

Zorunlu Yatışta Psikiyatrik ve Hukuksal Süreç

Yücel Yılmaz*, İshak Saygılı*, Ömer Yanartaş**, Mustafa Burak Baykaran*, Sermin Kesebir***, Dilber Yıldız****

* Asistan Dr., ***Doç. Dr., ****Sosyal Hizmet Uzmanı, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

** Uzman Dr., Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri AD, İstanbul

İletişim Adresi: Yücel Yılmaz

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Kadıköy, İstanbul

Tel: +905068609735

E-posta: dryucelyilmaz@yahoo.com

ÖZET

Amaç: Zorunlu yatış tüm dünyada psikiyatristleri yakından ilgilendiren bir konudur. Bu konuda çeşitli ülkelerde farklı uygulamalar söz konusudur. Ülkemizde bu alandaki uygulamalar medeni kanunun 432. maddesi ile düzenlenmiştir. Ülkemizde konuyla ilgili herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde zorunlu yatış yapılan olguların psikiyatrik ve hukuksal süreçlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmanın verileri 01 Temmuz 2009 – 01 Temmuz 2010 tarihleri arasında zorunlu yatış yapılmış psikiyatrik hastalar arasından rastgele seçim yöntemi ile seçilmiş yüz hastadan elde edilmiştir. Hastalara ait klinik özellikler ise hastanemizin tıbbi kayıtlarından, geriye dönük olarak elde edilmiştir.

Bulgular: Son 1 yıl içerisindeki zorunlu yatışların oranı tüm yatışlara oranla % 23.11'dir. Zorunlu yatışta en sık tanılar şizofreni (%39), bipolar bozukluk (% 27), şizoaffektif bozukluk (%9) olarak saptanmıştır. %68'i erkek, %32'si kadın olan yüz olgunun yaş ortalaması 37 ± 8.1 olarak hesaplanmıştır. Zorunlu yatış yapılan olguların yatış süreleri 16 ± 7.8 gündür.

Tartışma ve Sonuç: Psikiyatri hastalarının zorunlu yatışları ve ardışık uzun süreli izlemlerine ilişkin, ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: zorunlu yatış, psikiyatrik hasta, adli psikiyatri

ABSTRACT

Psychiatric and Legal Process in Compulsory Hospitalization

Objective: Compulsory hospitalization is of particular concern for psychiatrists around the world. Different practices have been adopted in various countries. The practice in this field in our country is regulated by Civil Law Article 432. In this study, our primary objective was to examine sociodemographic characteristics and psychiatric features of the patients who were subject to compulsory hospitalization in Erenkoy Mental Health Training and Research Hospital. Secondly, we discussed the legal process for compulsory hospitalization.

Method: The data of this study were gathered from 100 psychiatric patients randomly selected among those who were subject to compulsory hospitalization between 1 July 2009 and 1 July 2010. Data on the clinical features of the patients were obtained by retrospectively reviewing hospital medical records.

Findings: The rate of compulsory hospitalization within the last 1 year was 23.11% in proportion to all hospitalizations. Schizophrenia (39%), bipolar disorder (27%) and schizoaffective disorder (9%) were found to be the most common diagnoses requiring compulsory hospitalization. Of the study patients, 68% were male and 32% were female; mean age was 37 ± 8.1 years. Mean duration of hospitalization was 16 ± 7.8 days.

Discussion and Conclusion: We need to prospective studies about compulsory hospitalization and long term treatment of psychiatric patients.

Keywords: compulsory hospitalization, psychiatric patient, forensic psychiatry

GİRİŞ

Zorunlu yatış, hukuki, etik ve ekonomik olarak karmaşık yönleri olan sosyal ve psikiyatrik bir görüngüdür (Potkonjak ve Karlovi? 2008). Zorunlu yatışların yasal ve etik yönü temel insan hakları ve özgürlükleri ile ilgilidir (mahrumiyet, kısıtlanma gibi). Psikiyatri pratiğinde tedavi reddi olduğu durumlarda (medikal endikasyon), toplumu hastanın davranışlarından korumak gerektiği durumlarda (sosyal endikasyon), hastayı kendisinden korumak (intihar, kendini yaralama gibi) gerektiği durumlarda (vital endikasyon) zorunlu yatış uygulanmaktadır. Zorunlu yatış uygulanan herhangi bir hastanın medeni hakları ihlal edilmekte ve ne nedenle olursa olsun istemediği bir yerde zorla alıkonulmaktadır. Zorunlu yatış uygulamaları bütün dünyada gerekli olgularda farklı yasal prosedürlerle ama hemen hemen aynı gerekçelerle ve tıbbî endikasyonlarla uygulanmaktadır. Uygulamadaki farklılıklar her ülkenin kendi sosyal, kültürel, ekonomik çevrelerinden ve bu alandaki yasal düzenlemeleriyle ilgilidir.

Ülkemizde zorunlu yatış alanındaki uygulamalar medeni kanunun maddeleri ile düzenlenmiştir ve bu maddelerde adı geçen bozukluğu olan psikiyatrik hastaların tedaviyi reddetme hakları ellerinden alınmıştır (Tablo-1). Bu yasalar çerçevesinde hastaların yatarak tedavisi ve tedaviyi sonlandırma zamanı tedaviyi veren kuruma bırakılmıştır.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde zorunlu yatış uygulaması aşağıdaki şekilde olmaktadır: Acil veya ayaktan tedavi merkezinde muayene edildikten sonra yatışına karar verilen hastanın hastanede yatarak tedavi olmak isteyip istemediği kendisine sorulmaktadır. Yatarak tedaviyi kabul etmeyen ancak endikasyon dâhilinde yatması gerekli görülen hasta için, kendisini muayene eden doktor tarafından "zorunlu yatış sağlık kurulu raporu" doldurulmakta ve "zorunlu yatış onam formu" ile hasta yakını ya da hasta ile gelen kolluk kuvveti görevlilerinden imzalı onam alınmaktadır. Bu işlemden sonra hastanın yatışı yapılmakta ve yatışın ardından sosyal hizmet uzmanı ile temasa geçilmekte, sosyal hizmet uzmanı tarafından aile veya kolluk kuvvetleri ile görüşülerek hastanın daha önceden atanmış bir vasisinin olup olmadığını sorgulanmaktadır. Hastanın daha önceden atanmış bir yasal vasisi var ise, zorunlu yatış evrakları hasta dosyasında kalır ve bu durumda yasal vasi davası açılmaz. Hastanın daha önceden atanmış bir yasal vasisi yok ise tüm zorunlu yatış belgeleri hastanın dosyasında hazır bulunacak şekilde yatışı yapan doktor tarafından düzenlenir. Zorunlu yatış belgelerinin bir kopyası hasta

dosyasında kalmak şartı ile tüm yatış belgeleri hastane sağlık kuruluna gönderilir. Bundan sonraki süreçte, hastanın zorunlu yatış belgeleri ek gösterilerek, hastanın ikamet ettiği ilçe mahkemesine hastane sağlık kurulu tarafından yasal vasilik davası açılmaktadır. Hastanın servise alınmasından sonraki ilk 48 saat içinde hastanın hastaneye yatışı ile ilgili, ilgili mahkemeye bilgi verilmektedir. Hasta İstanbul içinde ikamet ediyorsa, ilgili ilçe mahkemesine, İstanbul dışında ikamet ediyorsa hastanenin bağlı bulunduğu adliyeye bildirim yapılarak, yasal vasi işlemi başlatılmaktadır. Bunun üzerine mahkemeden alıkonulma kararı çıkmaktadır. Hastanın tedavisi tamamlandıktan sonra, hasta bir kez daha sağlık kurulunda değerlendirilerek, yasal vasiye ya da danışmana ihtiyacı olup olmadığına ilişkin sağlık kurulu raporu düzenlenmekte ve ilgili mahkemeye gönderilmektedir.

Bu çalışmada Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde son bir yıl içerisinde gerçekleşen zorunlu yatışların psikiyatrik ve hukuksal süreçlerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izin Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Eğitim Plânlama Komisyonu'ndan alınmıştır. 01 Temmuz 2009 – 01 Temmuz 2010 tarihleri arasında, zorunlu yatış yapılmış hastalar arasından yüz hasta rastgele seçim yöntemi ile belirlenmiştir. Hastalara ait sosyodemografik veriler ve klinik özellikler, hastanemiz kayıtlarından, geriye dönük dosya taraması ile elde edilerek, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bir veri formuna aktarılmıştır.

BULGULAR

Hastanemizde tüm yatışlar içerisinde zorunlu yatış oranı %23.11 olarak hesaplanmıştır. Zorunlu yatışların %88'i âcil servisten, %12'si ayaktan tedavi merkezinden olmaktadır. Bu olgular hastaneye çoğunlukla aileleri tarafından getirilirken, bir bölümü de 112 ambulansları ve polis eşliğinde getirilmektedir. Aileleri olmadan, 112 ve polis eşliğinde getirilen olguların oranı %10'dur.

Zorunlu yatış olgularında 68 erkek (%68) ve 32 kadın (%32) olgunun yaş ortalaması 37.1±18.2 ve 38.2±10.3'tür. Erkeklerde medenî durum sıklıkla bekâr olarak saptanırken, kadınlarda evli ve bekâr olma oranları eşittir (p< 0.001). Olguların %84'ü birinci derece akrabası ile %10'u ise yalnız yaşamaktadır. Zorunlu yatış yapılan olguların ortalama eğitim süreleri 7.7±3.4 yıl olarak bulunmuştur. Yalnız yaşayan olgu-

Table 1. Türk Medenî Kanunu, Maddeler: 396-437 2.Kitap 3.Kısım 1.Bölüm:

Aile Hukuku-Vesayet-Vesayet Düzeni.

Madde 432. - Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması halinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar. Bu konuda kişinin çevresine getirdiği külfet de göz önünde tutulur. İlgili kişi durumu elverir elvermez kurumdan çıkarılır.

Madde 433. - Yerleştirme veya alıkoymaya karar verme yetkisi, ilgilinin yerleşim yeri veya gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde bulunduğu yer vesayet makamına aittir. Yerleştirme veya alıkoymaya karar veren vesayet makamı, kurumdan çıkarmaya da yetkilidir.

Madde 434.- Kısıtlı bir kişi bir kuruma yerleştirildiği veya alıkonulduğu ya da ergin bir kişi hakkında vesayete ilişkin diğer önlemlerin alınmasına gerek görüldüğü takdirde, kişinin bulunduğu yer vesayet makamı veya özel kanunlarda öngörülen ilgililer, durumu yerleşim yeri vesayet makamına bildirmekle yükümlüdürler.

Madde 435.- Kuruma yerleştirilen kişi veya yakınları, verilen karara karşı kendilerine bildirilmesinden başlayarak on gün içinde denetim makamına itiraz edebilirler.

Bu hak, kurumdan çıkarılma isteminin reddi hâlinde de kullanılabilir.

Madde 436.- Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması, aşağıdaki kurallar saklı kalmak üzere, Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu'na tâbidir:

1. Karar verilirken ilgilinin bunun sebepleri hakkında bilgilendirilmesi ve karara karşı denetim makamına itiraz edebileceğine yazılı olarak dikkatinin çekilmesi zorunludur.
2. Bir kuruma yerleştirilen kişiye, alıkonulma kararına veya kurumdan çıkarılma isteminin reddine karşı en geç on gün içinde denetim makamına itiraz edebileceği derhâl yazılı olarak bildirilir.
3. Mahkeme kararını gerektiren her istem, gecikmeksizin yetkili hâkime ulaştırılır.
4. Yerleştirme kararı veren vesayet makamı veya hâkim durumun özelliklerine göre bu istemin görüşülmesini erteleyebilir.
5. Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalığı olanlar hakkında, ancak resmî sağlık kurulu raporu alındıktan sonra karar verilebilir. Vesayet makamının daha önceden bilirkişiye başvurmuş olması hâlinde denetim makamı bundan vazgeçebilir.

Madde 437.- Hâkim, basit yargılama usulüne göre karar verir. Gerekteğinde ilgili kişiye adli yardım sağlanır. Hâkim, karar verirken ilgili kişiyi dinler.

Bunun yanında yine medenî kanunda birinci ayırmada sunulan vesayet gerektiren hâller kısmında kısıtlama ile ilgili maddeler bulunmaktadır:

Madde 405: Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır. Görevlerini yaparken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idari makamlar, noterler ve mahkemeler bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadır.

Madde 406.- Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kendisini veya ailesini darlık veya yoksulluğa düşürme tehlikesine yol açan ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehdit eden her ergin kısıtlanır.

ların eğitim yılı ortalaması (9.1±2.3), herhangi bir yakını ile yaşayanlarından (6.0±2.7) daha yüksek olarak bulunmuştur (p=0.004). Zorunlu yatışların büyük bir bölümünde sosyal güvence (sosyal güvenlik kurumu %54 ve yeşil kart %33 olguda) mevcut iken, %12 olguda zorunlu yatış ücretli olarak gerçekleşmiştir.

Zorunlu yatış olguları arasında en yaygın psikiyatrik tanı, %39 oranında şizofreni iken bunu %28 oranı ile bipolar bozukluk ve %10 oranı ile BTA psikoz izle-

mektedir. Zorunlu yatışlarda en sık üç yatırılma gerekçesi eksitasyon (%31), tedavi düzenlenmesi (%22) ve homisid riski (%21) olarak saptanmıştır. Diğer yatırılma gerekçeleri sırasıyla hostilité (%9), psikotik alevlenme (%7), intihar riski (%6), ilaç reddi (%2) ve yeme reddi (%2) olarak belirlenmiştir. Yatırılma gerekçeleri ile yatış süreleri karşılaştırılmalı incelendiğinde ilaç reddi ve yeme reddi gerekçesi ile zorunlu yatırılarak tedavi edilen hastalar en uzun yatış süresine (27.2±6.3 gün)

sahip hastalar olmuşlardır. Bunun dışında tüm zorunlu yatış olgularının genel yatış süresi 16.61 ± 7.8 gündür. Hastaların taburculuk şekillerine bakıldığında % 90'ı yakınlarının eşliğinde klinik iyilik hali ile taburcu edilmiştir. Kadınların kefaletnâme ile taburcu edilme sıklığı erkeklerden yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$).

TARTIŞMA

Bu çalışmanın sonuçlarına göre zorunlu yatış oranları azımsanmayacak orandadır (%23.11). Bu oranın literatürdeki bazı verilere göre daha az olduğu gözlemlenebilir. Ancak zorunlu yatış oranlarının farklı çevrelere göre değişkenlik göstermesi anlaşılabilir bir durumdur. Bu değişkenlikten sorumlu etkenlerin başında, ülkelerin yasal, kültürel, etik ve ekonomik alanlardaki farklı uygulamalarının geldiği düşünülmektedir. Nitekim literatürde Amerika Birleşik Devletleri'nde zorunlu yatış oranları %42 iken, İskandinav ülkelerinde %48 ilâ %85 arasında değişen oranlar bildirilmiştir. Finlandiya'da ise zorunlu yatış %12 oranında bildirilmektedir (Potkonjak ve Karlovi? 2008).

Çalışmamızda zorunlu yatış olgularının üçte ikilik çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu saptanmıştır ki, bu durum Japonya ve Kuzey Amerika verileri ile benzerlik göstermektedir (Kallert TW. 2008). Potkonjak ve arkadaşlarının (2008) Hırvatistan örneğinde yaptıkları çalışmada ise kadın ve erkek zorunlu yatış oranları benzerdir. Bizim çalışmamızda erkek olgular arasında bekâr olma sıklığı daha fazladır. Erkeklerde bakım veren sıklıkla kendi ebeveynleri iken, kadın olguların bakım vereni daha sıklıkla eşleridir. Aile öyküsü, madde kullanımı öyküsü ve adli öykü erkek olgular arasında sık iken, intihar girişimi kadın olgular arasında daha siktir. Polis ve/veya 112 ile âcil servise başvuru erkek olgular arasında daha sık bulunmuştur. Vesayet talebi her iki cinsiyette benzer iken, vasî atanması erkek olgular arasında daha siktir.

Literatürde zorunlu yatış yapılan hastaların çoğunluğunun herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığına dair yayınlar olmasına rağmen bizim çalışmamızda zorunlu yatış yapılan hastaların çok büyük bir kısmının bir sağlık güvencesi olduğu saptanmıştır (Kallert TW. 2008, Raboch J ve ark. 2010, Van der Post L ve ark. 2008, Sheehan KA. 2009). Sağlık güvencesi olmayanların da ücretleri sosyal politikalar nedeniyle devlet tarafından ödenmektedir. Bizim çalışmamızda en sık zorunlu yatış gerekçesi eksitasyon iken, Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda homisid ve benzeri riskler olarak bildirilmiştir (Kallert TW. 2008, Raboch J ve ark. 2010, Van der Post L ve ark. 2008, Paw?owski T ve ark. 2005).

Zorunlu yatışlar çoğunlukla acil servise başvur-

makta ve âcil servisten yatırılmaktadırlar. Bu hastalar âcil servislere 112 ambulansları ve polis eşliğinde getirilmektedir. Bu sonuçlar literatürde bildirilenlere uygunluk göstermektedir (Potkonjak J, Karlovi? D. 2008, Kallert TW. 2008, Raboch J ve ark. 2010, Van der Post L ve ark. 2008). Bunun yanında bizim çalışmamızda âcile başvuran olgular arasında herhangi bir yakını olmayan ve sâdece polis veya 112 ambulansı ile getirilen olguların oranı %10 ile sınırlı kalmaktadır. Bu oran yalnız yaşayanların oranına benzerdir. Olguların büyük çoğunluğu birinci derece yakını ile yaşarken yalnız yaşayanların oranı %10'dur. Oysa yalnız yaşama oranı literatürde bildirilen diğer ülkelerde çok daha fazladır (Kallert TW. 2008, Raboch J ve ark. 2010, Keown ve ark. 1983, Sheehan KA 2009, Paw?owski T 2005, Monahan J. 1995). Bu durum toplumumuzda aile yapısının işlevselliğinin halen korunduğu izlenimini vermektedir.

Zorunlu yatış yapılan hastalar arasında en yaygın psikiyatrik tanı şizofreni (%39) olarak tesbit edilmiştir. Psikotik bozukluklar ile duygudurum bozuklukları arasında psikotik bozukluk olgularında erkek ve bekâr olma sıklığı duygudurum bozukluğu olan olgulardan daha sık bulunmuştur. Bu olguların bakım verenleri karşılaştırıldığında bakım verenleri sıklıkla kendileri, anneleri ve babalarıdır. Psikotik bozukluk olgularında acil servise başvuru sonrası yatış ayaktan tedavi merkezi sonrası yatıştan daha siktir. Psikotik bozukluk olgularında homisid ve hostilete nedeniyle yatış, duygudurum bozukluğu tanısı alanlardan daha siktir. Aile öyküsü, madde kötüye kullanımı, intihar ve adli öykü sıklığı iki grup arasında benzerdir. Vesayet talebi iki grup arasında benzer iken, vasî tâyin edilmesi psikotik bozukluk olgularında daha sık bulunmuştur. Zorunlu yatış olgularının yatış ön-tanıları ile taburculuk tanıları karşılaştırıldığında BTA Psikoz tanısı azalırken şizoaffektif bozukluk tanısı artış göstermektedir.

SONUÇ

Bu çalışma geriye dönük yapılmış bir araştırmanın kısıtlılıklarını taşımaktadır. Bu çalışmanın bir diğer kısıtlılığı, zorunlu yatış olgularının sayısının yüz kişi ile sınırlı olmasıdır. Buna karşılık ülkemizde bu alanda yeterli sayıda çalışma olmaması ve zorunlu yatış yapılan olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri hakkında çok şey bilinmemesi bu çalışmanın değerini artırmaktadır. Konuyla ilgili yeterli çalışmanın olmayışı, pek çok bulgumuza karşılaştırma olanağı sunmamaktadır. Konunun önemi göz önüne alındığında, bu alanda daha başka çalışmaların yapılması bir ihtiyaçtır. Diğer taraftan zorunlu yatışların oranlarının azaltılmasının yolları da aranmak zorundadır.

KAYNAKLAR

- Kallert TW (2008) Coercion in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*; 21: 485-489.
- Keown P, Mercer G, Scott J (1983) Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act, and number of psychiatric beds in England 1996-2006. *BMJ*; 9: 337-347.
- Monahan J, Hoge SK, Lidz C ve ark (1995) Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatr*; 18: 249-263.
- Paw?owski T, Kiejna A, Rymaszewska J (2005) Involuntary commitment as a source of perceived coercion. *Psychiatr Pol*; 39: 151-159.
- Potkonjak J, Karlovi? D (2008) Sociodemographic and medical characteristics of involuntary psychiatric inpatients retrospective study of five-year experience with Croatian Act on Mental Health. *Acta Clin Croat*; 47: 141-147.
- Raboch J, Kalisová L, Nawka A (2010) Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv*; 61: 1012-1017.
- Sheehan KA (2009) Compulsory treatment in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*; 22: 582-586.
- Türk Medeni Kanunu, Maddeler: 396-437 2.Kitap 3.Kısım 1.Bölüm: Aile Hukuku-Vesayet-Vesayet Düzeni.
- Van der Post L, Schoevers R, Koppelmans V ve ark (2008) The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I); a prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area. *BMC Psychiatry*; 14: 8-35.