriziyi birlikte daha da sivrilmiş bulunuyor. AB fonlarından sağlanan finans 2004 yılında son buldu ve 2005'ten itibaren reformun devamı yalnızca milli kaynaklarla yürütülüyor. (Böyle olduğu resmen ilan edilmişken, 2009 başlarında öğreniyoruz ki, meğerse "Sağlık-Bakım Programı" yoluyla AB'nin reforma finansı kısmen de olsa bugüne kadar devam ediyormuş.) O tarihten beri rehabilitasyon ve psikososyal destek birimlerinde çalışanlar (2009 yılı itibarıyla 3.112 hastaya hizmet veren 410 birimde 3.628 çalışan; bu çalışanlardan 1.956'sı, Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilen ve kâr amacına yönelik olmayan özel şirketlerde), gittikçe artan şikayetlerinde bu birimler için yeterli ödeneklerin ayrılmadığını dile getiriyorlar. Ör-

neğin, 2008 yılı için 76 milyon euro finans hesap edilmişken, bunun yalnızca 46 milyonunun karşılandığına; 2009 yılı için 109 milyon euro finans öngörülürken, yalnızca 40 milyonunun sağlandığına işaret ediyorlar.

Psikiyatri hastanelerini kapatma ve akut vakaların hospitalizasyonunu tamamen genel hastanelerin psikiyatri bölümlerine-kliniklerine yüklemeye projesi çeşitli engellerle karşılaşılıyor. Gerçi bugüne değin birçok devlet psikiyatri hastanesi kapatılmış bulunuyor; bunlar arasında 2005'te kapatılan Girit Adası Hanyá'daki, 2006'da kapatılan Merkezi Makedonya Petra'daki ve 2007'de kapatılan Korfu Adasındaki akıl hastaneleri ile 2008'de kapatılan Atina çevresinde Pentelis'teki pedopsikiyatri hastanesi var. Kapatılması planlanmışken kapatılmayan Leros Adasındaki akıl hastanesi, oradaki hastaların büyük bölümünün kıta Yunanistan'ındaki korumalı konutlara ve adanın içinde oluşturulan başka konutlara yerleştirilmesinden sonra, bugün hâlâ 200'den çok kronik vakayı barındırıyor. Öbür yandan 1982'lerden beri bakanlık kararıyla Leros'a kıta Yunanistan'ından hasta taşınmıyor ve söz konusu akıl hastanesi yalnızca 12 Adalar'ın ihtiyaçlarını karşılıyor. Yine kapatılması planlanmışken kapatılmayan Mora Tripolis'teki akıl hastanesi var. Tripolis'teki son kronik vakalar kliniği, ancak 2009 başlarında kapatılabildi. Mora il ve kentlerindeki genel hastanelerde kurulan (ve kurulamayan) psikiyatri kliniklerinin yetersizliği yüzünden Tripolis akıl hastanesinin daha belirsiz bir süre hasta kabul etmeye devam etmesi bekleniyor. Fakat asıl sorun, Atina ve Selanik'teki üç büyük akıl hastanesi. Bunların, Psikiyatri Reformunun tamamlanacağı ilan edilen 2015 yılına dek kapatılması planlanmış bulunuyor, ancak önümüzdeki 5 yıl içinde kapatılabileceğine artık kimse inanmıyor.

Son 20 yıldır Psikiyatri Reformu çerçevesinde Yunanistan'da ülke çapında ilk kez genel hastanelerde 10-20 yataklı psikiyatri klinikleri kurulmaya başladı, birçoklarında kuruldu, birçoklarında kurulmadı veya tepkiler ve daha başka engeller yüzünden kurulamadı. Bu psikiyatri kliniklerinden yine birçoğu, altyapı ve personel konularında çeşitli eksikliklerle boğuşmakta olup, gereken verimliliği gösterememektedir. Bugün genel hastanelerdeki psikiyatri klinikleri birçok illerde akut psikiyatri vakaları için hospitalizasyon ihtiyaç ve taleplerini karşılamaktan uzak. Bölgesel devlet akıl hastanelerinin de kapatılmasıyla, yerel düzeyde karşılanılamayan hospitalizasyon ihtiyaçları, iki büyük kentteki, Atina ve Selanik'teki, üç büyük akıl hastanesine yöneliyor. Geçen yıl yapılan bir araştırmaya göre, bu üç devlet akıl hastanesinin bir ayda gerçekleştirdiği ortalama yeni hospitalizasyon sayısı, Atina'daki Dafni akıl hastanesi için 170'e, yine Atina'daki Dromokaitio akıl hastanesi için 100'e ve Selanik'teki akıl hastanesi için 200'e ulaşmaktadır.

Selanik ile Atina arasındaki şu farka işaret etmek gerek: Selanik kentindeki 6 genel hastaneden ancak 3'ünde psikiyatri klinikleri kurulmuş olup çalışmaktadır, diğerlerinde kurulmamıştır. Bu klinikler, bugüne dek çeşitli gerekçeler ileri sürerek, savcılık emriyle gerçekleştirilen zorunlu hospitalizasyon kararlarını uygulamamakta ve ajitasyon halindeki hastaları kabul etmemekte, bunları SPH'ya yönlendirmektedirler. Bir başka deyişle, "hafif vakalarla" yetinmektedirler. Bu durum, Atina'daki genel hastanelerin psikiyatri kli-

nikleri için geçerli değil. Selanik'te SHP hergün nöbetçi iken, Atina'da Dafni ve Dromokaitio psikiyatri hastaneleri, bundan on yıl önceki depremde binalarımız zarar gördü gerekçesiyle faaliyetlerini sınırlandırmış bulunup, artık haftada bir ve iki kez nöbete girmekte, böylece diğer günlerin hospitalizasyon ihtiyaçları genel hastanelerin psikiyatri klinikleri tarafından karşılanmaktadır. Ancak toplam yatak sayısı daha pek yetersiz olan bu klinikler, ülke nüfusunun %40'ını içeren Atina bölgesinin psikiyatrik hospitalizasyon ihtiyaç ve taleplerini karşılayamamakta ve buralarda bir hasta yığılımı yaşanmaktadır. Atina'da genel hastanelerdeki psikiyatri klinikleri, yatak sayılarının iki katına yaklaşan hasta izdihamıyla boğuşmaktadır, tabii gittikçe yükselen şikayet seslerinin eşliğinde.

Psikiyatri Reformu çerçevesinde en az yol katdedilen proje, ademimerkeziyetçi bir anlayışı getiren sektörizasyonla ilgili. İl bağlamında ülkeyi her çeşit psikiyatri ihtiyaçlarını karşılayacak yeterliğe sahip psikiyatri sektörlerine ayırmayı ve herbirinin özel bir kurul tarafından yönetilmesini öngören proje, yasalastığı halde bir türlü hayata geçirilemedi. (Her il için bir psikiyatri sektörü öngörülürken, istisnai olarak Atina bölgesi için 9, Selanik ili için 3 sektör oluşturulması kararlaştırılmış bulunuyor.) Atina ve Selanik dışındaki illerde reform öncesine bakışla çok sayıda psikiyatri servis ve birimleri kurulduğu ve böylece önemli ölçüde ademimerkeziyet gerçekleştirildiği halde, bunların sektörizasyon bazında örgütlenmesine ve yetkili psikiyatri kurulu tarafından koordinasyon ve yönetimine geçilemedi; buna Atina ve Selanik'teki sektörizasyon da dahil. Bu zaafa bağlı olarak, ülke çapında psikiyatri servis ve birimleri arasında iletişim, bilgi alışverişi ve işbirliği sağlayacak ağ oluşumu da hayata geçirilemedi.

Özetle, Yunanistan'daki Psikiyatri Reformunun uygulanışı sırasında karşılaşılan güçlükler, engeller, direnişler, gecikmeler, başarısızlıklar vb. konularda kuşkusuz söylenecek çok söz var. Çaba çok büyüktü, büyük işler gerçekleştirildi, ancak son yıllarda, Avrupa Birliği'nden finans kesileli beri, gittikçe büyüyen bir tikanıklık söz konusu. Bunun bir yan etkisi de şu: Kamusal kesimin karşılamadığı ihtiyaçları, kâr amacına yönelik ve rehabilitasyon ve reedaptasyon kaygısı bulunmayan özel kesimin psikiyatri klinikleri karşılamaya koşuyor.

Psikiyatri Reformuna karşı son yıllarda yoğunlaşan eleştiri ve şikayetler, özellikle siyasi irade eksikliği, finans yetersizliği, kötü planlama gibi konular üzerinde odaklanıyor. Bunlar, ortak şikayetler. Köktenci olanlar, reformun hız kaybettiğinden, eylem planının geciktirildiğinden, 2015 yılına dek tamamlanamayacağından, bu arada asylum statüsüne geri dönüşün hazırlıkları yapıldığından şikayet ediyorlar. Tutucu olanlar ise, psikiyatri hastanelerinin kapatılmasının hata olduğuna, bunun başka ülkelerdeki benzeri deneyimlerle de kanıtlandığına, ağır vakaların genel hastanelerin psikiyatri kliniklerinde tedavisinde sorunlar yaşandığına, bazı korumalı konut birimlerinde maliyetin çok yükseldiğine ve hasta başına 3.000 euroya ulaştığına dikkat çekiyorlar. Köktenci sesler, tutucu seslere ağır basıyor. Bu olay yalnızca ideolojik tavırdan kaynaklanmıyor, zira son 25 yıl içinde mesleki kariyerlerini Psikiyatri Reformuyla ilişkilendirmiş çok sayıda profesyonel ortaya çıktı.