

Araştırma / Original article

Bir psikiyatri devlet hastanesindeki yapısal ve işlevsel dönüşümün psikiyatrik tedavi kalitesine etkisi

Mustafa BİLİCİ,¹ Ergün SEVİNÇ,² Cüneyt ÜNSAL,³ Aytül HARİRİ,³ Hülya ENSARI⁴

ÖZET

Giriş: Bu çalışmanın amacı bir psikiyatri devlet hastanesinin eğitim ve araştırma hastanesine dönüştürülmeden önceki ve sonraki dönemlerinde sunulan yataklı psikiyatrik tedavi hizmetlerin kalitesini karşılaştırmaktır. Çalışmanın temel varsayımı, dönüşümden sonra yataklı psikiyatrik tedavi hizmetlerin kalitesinin yükseldiğidir. **Yöntem:** Bu çalışmada, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde sunulan yataklı psikiyatrik hizmetlerin, dönüşümden önceki 2005-2006 yılları arası (A dönemi) ve dönüşümden sonraki 2007-2008 yılları arasında (B dönemi) sunulan psikiyatrik hizmetlerinin kalitesi karşılaştırılmıştır. Çalışma hem A, hem de B döneminde yatarak tedavi edilmiş olan tüm hastaların (s=185, 100 erkek, 85 kadın) dosya bilgileri üzerinden geriye dönük olarak gerçekleştirilmiştir. Karşılaştırmada Psikofarmakolojik Tarama Ölçütleri, yatış süresi, yatış sayısı, son iki yatış arasında geçen süre, yatış ve çıkış tanı dağılımları, kliniğe kabul biçimleri ve hastalara uygulanan EKT tedavisinin ayrıntıları gibi parametreler kullanılmıştır. **Bulgular:** A döneminde hastaların hastaneye yatış sayısı B dönemine göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Ayrıca hastaların son iki yatışı arasındaki süre B döneminde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. B döneminde A dönemine göre klasik antipsikotik kullanım oranı anlamlı olarak azalmış, buna karşın atipik antipsikotik kullanım oranı artmıştır. Antikolinergik (AK) kullanımı sırasında birlikte birden fazla psikotrop ilaç kullanım oranı A döneminde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. A döneminde antipsikotik (AP) ve antidepressan (AD) ilaçların, B döneminde ise sadece AD grubu ilaçların daha fazla oranda endikasyon dışı kullanıldığı saptanmıştır. A döneminde tüm ilaçların dokümantasyon eksikliği oranları, kabul edilen %10 sınırının üzerindedir. A döneminde AP, AK ve duyudurum düzenleyici ilaçların belirlenen doz aralıkları dışında kullanım oranları B dönemine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. **Tartışma:** Hastalara B döneminde sunulan psikiyatrik hizmet kalitesinin A dönemine göre yükseldiği söylenebilir. Bu durum hekimlerin A dönemindeki klinik yoğunluğuna bağlanabilir. Psikiyatri hastanelerinin eğitim ve araştırma hastanelerine dönüştürülmesinin hekimlerin klinik yoğunluğunu azaltarak kaliteyi artıracığı söylenebilir. (*Anadolu Psikiyatri Derg.* 2013;14:100-7)

Anahtar sözcükler: Psikiyatri devlet hastanesi, psikiyatrik tedavi kalitesi

The effect of structural and functional changes in a psychiatric state hospital on the quality of psychiatric treatment

ABSTRACT

Objective: The aim of the study is to compare the quality of inpatient psychiatric treatment services offered by the hospital before and after the hospital's conversion. The main hypothesis of the study is that the quality of the inpatient psychiatric treatment services offered by the hospitals has improved after the conversion. **Methods:** This study compares the quality of inpatient psychiatric treatment services offered at Erenköy Psychiatric State

¹ Prof.Dr., Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İstanbul

² Arş.Gör.Dr., ³ Uzm.Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul

⁴ Uzm.Dr., Bolu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Yazışma adresi / Address for correspondence:

Prof.Dr. Mustafa BİLİCİ, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Bağcılar/İstanbul, Türkiye

E-mail: bilicimustafa@gmail.com

Geliş tarihi: 18.06.2012, Kabul tarihi: 21.10.2012 doi: 10.5455/apd.34485

Anatolian Journal of Psychiatry. 2013;14:100-7

Hospital before the conversion between the years 2005-2006 (Period A) and after the conversion between the years 2007-2008 (Period B). The study is completely based upon the files of the inpatients who have been treated in both Period A and Period B (n=185, 100 male, 85 female), which were reviewed retrospectively. Psychopharmacologic Screening Criteria, duration of hospital stay, number of stay, the duration between the last two stays, the range of diagnosis between entrance and discharge, the types of acceptance into the hospital and the details of the electroconvulsive therapy are some of the parameters used for comparison. **Results:** It was found that the number of hospital stays within Period A is significantly higher than the number of hospital stays in Period B. In addition the duration between the last two hospital stays was found to be significantly longer in Period B. The usage rate of typical antipsychotics was found to be decreased significantly in Period B. In contrast, the usage rate of atypical antipsychotics was found to be increased in Period B. The usage rate of anticholinergics (AC) accompanied by more than one psychotropic medication was found to be significantly higher in Period A. The ratio of off-label use of antipsychotics (AP) and antidepressants (AD) were found to be higher in the Period A. However, the ratio of off-label use of AD was found to be higher in the Period B. Lack of drug documentation was higher than the minimal acceptable level of 10% in Period A. The unacceptable dosage range of AP, AC and mood stabilizer medications was significantly higher in Period A. **Discussion:** It is suggested that the quality level of the inpatient psychiatric treatment offered in Period B was higher than in Period A. This can be attributed to intensive clinical workload of the doctors. Thus, the transformation of the psychiatric hospitals into training and research hospitals may contribute to the decrease in the intensive clinical workload and in return increase the quality of inpatient psychiatric treatment. (*Anatolian Journal of Psychiatry. 2013;14:100-7*)

Key words: psychiatric state hospital, quality of psychiatric treatment

GİRİŞ

Türkiye’de son yıllarda uygulanmakta olan “sağlıkta dönüşüm programı” (SDP) tıbbi ve psikiyatrik hizmetlerin kalitesinde büyük değişiklikler meydana getirmiştir. Bilindiği gibi, SDP gereği farklı resmi kurumlara bağlı sağlık hizmetleri birleştirilerek Sağlık Bakanlığı (SB) çatısı altında toplanmıştır. Bu birleşme sonucunda hem genel, hem de psikiyatri hastanelerinde oluşan yapısal ve işlevsel değişiklikler gerek tıbbi, gerekse psikiyatrik tedavi hizmetlerinin kalitesini büyük ölçüde etkilemiştir.

SDP sadece psikiyatrik tedavi hizmetlerini değil, psikiyatri uzmanlık eğitimini de etkilemiştir. Bu etki sonucunda uzmanlık eğitimi verilen psikiyatri hastanesi sayısı birden ikiye yükselmiş ve psikiyatrik tedavi hizmetlerine psikiyatri araştırma görevlilerinin katılımı sağlanmıştır.

Bir psikiyatri hastanesinin uzmanlık eğitimi vermeye başlamasının sunulan psikiyatrik tedavi kalitesini yakından etkilemesi beklenebilir. Psikiyatri hastanelerinde verilen tedavi hizmetlerinin kalitesi birçok değişken tarafından belirlenmektedir.¹ Nitelikli uygulamaların desteklenmesi, düzeltilmesi gereken sorunlu alanların belirlenmesi, hekimlere güncel uygulamalar konusunda eğitim sağlanması, psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisindeki sorunların tanımlanması, psikiyatrik bakımın bilimsel standartlara uygun hale getirilmesi gibi birçok parametre psikiyatrik tedavi hizmetlerinin kalitesini belirlemektedir.²⁻⁴

Araştırmalar psikiyatri hastanelerinde uygulanan tedavi kalitesini “yapısal durum”, “süreç” ve

“sonuç” olmak üzere üç alt başlıkta incelenmektedir.⁵ Hizmet veren hastanenin yapısal durumu ile ilgili araştırmaların kolay yapılması bir avantaj oluştururken, elde edilen sonuçların kaliteyi dolaylı bir şekilde yansıtması eleştiriye açıktır.^{6,7} Avantajlarının dezavantajlarına göre fazla olması nedeniyle psikiyatrik tedavi kalitesinin değerlendirilmesinde genellikle “süreçe dayalı” araştırmalar tercih edilmektedir.⁶

Bu çalışmada hem yapısal, hem de işlevsel olarak değişerek eğitim ve araştırma hastanesine dönüştürülen bir psikiyatri devlet hastanesinde sunulan yataklı psikiyatrik tedavi hizmetlerinin değişimi incelenmiştir. Literatürde benzer bir çalışmaya rastlamadığımız için bu çalışmanın alanında ilk kez yapıldığı söylenebilir. Bu araştırmanın temel varsayımı, yataklı psikiyatrik tedavi hizmet kalitesinin hastanenin eğitim ve araştırma özelliği kazandıktan sonra daha iyi duruma geldiğidir.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmada, Sosyal Sigortalar Kurumu’na (SSK) bağlı bir psikiyatri hastanesi iken, uzmanlık eğitimi verme yetkisi alan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde (ERSH) sunulan psikiyatrik hizmet kalitesinin değişimi incelenmiştir. 1976-2005 yılları arasında SSK’ya bağlı bir özel dal psikiyatri hastanesi olan ERSH, 2005 yılında önce özel dal psikiyatri hastanesine, 2006 yılının sonunda ise psikiyatri

ve nöroloji dallarında eğitim ve araştırma hastanesine dönüştürülmüş ve uzmanlık eğitimine başlamıştır. Bu çalışmada ERSH'nin eğitim araştırma olmadan önceki 2005-2006 yılları arası (A dönemi) ve olduktan sonraki 2007-2008 yılları arasındaki (B dönemi) dönemlerinde sunulan psikiyatrik hizmetlerin kalitesinin karşılaştırması yapılmıştır. Hastanede A döneminde 7241, B döneminde ise 6937 hasta yatarak tedavi edilmiştir. Çalışmaya hem A hem de B döneminde yatarak tedavi edilmiş olan tüm hastalar (s=185) alınmıştır. Bu çalışma hasta dosyaları üzerinden geriye dönük olarak gerçekleştirilmiştir.

Hastanenin A ve B dönemlerindeki yapısal durumu

Hastanede psikiyatri hizmetleri A döneminde yaklaşık 100 dönümlük bir ağaçlı arazi içinde bulunan ikişer katlı, odalarında ortalama beş hastanın bulunduğu dört müstakil klinikte ve 10 odalı bir prefabrik poliklinikte verilmekteydi. B döneminde klinik sayısı değişmemiş, ancak servislerde ciddi tadilatlar yapılmıştır. Ayrıca B döneminde yeni ayaktan tedavi ve acil birimleri inşa edilmiştir. A dönemindeki 300 civarında olan psikiyatri yatak sayısı B döneminde azaltılarak 225'e indirilmiştir. A dönemindeki psikiyatri uzman hekim sayısı ortalama 20'den, B döneminde beş eğitim görevlisinin göreve başlaması ile 25'e yükselmiştir. A döneminde psikiyatri araştırma görevlisi olmayan hastanede, B döneminde 50 civarında asistan hekim görev yapmaya başlamıştır. Hemşire sayısı A döneminde yaklaşık 30 iken, B döneminde bu sayı yaklaşık 90 olmuştur. A döneminde yaklaşık 15 devlet memuru ile verilen temizlik, yemek, güvenlik ve teknik işler gibi tedavi dışı hizmetler, B döneminde yaklaşık 50 kişilik personeli olan özel firmalar tarafından verilmeğe başlanmıştır. İdari hizmetlerdeki memur sayısı A döneminde yaklaşık 20 iken bu sayı B döneminde özel firmalardan satın alınan tıbbi sekreterlik hizmetleri ile birlikte yaklaşık 30'a yükselmiştir.

Hastanede A ve B dönemlerinde sunulan yataklı psikiyatrik hizmetler

A döneminde günlük ortalama 100 civarında olan poliklinik sayısı, B döneminde yaklaşık 600'e yükselmiştir. A döneminde yatak doluluk oranı ortalama %78, B döneminde yaklaşık %83 olmuştur. A döneminde yaklaşık 100 yatan hastaya ortalama 7 psikiyatri uzmanı, 10 hemşire ve 5 tedavi dışı personel hizmet verirken; B döneminde bu sayılar sırasıyla 11 (asistanlarla **Anatolian Journal of Psychiatry. 2013;14:100-7**

birlikte sayı 33 olmaktadır), 40 ve 13 olmuştur.

Değerlendirme ölçütleri

Psikofarmakolojik Tarama Ölçütleri: Uygulanan psikofarmakolojik tedaviler Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yatan hastalar için hazırladığı Psikofarmakolojik Tarama Ölçütleri (PTÖ) temel alınarak değerlendirilmiştir.⁸ PTÖ içinde anksiyolitik (AX), antipsikotik (AP), antikolinergik (AK), antidepresan (AD) ilaçlar ve lityum tedavisiyle ilgili tarama ölçütlerinin yer aldığı formlar kullanılmıştır. Bu ölçütler sadece tarama amacıyla geliştirildiği için psikiyatrik bakımı tanımlayan standartlar getirmemektedir. PTÖ her ilaç sınıfı için geliştirilmiş olan, 1) Yaygın endikasyonlar, 2) Minimal dokümantasyon, 3) Doz aralığı, 4) Süre, 5) Eşlik eden ilaç kullanımı, 6) Yan etkiler, 7) Ek hizmetler ve 8) Kontrendikasyonlar olmak üzere sekiz alt başlık altında toplanmıştır. İlaçlar AP, AK, duygudurum düzenleyici (DDD), AD ve AX şeklinde gruplara ayrılarak değerlendirilmiştir. AP ilaçlar ayrıca klasik antipsikotik (KAP) ve atipik antipsikotik (AAP) şeklinde alt gruplara ayrılarak incelenmiştir.

"Yaygın endikasyonlar" özel ilaç gruplarının uygun kullanımlarını içeren bir liste sunmaktır. "Minimal dokümantasyon" öykü, fizik muayene, mental durum muayenesi, doktor tarafından konmuş tanı, doktor tarafından geliştirilmiş tedavi planı, imzalı kabul belgesi, belli aralıklarla doktor tarafından tutulmuş gelişme notları, günlük hemşire notları, grafik halindeki kayıtlar, laboratuvar kayıtları ve hastaneden çıkış özeti içerir. Minimal dokümantasyonun APA ölçütlerine göre dosyaların en az %90'ında bulunması gerekir. Bu listeye sonradan doz aralığı, süre, eşlik eden ilaç kullanımları, yan etkiler ve ek hizmetlerle ilgili ölçütler de eklenmiştir. "Kontrendikasyonlar" alt başlığı, psikofarmakolojide çok az mutlak kontrendikasyonun var olduğu durumları gösterir.

Diğer parametreler: PTÖ dışında hastaların A ve B döneminde klinikte yatış süreleri, yatış sayıları, son iki yatış arasında geçen süre, yatış ve çıkış tanı dağılımları (PB-Psikotik bozukluklar, DDB-Duygudurum bozuklukları, AB-Anksiyete bozuklukları, DB-Diğer bozukluklar), kliniğe kabul biçimleri ve EKT tedavisinin ayrıntıları karşılaştırmalarda kullanılmıştır.

İstatistiksel işlemler

Kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında Mc Nemar, ikili sayısal verilerin değerlendirmesinde eşleştirilmiş t-testi kullanılmıştır. Sayısal değerler ortalama±standart sapma şeklinde

verilmiştir. Anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Değerlendirmeye alınan 185 hastanın 100'ü (%54.05) erkek, 85'i (%45.95) kadındı. Hastaların A ve B dönemlerindeki bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi, A döneminde sevkle gelip yatırılan hastaların oranı B dönemine göre anlamlı olarak yüksektir. A döneminde polikli-

nikten yatırılan hastaların oranı da B dönemine göre anlamlı olarak yüksektir. A döneminde hastaneye yatış sayısı B dönemine göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Ayrıca son iki yatış arasında geçen süre B döneminde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. A ve B dönemlerinde yatış ve çıkıştaki tanı oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Hastaların A ve B dönemlerinde kullandıkları ilaçların dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. KAP kullanımı B döneminde anlamlı olarak azalmış, buna karşılık AAP kullanımı artmıştır.

Tablo 1. Hastaların A ve B dönemlerindeki bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri

Özellikler	A dönemi		B dönemi		Değer*	df	p
	Sayı	%	Sayı	%			
Medeni durum							
Evli	89	48.11	87	47.03	7.8	3	0.05
Bekar	71	38.38	69	37.30			
Boşanmış	25	13.51	29	15.68			
Geliş şekli							
Kendisi	11	5.95	12	6.49	18.8	4	0.01
Yakınıyla	124	67.03	128	69.19			
Polisle	25	13.51	39	21.08			
Sevkle	25	13.51	6	3.24			
Yatırılma yeri							0.01
Poliklinik	74	40.0	42	22.70			
Acil	111	60.0	143	77.30			
Yatışta EKT					5.41		0.65
Yapılmış	15	8.11	10				
Yapılmamış	170	91.89	175	94.59			
	Ort.±SS		Ort.±SS		t	df	p
EKT sayısı	5.20±1.71		6.30±1.10		1.37	184	0.08
Yatış süresi ^a	19.31±12.62		19.40±12.42		0.10	184	0.91
Yatış sayısı	4.13±1.51		1.71±0.68		4.73	184	0.01
S.İ.Y.A.S	32.10±39.22		67.11±42.12		9.32	184	0.001

*: McNemar-Bowker Test değeri, a: Toplam gün, S.İ.Y.A.S.: Son iki yatış arasındaki süre (ay).

Tablo 2. Hastaların A ve B dönemlerinde kullandıkları ilaçlar

İlaç grubu	A dönemi		B dönemi		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
Antipsikotik	173	93.51	180	97.29	0.12
Klasik antipsikotik	120	64.86	102	55.13	0.04
Atipik antipsikotik	62	33.51	98	52.97	0.01
Antikolinerjik	124	67.02	101	54.59	0.07
Duygudurum düzenleyici	38	20.54	45	24.23	0.13
Antidepresan AD	30	16.21	28	15.13	0.78
Anksiyolitik	35	18.91	42	22.70	0.12

*: McNemar Test

İlaç kombinasyonları ile ilgili ayrıntılar Tablo 3'te verilmiştir. Aynı gruptaki ilaç kombinasyon oranları A ve B döneminde benzer bulunmuştur. AP kombinasyonları KAP+KAP veya KAP+AAP şeklinde olmuştur. İki dönemde de KAP tedavi-

sine en çok eklenen AAP risperidon ve olanzapindir. A döneminde yatıştan 5.19 ± 0.34 gün, B döneminde 5.82 ± 0.24 gün sonra KAP tedavisine AAP eklenmiş ve bu süreler benzer bulunmuştur ($t=-1.54$, $df=184$, $p=0.12$).

Tablo 3. İlaçların A ve B dönemlerinde birlikte kullanım oranları

Kombinasyon	A dönemi		B dönemi		p*
	Sayı	% ^a	Sayı	% ^a	
AP+AP	130	70.27	142	76.75	0.08
AK+AKEBİ	35	18.91	3	1.62	0.001
DD+DD	5	2.70	12	6.48	0.05
AD+AD	3	1.62	2	1.08	0.84
AX+AX	0	0	0	0	1.0
AP+ >1BGİ	155	83.78	147	79.45	0.25
AK+ >1BGİ	105	56.75	62	33.51	0.03
DD+ >1BGİ	28	15.13	38	20.54	0.11
AD+ >1BGİ	22	11.89	18	9.72	0.77
AX+ >1BGİ	25	13.51	31	16.75	0.62

*: McNemar test, a: Tüm grup içindeki oranları göstermektedir, AP: Antipsikotik, AK: Antikolinerjik, AKEBİ: Antikolinerjik etkili başka bir ilaç DDD: Duygudurum Düzenleyici, AD: Antidepresan, AX: Anksiyolitik, >1BGİ: Birden fazla başka gruptan bir ilaç.

Bir gruba başka bir gruptan ilaç eklenme oranları da iki dönemde benzer bulunmuştur. Aynı zaman diliminde ikiden fazla psikotrop kullanım oranı A ($n=148$, %80) ve B ($n=130$, %70.2) döneminde benzer bulunmuştur ($p=0.09$). AK ile birlikte AP dışında trisiklik antidepresan gibi AK etkili başka bir ilacın birlikte kullanım oranı A döneminde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Farklı ilaç gruplarının A ve B dönemlerinde APA

ölçütlerinde belirtilmiş olan “yaygın endikasyon dışı kullanım oranları” Tablo 4'te gösterilmiştir. Bu oranlar DDD grubu dışındaki ilaçlar için benzer bulunmuştur. Ancak APA'nın, ilaçların kabul edilmiş endikasyonlarda kullanım oranı (%90) göz önüne alındığında, A döneminde AP ve AD grubu ilaçların, B döneminde ise sadece AD grubu ilaçların daha yüksek oranda endikasyon dışı kullanıldığı saptanmıştır.

Tablo 4. İlaç gruplarının A ve B dönemlerinde yaygın endikasyon dışı kullanım oranı

İlaç grupları	A dönemi		B dönemi		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
Antipsikotik	20	10.81	17	9.18	0.42
Antikolinerjik	0	0	0	0	1.0
Duygudurum düzenleyici	12	6.48	7	3.78	0.04
Antidepresan AD	65	35.13	60	32.43	0.25
Anksiyolitik	0	0	0	0	1.0

*: McNemar test,

A ve B dönemde hasta dosyalarındaki APA ölçütlerine göre ilaç kullanım sırasındaki minimal dokümantasyon durumu Tablo 5'te gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi A ve B dönemlerindeki ilaç gruplarında dokümantasyon

oranları arasındaki farklar anlamlıdır. A döneminde tüm ilaçların dokümantasyon eksikliği oranları, kabul edilen %10 sınırının üzerindedir.

A ve B dönemlerinde ilaçların doz aralıkları

Tablo 5. A ve B dönemlerinde farklı ilaç gruplarının kullanımı sırasındaki minimal dokümantasyon durumu

İlaç grupları	A dönemi		B dönemi		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
Antipsikotik	185	100.0	17	9.18	0.001
Antikolinergik	185	100.0	15	8.10	0.001
Duygudurum düzenleyici	185	100.0	8	4.32	0.001
Antidepresan	185	100.0	5	2.70	0.001
Anksiyolitik	185	100.0	2	1.08	0.001

*: McNemar test,

dışında kullanım oranlarının karşılaştırması sonucunda AP (%10.81'e karşılık %4.32, McNemar test p=0.02) AK (%78.37'e karşılık %8.10, McNemar test p=0.001) ve DDD (%21.62'e karşılık %2.70, McNemar test p=0.001) grubu ilaç gruplarının A dönemindeki doz aralıkları dışında kullanım oranları B dönemine göre anlamlı olarak yüksektir.

İlaç kullanımına bağlı yan etkiler değerlendirildiğinde A döneminde dokümantasyon yetersizliği nedeniyle herhangi bir kayıt bulunamamıştır. B döneminde AP kullanımına bağlı yan etkiler ayrıntılı olarak kaydedilmiştir. Ayrıca B döneminde ilaç tedavisinden önce rutin biyokimyasal ve EKG tetkiklerin yapıldığı görülmüştür. A döneminde EKT öncesi hastaların kardiyolojik bir değerlendirmeden geçirildiğine ilişkin bir bulguya rastlanmamış ve hastalara çoğu kez anestezi olarak EKT uygulandığı görülmüştür. B döneminde EKT öncesi iç hastalıkları ve anestezi konsültasyonlarının rutin olarak yapıldığı, EKT uygulaması ile ilgili ayrıntılı kayıt tutulduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada bir psikiyatri hastanesinin eğitim ve araştırma niteliği kazanmadan önceki (A dönemi) ve sonraki (B dönemi) iki yıllık dönemde de yatan hastalara uygulanan psikiyatrik tedavinin kalitesi karşılaştırılmıştır.

A döneminde yatırılan hastaların B dönemine göre çoğunun sevkle gelmiş olması, hastanenin A döneminde tüm Türkiye'den SSK'lı hastaları kabul etmesi ile açıklanabilir. Ancak SDP gereği hastaların tüm resmi kurumlara başvurmasının önünün açılması sonucunda B döneminde sevkle yatışların oranı azalmıştır. Benzer şekilde A döneminde poliklinikten ve muayeneha-

neden yatırılan hastaların oranı B dönemine göre yüksek bulunmuştur. B döneminde ise, hastaların anlamlı olarak acilden yatırıldıkları dikkati çekmiştir. Bu durum A döneminde hastaların yatmak için muayenehaneye uğramaları gerektiği şeklindeki bir alışkanlıktan kaynaklanmış olabilir. B döneminde muayenehanelerin kapanmaya başlaması ve hasta izlemelerini daha sistemli yapılmaya başlaması acilden yatışların artışını açıklayabilir. Nitekim B döneminde A dönemine göre hastaların gerek yatış sayısının azalması, gerekse son iki yatış arasında geçen sürenin artması hasta izlemelerinin daha sistemli yapıldığını destekleyebilir. B döneminde dal polikliniklerinin kurulmaya başlaması belirli tanıdaki hastaların aynı ekip tarafından sürekli izlenmesine, tedavi uyumunun artmasına ve sonuçta yatış sayısının azalmasına yol açmış olabilir. Yatış sayısı ile hastalık gidişinin kötüleşmesi arasındaki pozitif ilişki göz önüne alındığında, B dönemindeki uygulamaların psikiyatrik bakım kalitesini yükselttiği söylenebilir.^{9,10}

Bu çalışmada iki dönemde de en çok kullanılan ilaç grubunun AP'ler olduğu bulunmuştur. Bir çalışmada psikiyatri hastanelerinde hastaların %58 oranında AP kullandığı, AP alan hastaların yarısının ise AK kullandığı bulunmuştur.¹¹ Türkiye'de psikiyatri hastanelerinde yatan hastaları kapsayan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.¹² Biz ayrıca B dönemindeki KAP kullanım oranının A dönemine göre anlamlı olarak azaldığını, buna karşılık AAP kullanımının arttığını bulduk. Bizim sonuçlarımız yukarıdaki bulgularla uyumludur. Bu bulgular hem ilaç şirketlerinin etkisi, hem de B döneminde değişen hekim profilinin yeniliklere daha açık olması ile açıklanabilir. Türkiye'de psikotik ve psikotik özellikli DDB'li hastaların genellikle psikiyatri hastanelerine yatırıldığı bilinen bir gerçektir. Bu

durum psikiyatri hastanelerinde yatan hastalarda en fazla kullanılan ilaç grubunun AP olmasını anlaşılır kılabilir.

AP ile birlikte ekstrapiramidal yan etkileri gidermek için sıklıkla antiparkinsoniyen bir ilaç kullanılması AK'ların ikinci sıklıkta kullanılmasını açıklayabilir. Ancak tartışılması gereken konu, AK ile birlikte trisiklik antidepressan gibi antikolinergik etkili ilaçların birlikte kullanım oranının A döneminde daha yüksek bulunmuş olmasıdır. Bilindiği gibi, AK etkili ilaçların birlikte kullanımı çeşitli düzeyde konfüzyonel tabloların ortaya çıkmasına yol açabilir. Fakat yetersiz dokümantasyon nedeniyle A döneminde hastalarda konfüzyonel tabloların ortaya çıkıp çıkmadığı bilinmemektedir. B döneminde AK etkili ilaç kombinasyonlarının tercih edilmemesi akılcı ilaç kullanımına daha uygundur. İki dönem arasındaki bu farklılık ilaç tedavilerinin B döneminde asistan, uzman ve eğitim görevlisinden oluşan bir ekip tarafından tartışılarak uygulanmasından kaynaklanmış olabilir.

APA ölçütlerine göre, psikotrop ilaç grupları için yatan hasta dosyalarının en az %90'ında minimal dokümantasyonun bulunması gerektiği bildirilmiştir.^{9,13} A döneminde hasta dosyalarında istem dışında ilaç grupları için herhangi bir dokümantasyon bulunmamıştır. Bu yetersizlik A döneminde hasta başına düşen hekim, hemşire ve yardımcı personel sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. B döneminde hasta başına düşen hekim, hemşire ve yardımcı personel sayısının A dönemine göre yaklaşık 4-5 kat yükselmiş olması, dokümantasyonun daha sağlıklı yapılmasını sağlamış olabilir.

Bu çalışma iki dönemde de polifarmasi oranlarının yüksek olduğunu göstermiştir. Birçok çalışmada psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan hastaların yaklaşık yarısının iki veya daha çok psikotrop ilacı birlikte kullandıkları saptanmıştır.^{11,14,15} Bu durum psikiyatri hastanelerine yatırılan hasta profilinin görece ağır ve tedaviye dirençli olması ile açıklanabilir. Ayrıca iş yükünün fazlalığı ve hasta başına düşen doktor sayısının azlığı da polifarmasiyi artırmış olabilir.¹⁶ A döneminde yatan, B döneminde ise ayaktan hasta başına düşen hekim sayısında düşüklük hekimin bir an evvel hastayı stabilize etmek için hızlı davranmasına ve dolayısı ile polifarmasiyi tercih etmesine yol açmış olabilir.¹⁷

A döneminde AP ve AD grubu ilaçların, B döneminde ise sadece AD grubu ilaçların yaygın endikasyon dışı kullanım oranları, kabul edilen %10 sınırının üzerinde bulunmuştur. AD grubu

ilaçların iki dönemde de daha yüksek oranlarda tercih edildiği dikkati çekmektedir. Bu bulgu diğer çalışmalarla uyumludur.¹² APA ölçütleri, antidepressanların belirli durumlarda endikasyonu olduğunu bildirmektedir. Klinik pratikte bu endikasyonlar dışında AD'lerin kişilik bozuklukları, şizofreni ve dissosiyatif bozukluk gibi birçok psikiyatrik bozukluğa eşlik eden depresif belirtilerin tedavisinde de kullanılması bu yüksekliği açıklayabilir.

AP, AK ve DDD ilaçların A döneminde B dönemine göre belirtilen doz aralıkları üzerinde kullanıldığı dikkati çekmiştir. A döneminde özellikle AK ilaçların APA ölçütlerinde bildirilen 2-8 mg/gün şeklindeki doz aralığından daha yüksek oranda kullanılması bu dönemde KAP'lerin daha yüksek oranda tercih edilmesi ile izah edilebilir. Bu çalışmada A döneminde AP'lerin PTÖ'de belirtilen %10'luk oranı geçtiğinin bulunması, yüksek doz AK kullanımını açıklayabilir. A döneminde kısıtlı personel desteği ile tek başına hastanın tedavisini düzenlemek durumunda kalan psikiyatri uzmanı, ister istemez hastayı daha kısa sürede stabilize etmek için yüksek doz ilaç kullanmayı tercih etmiş olabilir. Ayrıca tüm Türkiye'den hastaların yatmak üzere hastaneye sevk edilmesi hekimlerde yatak bulma kaygısına yol açarak yüksek doz ilaç kullanımını artırmış olabilir. Böylece bir an önce stabilize edilen hastanın taburcu edilerek yerine başka bir hastanın alınmasının yolu açılmış olmaktadır.

Sonuç olarak hastanenin A döneminde yatan hastalara sunulan psikiyatrik hizmet kalitesinin B dönemine göre düşük olduğu söylenebilir. Kalite kontrol programı göz önüne alındığında, A döneminde "sürece dayalı" psikiyatrik tedavi kalitesinin yetersiz olduğu söylenebilir.⁶ Bu durum genel hastanelere göre psikiyatri hastanelerindeki hekimlerin klinik yoğunluğunun psikiyatrik tedavi kalitesini azaltmış olmasına bağlanabilir.⁹ Oysa B döneminde bu eksikliğin büyük oranda ortadan kalktığı görülmüştür. Bu nedenle psikiyatri hastanelerinin eğitim ve araştırma hastanelerine dönüştürülmesinin kaliteyi artıracığı söylenebilir.

Bu çalışmanın en önemli üstünlüğü çalışmaya iki dönemde de yatmış olan hastaların alınmış olmasıdır. Bu seçimin en önemli avantajı iki dönemi aynı hastalar üzerinden sürece dayalı olarak karşılaştırabilme olanağı sunmasıdır. Ancak B döneminde hastaların süregelenleşme eğilimine girmiş olması bir dezavantaj oluşturmuş ve kalite değerlendirmelerini etkilemiş olabilir. Değerlendirmeyi etkileyen bir diğer önemli

kısıtlılık ise, çalışmanın belli ölçütlerle dosya üzerinden geriye dönük olarak yapılmış olmasıdır. Çalışmanın yapısı gereği bu tür araştırmaların geriye dönük ve dosya üzerinden yapılması daha kolay olsa da, ileriye dönük çok daha kapsamlı ölçütlerin kullanıldığı çalışmalarla tedavi kalitesinin değerlendirilmesi daha doğru sonuçların elde edilmesini sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Fauman MA. Quality assurance monitoring in psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1989;146:1121-30.
2. Brook RH, Appel FA. Quality-of-care assesment: choosing a method for peer review. *N Engl J Med*. 1973;288:1323-9.
3. Kessner DM. Quality assessment and assurance: early signs of cognitive dissonance. *N Eng J Med*. 1978;298:381-6.
4. Schaub RT. Quality assurance in psychiatric care. *Pharmacopsychiatry*. 1994;27(Suppl.1):46-50.
5. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-8.
6. Liptzin B. Quality assurance and psychiatric practice: a review. *Am J Psychiatry*. 1974;131:1374-7.
7. Sateia MJ, Gustafson DH, Jonhson SW. Quality assurance for psychiatric emergencies. An analysis of assessment and feedback methodologies. *Psychiatr Clin North Am*. 1990;13:35-48.
8. Dorsey R, Ayd FJ Jr, Cole J, Klein D, Simpson G, Tupin J, et al. Psychopharmacologic screening criteria development project. *JAMA*. 1979;241:1021-31.
9. Eaton WW, Bilker W, Haro JM, Herrman H, Mortensen PB, Freeman H, et al. Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part I. Risk for rehospitalization. *Schizophr Bull*. 1992;18:217-28.
10. Hugo M, Smout M, Bannister J. A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36:504-8.
11. Michel K, Kolakowska T. A survey of prescribing psychotropic drugs in two psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry*. 1981;138:217-21.
12. Ensari H, Ceylan ME, Kılınc E, Kenar J. Türkiye'deki ruh hastalıkları hastanelerindeki psikofarmakolojik tedavilerin kalite yönünden değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2004;14:68-78.
13. Mattson MR, Wilson GF. *Manual of Psychiatric Quality Assurance: American Psychiatric Association Committee on Quality Assurance*. Washington, DC, APP, 1991.
14. Tyrer P. Drug treatment of psychiatric patients in general practice. *Br Med J*. 1978;2:1008-10.
15. Tibaldi G, Munizza C, Bollini P. Utilization of neuroleptic drugs in Italian mental health services: a survey in Piedmont. *Psychiatr Serv*. 1977;48:213-17.
16. Famuyiwa OO. Intra-city differences in psychotropic drug use: a Nigerian scene. *J R Soc Health*. 1996;116:299-303.
17. James WS. Introducing quality assurance to a state hospital medical staff. *Psychiatr Clin North Am*. 1990;13:25-34.