

Türkiye'deki Ruh Hastalıkları Hastanelerindeki Psikofarmakolojik Tedavilerin Kalite Yönünden Değerlendirilmesi

Hülya Ensari¹, M. Emin Ceylan², Emine Kılınç³, Jülide Kenar³

ÖZET:

Türkiye'deki ruh hastalıkları hastanelerindeki psikofarmakolojik tedavilerin kalite yönünden değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada Türkiye'deki Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastane (R.S.H.)'lerinde uygulanan psikofarmakolojik tedavilerin kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu amaçla Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin hazırlamış olduğu "Psikofarmakolojik Tarama Kriterleri" kullanılarak, ülkemizdeki 7 R.S.H.'nden örnek olarak seçilen 3'ünde toplam 612 yatan hasta dosyası geriye dönük olarak incelenmiş; uygulanmış olan antipsikotik, antiparkinsoniyen, anksiyolitik, antidepresan ve lityum tedavilerinin yaygın olarak kabul edilmiş endikasyon, minimal dökümantasyon, uygun doz aralığı, süre, eşlik eden ilaç kullanımı, ek hizmetler, yan etki ve kontrendikasyon açısından APA kriterlerine uygunlukları araştırılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada, tüm psikotrop ilaç gruplarında tedavinin kalite kontrolünde en önemli veri kaynağı olan minimal dökümantasyonun (%36.7-%65.6) oldukça yetersiz olduğu; polifarmasi uygulamalarının tüm ilaç gruplarında (%30.2-%77.7) yaygın olduğu, verilen tedavinin takibinde önemli olan ve içinde laboratuvar tetkikleri ve yaşamsal işlevlerin takiplerinin de yer aldığı ek hizmetlerin tüm psikotrop ilaç gruplarında (%26.2-%65.1) sıklıkla eksik olduğu saptanmıştır.

Tartışma: Hastaneler arası bir karşılaştırma hedeflenmediği için 3 R.S.H.'nde saptanan değerlerin toplamı tartışılmıştır. Bizim düşüncemize göre, minimal dökümantasyon eksikliği ve polifarmasi gibi sorunların altında Türkiye'deki psikiyatrik yatakların sayısının çok az olması yatmaktadır. Olması gereken aktif yatak sayısı 60 000 iken, 6000 civarındadır. Bu durum hastaların hastanelerden erken çıkarılmalarına ve kısa zamanda tekrar yatırımlarına neden olmaktadır. Psikiyatristlerin hızlı bir tedavi amacıyla polifarmasiye yönelmesi ve dökümantasyonu eksik bırakmaları söz konusudur.

Anahtar sözcükler: kalite, psikofarmakolojik tedavi, ruh sağlığı hastalıkları hastaneleri

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004;14:68-78

ABSTRACT:

Quality assessment of psychopharmacological treatment in mental health hospitals in Turkey

Objective: In recent years, the health insurance companies and government agencies focused on the assessment of health care owing to steady increase in the cost of mental health care due to overuse of certain diagnostic and therapeutic techniques. Thus "Quality Assurance Programs" were developed in order to observe and compare the adequate use of medication in accordance with desired standards and correct the possible problems. The aim of this study was to evaluate the practice in three mental hospitals in Turkey according to "Quality Assurance Program".

Method: With the "Quality Assurance Program", the quality of care can be assessed by evaluating aspects of "structure", "process" and "outcome". "Psychopharmacological Screening Criteria" have been developed by American Psychiatric Association in order to evaluate the quality of the process of drug treatments. In this study, by using the Psychopharmacological Screening Criteria in three Mental Health Hospitals in Turkey, 612 inpatient documentations were reviewed retrospectively and inspected for antipsychotic, antiparkinsonian, anxiolytic, antidepressive drug and lithium treatments.

Results: The most important problems regarding quality assurance in these mental hospitals were deficiency in required minimal documentation, unacceptable dosage range, unusual duration of therapy, unusual concomitant prescribing, critical adverse effects, critical adjunctive services and relative contraindicative drug usage. Minimal documentation deficiency which is the most valuable resource of information in implementation of quality assurance was found to be inadequate in about 30-77.7% of all cases. Critical adjunctive services were also insufficient in all psychotropic medications with a ratio between 26.2-65.1%.

Conclusion: We determined that deficiency in minimal documentation requirement and polypharmacy are the main problem areas that should be focused on. This might be a result of a much lower number of psychiatric beds in Turkey than in other countries. There are only 6000 beds in Turkey instead of an optimal number of 60 000. Premature discharge due to lack of available psychiatric beds and revolving door syndrome are other important problem areas in assuring quality in providing mental health service.

Key words: quality, psychopharmacologic treatments, mental health hospitals

Bull Clin Psychopharmacol 2004;14:68-78

¹Uzm. Dr. Bolu Devlet Hastanesi Bolu-Turkey,
²Doç. Dr., ³Uzm. Dr. Bakırköy Ruh ve Sinir
hastalıkları Hastanesi 4. Psikiyatri Birimi
İstanbul-Turkey

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Dr. Emine Kılınç, Bakırköy Ruh ve Sinir
Hastalıkları Hastanesi 4. Psikiyatri Birimi
İstanbul - Turkey

Telefon / Phone: +90-212-543-6565/162

Elektronik posta adresi / E-mail address:
eminekilinc@hotmail.com

Kabul Tarihi / Date of acceptance:
24 Nisan 2004 / April 24, 2004

GİRİŞ

Tıpta kaliteyi aramak mükemmel anneyi aramak gibidir. Bu konuda bazı gelişmeler olmakla birlikte, kaliteli bir tıp uygulaması geliştirmeye yönelik araştırmalar halen devam et-

mekte ve tıbbi kalitenin tanımı sürekli değişmektedir. Bugün için "kalite" sayılabilecek tıbbi bakımın özellikleri, yarın "ihmal" olarak kabul edilebilir. Ruh sağlığı alanında verilen bakımın kalitesinin sürekli izlenmesi ve kontrolü de giderek önemi artan bir konu haline gelmektedir. Bunun nedenleri arasında,

hem ilaç tedavi maliyetinin ve tedaviyi kıyaslama imkanlarının artması hem de yapılan klinik ve epidemiolojik çalışmalarda mevcut psikiyatri bilgisi ile açıklanamayan klinik farklılıkların sağlanması sayılabilir (1,2,3,4). Psikiyatride kalite kontrol gözleminin ana hedefleri, nitelikli uygulamaları desteklemek, düzeltilmesi gereken alanları belirlemek, hekimlere kendi güncel uygulamaları konusunda geri bildirim yolu ile eğitim sağlamak, ruh hastalıklarının tanı ve tedavisindeki problemleri tanımlamak ve mevcut standartlara uygun olarak psikiyatrik bakımı sağlamaktır (2,5).

Kaliteli bakım, sağlığa yarar-zarar oranını en üst düzeye çıkarmak için, tıbbi kaynakların nasıl ve ne zaman kullanılması gerektiğini belirten bir seri standart bakım ilkesinden oluşturulmuştur (2,5). Kalite kontrolü ise, verilere ve olgu değerlendirmelerine dayalı olarak mevcut problemleri tanımlamak ve verilen bakımı iyileştirmeye yönelik olanaklar sağlamak amacıyla geliştirilmiş yöntemler grubudur (6). Geniş kapsamlı bir değerlendirme yönteminin geliştirilmesi için programa, kaliteli bakımı tanımlayacak standartlara, verilen bakımın standartlara uygun olup olmadığına ilişkin verilere ve ölçüm birimlerine dikkat edilmesine; ayrıca analizlerin doğru değerlendirilmesine, yöntemin maliyetinin göz önünde bulundurulmasına ve bu değerlendirmelerin sağlık hizmetleri organizasyonu içine dahil edilebilmesi için de plana gereksinim vardır (7,8).

Donabedian (9), kalite değerlendirme araştırmalarının “yapısal durum, süreç ve sonuç” olmak üzere üç alt grupta incelenmesi gerektiğini ileri sürmüştür. Liptzin (10), hizmet veren kurum, personel ve program analizini içeren yapısal araştırmaların ölçümü en kolay olmasına rağmen; bu ölçümlerin kaliteyi dolaylı bir şekilde yansıttığını belirtmiş ve hastalara ne olduğu konusunda hiç bilgi vermediği için en az öneme sahip ölçümler olarak değerlendirmiştir. Sürece dayalı araştırmalar, sıklıkla kalite kontrol programları ile değerlendirilir. Bu araştırmalar ile klinisyenlerin uyguladıkları tedavi normal standartlarla karşılaştırılarak, hastaya verilen bakımın kalitesi incelenir (8). Sonuç ile ilgili araştırmalar ise, süreç içinde verilen tedavinin etkisini gösterir. Sonuç çalışmaları, kalitenin değerlendirilmesinde hem en önemli, hem de doğrudan ölçümler olmasına rağmen; sonuçları etkileyebilecek başka faktörlerin de dikkate alınması gerektiğinden, uygulanması en zor olan araştırmalardır (10).

Süreç çalışmalarında sıklıkla, herkes tarafından kabul edilmiş tedavi yöntemlerinin bulunduğu varsayılır. Tekrar gözden geçirme ile olgular incelenir; mevcut tedavi, normal standartlar veya önceden tanımlanmış kriterlerle kıyaslanarak, tedavinin uygun bir şekilde uygulanıp uygulanmadığı araştırılır. Sürece dayalı araştırmalarda kalitenin değerlendirilmesi amacıyla kayıtların yeniden gözden geçirilmesi yöntemi, psikiyatride kayıtların tam tutulmaması nedeniyle uygulanması zor olan; ancak klinisyenlerin işlerine doğrudan müdahale edilmiyor olması ve ucuza mal olması gibi nedenlerle en sık kullanılan yoldur (10).

Ülkemizde bu konuda yapılmış bir çalışma olup olmadığını araştırıldığında Devlet İstatistik Enstitüsü bünyesinde R.S.H.H'lerinin yatak kapasitesi ve hekim sayısına ilişkin yapısal durum ile ilgili bilgilerin bulunduğu görülmüştür (14). Yine, Türkiye'de ruh sağlığı eğitimi ve hizmeti veren kurumların değerlendirilmesine yönelik anket tarzında yapılan bir başka çalışmada da kurum yöneticilerinin mevcut personel sayısı, eğitim kadrosu, teknik donanımı, eğitim programı, yatak sayısı gibi sahip oldukları fiziksel kapasitelerine dair görüşlerinin yer aldığı belirlenmiştir (15).

Bu çalışmada ülkemizdeki R.S.H.H'lerinde uygulanan psikofarmakolojik tedavilerin yeniden gözden geçirilmesi planlanmıştır. Bu amaçla, psikofarmakolojik tedavilerin endikasyon, doz aralığı, süre, eşzamanlı başka ilaç kullanımı, yan etki gelişimi, ek yardımcı hizmetler, kontrendikasyon durumları ve yeterli dökümantasyon açısından normal standartlara uygun olup olmadığı, varsa sıklıkla hangi alanlarda aksaklıklar bulunduğu ve ileride bunların giderilmesine yönelik ne tür önerilerde bulunabileceği araştırılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmada, ülkemizde bulunan R.S.H.H.'lerinden Sağlık Bakanlığına bağlı 2'si, Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı 1'i olmak üzere toplam 3 hastanenin kayıtları örnek alınmıştır. 1998 yılının herhangi bir üç aylık döneminde yatarak tedavi görmüş olan hastaların dosyaları incelenmiştir. İncelenecek dosya sayılarının belirlenmesinde örneklem formülü kullanılmıştır. Çalışmaya alınan 1 nolu R.S.H.H.'nin 1998 yılı içindeki yatan hasta sayısı 4804 olarak saptanmış; temmuz-ağustos-eylül dönemi yatan hasta sayısı 1283 olarak belirlenmiş ve

bu rakamlar formüle uygulandığında 202 dosyanın incelenmesine karar verilmiş ve bu dosyalar da yüzde hesabı yoluyla 4 dosyadan birisi olmak üzere seçilmiştir. 2 nolu R.S.H.H' den 1998 yılı içindeki yatan hasta sayısı 9553 olarak belirlenmiş; ekim- kasım- aralık dönemi yatan hasta sayısı 2195 olarak saptanmış ve bu değerlerin formüle uygulanmasıyla 217 dosyanın incelenmesine ve bu dosyaların yüzde hesabı yoluyla 2 dosya arayla seçilmesine karar verilmiştir. 3 nolu R.S.H.H.' nin 1998 yılındaki toplam yatan hasta sayısı 4339 olarak belirlenmiş; ekim- kasım- aralık dönemi yatan hasta sayısı 991 olarak saptanmıştır. Bu değerlerin formüle uygulanmasıyla 193 dosyanın incelenmesine ve bu dosyaların da yüzde hesabı yoluyla 4 dosya ara ile seçilmesine karar verilmiştir. Özet olarak, 1'nci hastaneden 202, 2'nci hastaneden 217 ve 3'ncü hastaneden 193 olmak üzere toplam 612 dosya alınmıştır. Bu dosyalarda kayıtlı olan önceden uygulanmış psikofarmakolojik tedaviler, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin hazırlamış olduğu Psikofarmakolojik Tarama Kriterleri temel alınarak yeniden gözden geçirilmiştir. Seçilen dosyalarda uygulanmış olan psikofarmakolojik tedavilerin normal standartlara uygunluğunu araştırmak üzere, APA'nın yatan hastalar için hazırlamış olduğu anksiyolitik, antipsikotik, antiparkinsoniyen ve antidepresan ilaçlar ve lityum tedavisiyle ilgili tarama kriterlerinin yer aldığı formlar kullanılmıştır. Psikofarmakolojik Tarama Kriterleri içinde bu beş ilaç sınıfının dışında stimulanlar, hipnotikler ve kimyasal madde bağımlılık tedavisine ilişkin kriterlerin de yer almasına rağmen, bu kriterler çalışmamız dışında tutulmuştur. Antikonvülzanlar ve beta-blokörler gibi psikiyatride daha az sıklıkla kullanılan ilaçlar için henüz mevcut değerlendirme kriterleri bulunmadığı için bu sınıftaki ilaçlar da çalışmamızın dışında bırakılmıştır. Çalışmaya alınan hastanelerden biri, dökümantasyonunun neredeyse yok denecek kadar az olması nedeniyle değerlendirmeye alınmamış ve elde edilen sonuçlar diğer iki hastanenin dökümantasyonlarından saptanmıştır. Yüzde hesabı dışında herhangi bir istatistiki yöntem kullanılmamıştır.

Psikofarmakolojik Tarama Kriterleri

Bu çalışmada kullanılmış olan kriterler, Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü ve APA tarafından 1977-1978 yıllarında geliştirilmiş olan orijinal Psikofarmakolojik Ta-

rama Kriterleri'nin son yenilenmiş şeklini kapsamaktadır (1991). Kriterler, APA'nın Psikiyatrik Tedavi Araştırmaları ile ilgili komitesi tarafından ilaç kullanım şekillerini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır (13). Psikofarmakolojik Tarama Kriterleri, hekim olmayan bir kişi tarafından da rahatlıkla bir çok vakayı gözden geçirebilecek; daha sonra da hekim tarafından bu seçilmiş olan daha az sayıdaki vakaların yeniden incelenmesine olanak sağlayacak şekilde açıkça düzenlenmiştir. Bu kriterler, sadece tarama amacıyla kullanım içindir. Burada yer alan kriterler, kılavuz veya bakımı tanımlayıcı standartlar değildir. Psikofarmakolojik Tarama Kriterleri, ilaç sınıflarına göre geliştirilmiştir. Her ilaç sınıfı için geliştirilmiş olan kriterler: 1. Yaygın endikasyonlar, 2. Minimal dökümantasyon, 3. Doz aralığı, 4. Süre, 5. Eşlik eden ilaç kullanımı, 6. Yan etkiler, 7. Ek hizmetler, 8. Kontrendikasyonlar olmak üzere sekiz alt başlık altında toplanmıştır.

Yaygın endikasyonlar. Burada listelenen endikasyonlar, reçetelerin büyük çoğunluğuna kaynak olan endikasyonları yansıtır. Ne yazık ki özel ilaç gruplarının uygun kullanımlarını içeren bir listeyi oluşturmamaktadır. Bu durumda, liste dışında kalan endikasyonların uygun olmadığı anlamını çıkartmamak gerekir

Minimal dökümantasyon. Öykü, fizik muayane, mental durum muayenesi, doktor tarafından konmuş tanı, doktor tarafından geliştirilmiş tedavi planı, imzalı kabul belgesi, belli aralıklarla doktor tarafından yazılmış gelişme notları, günlük hemşire notları, grafik halindeki kayıtlar (vital bulgular), laboratuvar kayıtları, ve hastaneden çıkış özetini içeren minimal dökümantasyonun APA kriterlerine göre dosyaların en az %90'ında bulunması gerekir. Bu kriter grubunda istenen bilgilerin çoğu, önceden Sağlık Bakım Kuruluşlarına Teftiş Sonrası Belge Veren Birleşik Kurul (Joint Commision Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO) tarafından sağlık kurumlarından yapılması istenen bilgilerdir. Komite bu kriterleri, farklı ortam uygulamaları için; örneğin, özel hekim muayenahaneleri, hastanelerin ayaktan tedavi üniteleri ve sağlık merkezlerini de kapsayacak şekilde düzenlemiştir. Kriterler, kurumlardan bağımsız olarak psikotrop ilaç alan tüm hastalara göre hazırlanmıştır. İlaç tedavisinin başarısız olmasının nedeni uygun olmayan dozda ilacın verilmesi veya yanlış ilaç seçimi olabileceği gibi, hastanın biyolojik yapısı da

olabilir. Bu, hekim ile ilgili etkenler dışında tedaviye yanıtı etkileyebilecek en önemli etkenlerden biridir. Bu listeye doz, süre, eşlik eden ilaç kullanımları ile ilgili kriterler sonradan ilave edilmiştir.

Nispi kontrendikasyonlar. Bu kriter psikofarmakolojide çok az mutlak kontrendikasyonun var olduğu durumu ifade eder. Diğer bir deyişle bu terim, bazı araçların belli şartlar altında kullanımı halinde (ki bu kullanım uygun da olabilir), bir başka hekim tarafından yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini anlatır. Örneğin gebelik ve emzirme tüm ilaç sınıflarında nispi kontrendikasyonlar içine dahil edilmiştir.

BULGULAR

Değerlendirmeye alınan toplam 612 hastadan 480 (%78.4)'ünün antipsikotik, 394 (%64.3)'ünün antiparkinsoniyen, 217 (%35.4)'ünün anksiyolitik, 163 (%26.6)'ünün antidepresan ve 63 (10.2)'ünün lityum tedavisi aldığı tespit edildi.

Herhangi bir psikotrop ilacın yaygın olarak kabul edilmiş endikasyonlar dışında kullanımına bakıldığında, çalışmamızda 3 ruh sağlığı merkezindeki toplam değerler, antidepresan ilaç grubunda %33.7, antipsikotik ilaç grubunda %12, lityum tedavisinde %11.1 oranında tespit edilirken; antiparkinsoniyen ve anksiyolitik ilaçların APA kriterlerinde belirtilmiş olan yaygın olarak kabul edilmiş endikasyonlar dışında kullanımla-

rına rastlanmamıştır. APA kriterlerinde, psikotrop ilaçların kullanımı sırasında %90 oranında yaygın olarak kabul edilmiş endikasyonların bulunması gerektiği ve bu oranın altındaki değerlerde tedavinin tekrar gözden geçirilmesi önerilmektedir (1,13). Çalışmamızda tespit edilen antipsikotik kullanımında %12, lityum kullanımında %11.1 oranları endikasyon dışı kullanım standart değerinin çok az üstünde yer alırken; antidepresan grubunda endikasyon dışı kullanımın daha sık olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Minimal dökümantasyonun, APA kriterlerine göre dosyaların en az %90'ında bulunması gerekirken; çalışmamızda hemen hemen tüm psikotrop ilaç gruplarında dökümantasyon eksikliği, kabul edilen %10 sınırının oldukça üzerinde bulundu (1,13). İlaçların kullanımı ile ilgili değerlendirmeyi içeren minimal dökümantasyon yetersizliği antipsikotiklerde %65.6, antiparkinsoniyenlerde %63.7, antidepresanlarda %50, anksiyolitiklerde %37.5 ve lityumda %36.7 oranında bulunmuştur (Tablo 2).

Uygun doz aralıkları açısından bakıldığında, çalışmamızda antiparkinsoniyen ilaçların %73.6 oranında, lityumun %7.9, anksiyolitik ilaçların %6.9, antipsikotiklerin %5.6, antidepresanlarında %2.4 oranında APA kriterlerine göre uygun doz aralıkları dışında kullanıldıkları görülmüştür. APA kriterlerinde %10'un üzerindeki uygun olmayan dozlardaki psikotrop ilaç kullanımlarının tekrar gözden geçirilmesi gerektiği bildirilmiştir (1,13). Bu çalışmada antidepresan, antipsikotik, anksiyolitik grubu ilaçlar ile lityum %90'ın üzerindeki yük-

Tablo 1. Farklı ilaç gruplarının yaygın endikasyon dışı kullanımları ile ilgili değerlendirme

İlaç Grupları	1.Hastane (%)	2.Hastane (%)	3.Hastane (%)	Toplam (%)
Antidepresan	35,8	35,1	31,5	33,7
Antipsikotik	9,6	8,1	18,5	12
Anksiyolitik	0	0	0	0
Antiparkinsoniyen	0	0	0	0
Lityum	7,1	5,4	33,3	11,1

Tablo 2. Farklı ilaç gruplarının kullanımı sırasındaki minimal dökümantasyon yetersizliği ile ilgili değerlendirme

İlaç Grupları	1.Hastane (%)	2.Hastane (%)	3.Hastane (%)	Toplam (%)
Antidepresan	-	5,4	72,6	50
Antipsikotik	-	49,6	80,7	65,6
Anksiyolitik	-	1,2	70,9	37,5
Antiparkinsoniyen	-	54,8	73	63,7
Lityum	-	18,9	91,6	36,7

sek oranlarda uygun doz aralıklarında kullanılmışlardır. Ancak antiparkinsoniyen grubu ilaçların %73.6 oranında uygun doz aralığı dışında kullanıldığı görülmüştür. Anksiyolitik olarak sıklıkla diazepamın kullanıldığı görülmüş, %6.9 oranında APA kriterlerine göre uygulanması gereken doz aralığının (10-40 mg/gün) dışına çıkıldığı ve bu dozun üzerindeki uygulamaların da alkol ve madde bağımlılığının tedavisinde kullanıldığı saptanmıştır. Lityumun %7.9 oranında, akut tedavide olması gereken plazma düzeyinin (0.8-1.2) dışında kullanıldığı; bu sonuçların daha çok bu sabit kan seviyelerine ulaşmadan hastaneden çıkarılan hastalara ait olduğu dikkat çekmiştir. Antidepresanların uygun olmayan doz aralıklarındaki kullanımı ise düşük dozlar halinde ve daha çok sedatif etkilerinden yararlanmak amaçlı kullanımlarıdır (Tablo 3).

Psikotrop ilaçlar, kullanım süreleri açısından değerlendirildiğinde, antipsikotik tedavide herhangi 7 günlük sürede 2'den fazla değişiklik yapılması %9.3 oranında bulunmuştur. Psikotik olmayan bozukluklarda 3 aydan daha uzun süreli antipsikotik kullanımına rastlanmıştır. Antiparkinsoniyen ilaçların 3 ayın üzerinde kullanımı %1.2 olarak saptanmıştır. Üç ayın üzerindeki

kullanım sırasında herhangi 7 günlük sürede ikiden fazla değişiklik yapılması anksiyolitik ilaçlar için %3.2 iken, 3 aydan uzun süre benzodiazepin kullanımı ise %0.9 oranında bulunmuştur. Antidepresan kullanımı sırasında tedavinin 3 günden kısa sürmesi %9.2 oranında iken; herhangi 7 günlük sürede ikiden fazla değişiklik yapılması %8.5 bulunmuştur. Lityum'un 3 günden kısa süre kullanımı %3.1, iken herhangi 7 günlük sürede 2'den fazla ilaç değişikliği saptanmamıştır (Tablo 4).

Eşlik eden medikasyon açısından değerlendirildiğinde, antipsikotik grubu ilaçların kullanımı sırasında ikinci bir antipsikotik ilaç varlığı %64.7, aynı zamanda ikiden fazla psikotrop ilaç kullanımı ise %30.2 oranında saptanmıştır. İncelenen dosyalarda, haloperidol ile klorpromazin gibi klasik nöroleptiklerin sıklıkla bir arada kullanıldığı veya klasik nöroleptik grubu bir ilaca atipik nöroleptik sınıftan (risperidon, olanzapin gibi) bir başka ilacın eşlik ettiği görülmüştür. Öte yandan intramusküler haloperidol, klorpromazin, biperiden kombinasyonlarına oral tiyoridazin ya da anksiyolitik grubu bir ilaç ve antidepresanların eklenmiş olmasına sıklıkla rastlanmıştır (Tablo 5 ve 6).

Antiparkinsoniyen ilaç kullanımı sırasında birlikte

Tablo 3. Farklı ilaç gruplarının uygun doz aralığı dışındaki kullanımı ile ilgili değerlendirme

İlaç Grupları	1.Hastane (%)	2.Hastane (%)	3.Hastane (%)	Toplam (%)
Antidepresan	3,7	2,7	1,3	2,4
Antipsikotik	0	2,7	14,7	5,6
Anksiyolitik	0	18,9	0	6,9
Antiparkinsoniyen	78,5	83,4	65,8	73,6
Lityum	21,4	5,4	0	7,9

Tablo 4. Psikotrop ilaç tedavisinde herhangi 7 günlük sürede ikiden fazla değişiklik yapılması ile ilgili değerlendirme

İlaç Grupları	1.Hastane (%)	2.Hastane (%)	3.Hastane (%)	Toplam (%)
Antidepresan	7,5	10,8	8,2	8,5
Antipsikotik	7,3	6,8	14,1	9,3
Anksiyolitik	7,6	3,7	0	3,2
Lityum	0	0	0	0

Tablo 5. Psikotrop ilaçlar ile aynı sınıftan başka bir psikotrop ilacın birlikte kullanımının değerlendirilmesi

İlaç Grupları	1.Hastane (%)	2.Hastane (%)	3.Hastane (%)	Toplam (%)
Antidepresan	7,5	5,4	10,9	8,5
Antipsikotik	78,5	38,6	74,3	64,7
Anksiyolitik	0	0	11,6	4,6
Antiparkinsoniyen	7,4	1,5	8,7	5,8

Tablo 6. Kullanılan psikotrop ilaca birden fazla psikotrop ilacın eşlik etmesi ile ilgili değerlendirme

İlaç Grupları	1.Hastane (%)	2.Hastane (%)	3.Hastane (%)	Toplam (%)
Antidepresan	66	35,1	75,3	63,1
Antipsikotik	15,8	17	58,9	30,2
Anksiyolitik	76,9	48,1	81,3	68,2
Antiparkinsoniyen	23,7	15	66,6	34,5
Lityum	78,5	70,2	100	77,7

kullanılan birden fazla psikotrop ilaç varlığı %34.5; eşlik eden antipsikotik ilaç hariç, herhangi bir başka antikolinergik etkisi olan başka bir ilaç varlığı ise %5.8 bulunmuştur. Antiparkinsoniyen ilaç grubuna eşlik eden antikolinergik etkili ilaçlar arasında sıklıkla trisiklik antidepresanların yer aldığı görülmüştür (Tablo 6).

Anksiyolitik ilaçlarla birlikte herhangi bir sınıfa ait birden fazla psikotrop ilaç kullanım varlığı, %68.2; eşlik eden başka bir benzodiazepin (birinden diğerine geçiş hariç) varlığı ise %4.6 olarak saptanmıştır. Sıklıkla diazepam, alprozolam, klonazepam gibi benzodiazepinlerin anksiyolitik olarak kullanıldığı görülmüştür (Tablo 6).

Antidepresan ilaçların kullanımı sırasında, eşlik eden herhangi bir sınıfa ait birden fazla psikotrop ilaç kullanımı %63.1; birlikte antikolinergik veya antiparkinsoniyen ilaç kullanımı %27.6; eşlik eden başka bir trisiklik antidepresan oranı %4.2; eş zamanlı MAO inhibitörü oranı yine %4.2 olarak bulunmuştur. Çalışma kapsamına alınan hastanelerde antidepresan ilaçla birlikte APA kriterlerinde belirtilen klonidin veya rezepin gibi ilaçların kullanımına rastlanmamıştır (Tablo 6).

Lityum kullanımına herhangi bir sınıfa ait birden fazla psikotrop ilacın eşlik etme oranı %77.7 olarak bulunmuştur. Lityum, antipsikotik, antiparkinsoniyen anksiyolitik ve antidepresan grubu ilaçların bir arada yazıldığı, antipsikotik sınıfından birden fazla ilacın lityum ile eş zamanlı kullanıldığı görülmüştür. Çalışmaya alınan hastanelerin hiçbirinde lityum tedavisi sırasında diüretik kullanımına ve aynı zamanda tuzsuz diyet verilmesine rastlanmamıştır (Tablo 6).

Tehlikeli yan etki gelişimi açısından bakıldığında, çalışmamızda antipsikotiklerin kullanımına bağlı ekstrapiramidal yan etki gelişimi %6.6, senkop %0.6, tedavi sırasında gelişen laboratuvar anormallikleri %0.6 olarak bulunmuştur. Ancak dökümantasyon yetersizliği nedeniyle belirgin sedasyon veya 1 hafta sonra letarji gelişimi, üriner retansiyon, konvülsiyon, tardif

diskinezi, nöroleptik malign sendrom gibi yan etkilerin gelişip gelişmediği tam olarak değerlendirilememiştir. Antiparkinsoniyen ilaçların kullanımına bağlı yan etki gelişiminde, dökümantasyon yetersizliği nedeniyle üriner retansiyon, ciddi konstipasyon, antikolinergik toksisite ve deliryum olup olmadığı değerlendirilemezken; bir olguda (%0.7) antiparkinsoniyen kullanımına bağlı konfüzyon tablosunun geliştiği saptanmıştır. Anksiyolitik kullanımına bağlı olarak gelişme riski bulunan yan etkilerden 1 hafta sonra belirgin sedasyon veya letarji gelişimi, ataksi, deliryum veya konfüzyon (özellikle yaşlılarda), kasıtlı yüksek doz, kesilmesi halinde yoksunluk semptomları, disinhibisyon veya agresivite, anterograd amnezi gelişimi gibi diğer yan etkiler değerlendirilmeye alınan iki hastanede kayıtların yetersizliği nedeniyle değerlendirilememiştir. Antidepresanların kullanımı sırasında yan etki gelişimi ile ilgili değerlendirmelerin sonucunda tedavi sırasında manik belirtilerin %3.3 oranında çıktığı saptanmıştır. Çalışmada, antidepresan tedavisi sırasında kasıtlı olarak yüksek doz kullanımına veya herhangi bir sebebe bağlı ölüm olayına rastlanmamıştır. Ancak belirgin sedasyon veya letarji, üriner retansiyon, senkop, tedavi sırasında psikoz, halusinosis veya deliryum gelişimi, klinik olarak belirgin EKG değişiklikleri gibi yan etkilerin gelişimi de yine dökümantasyonun yetersizliği nedeniyle değerlendirilememiştir. Lityum kullanımı ile ilgili yan etkilerin değerlendirilmesinde sadece bir olguda (%2.7) böbrek fonksiyon testlerinde belirgin değişiklik saptanmıştır. Ancak iki hastane dökümantasyonun oldukça yetersiz olması nedeniyle değerlendirme dışında kalmıştır. Dökümantasyonu yeterli olan tek hastanede de letarji, stupor veya koma, poliüri, polidipsi, 7 gün süren ciddi tremor, kusma, 7 gün veya daha fazla devam eden bulantı veya diyare, ataksi, dizartri, tiroid fonksiyon testlerinde değişiklik ve kasıtlı yüksek doz alımı gibi yan etkilere rastlanmamıştır.

Ek hizmet yokluğu açısından psikotrop ilaçlar de-

ğerlendirildiğinde, antipsikotiklerin kullanımı sırasında temel laboratuvar tetkikleri %40.4 oranında eksik bulunurken; 65 yaşın üzerindeki hastaların %1.8'inde EKG incelemesinin yapılmadığı saptanmıştır. Her 3 ayda bir tardif diskinezi muayenesi ile ilgili değerlendirme, hastaların yatış sürelerinin genellikle 3 ayın altında olması nedeniyle yapılamamıştır. Antiparkinsoniyen ilaçların kullanımı sırasında ek hizmetlerle ilgili olarak temel laboratuvar çalışmalarının %42.8 oranında eksik olduğu, 65 yaşın üzerindeki hastalarda günlük vital fonksiyonların takibinin %1.5 oranında yapılmadığı saptanmıştır. Anksiyolitik ilaçların kullanımı ile birlikte ek hizmetler olarak temel laboratuvar çalışmalarının %26.2 oranında eksik olduğu gözlenmiştir. Antidepresanların kullanımı sırasında, yatan hastaların %58.2'inde vital fonksiyonların günlük takibinin yapılmadığı, 40 yaşın üzerinde veya kalp hastalığı öyküsü bulunan hastaların hastaneye yatışta EKG çekiminin %27.6 oranında aksatıldığı, hastaneye yatışta temel laboratuvar tetkiklerinin %26.3 oranında tamamlanmadığı bulunmuştur. 16 yaşın altındaki hastalarda tedavinin başlangıcında ve tam doza ulaşıldığında EKG çekiminin yapılması gerekirken, bu tetkiklerde de %65.1 oranında eksiklik saptanmıştır. Lityum kullanımı sırasında ek hizmetler değerlendirildiğinde, %65.1 oranında hastaneye yatışta böbrek ve tiroid fonksiyon testlerini içeren temel laboratuvar tetkiklerinin eksik olduğu, yine yatış sırasında %61.9 oranında serum elektrolitlerine bakılmadığı, %61.9 oranında da tedavinin ilk 10 gününde en az 2 kez, idame tedavisinde ise en az 3 ayda bir kez (18 yaşın altındakiler için 2 ayda bir) olmak üzere lityum serum kan düzeyine bakılması gerekirken, bu kurallara uyulmadığı görülmüştür.

Nispi kontrendikasyon varlığı açısından bakıldığında, çalışmamızda antipsikotik kullanımı sırasında ilaca karşı duyarlılık veya alerji öyküsü varlığı, 6 hafta içinde geçirilmiş miyokard enfarktüsü öyküsü, tardif diskinezi öyküsü, 5 yaş altında olma, agranülositozis öyküsü (klozapin için kesin kontrendikasyon), nöroleptik malign sendrom, gebelik veya emzirme kontrendikasyonlarının varlığı, bir merkezde dökümantasyon eksikliği nedeniyle değerlendirilemezken; diğer iki merkez kayıtların elverdiği ölçüde incelendiğinde kontrendikasyona rastlanmamıştır. Antiparkinsoniyen ilaçların kullanımı ile ilgili nispi kontrendikasyonlar değerlendirildiğinde, bu ilaçlara karşı aşırı duyarlılık öyküsü, dar açılı

glokom, prostat hipertrofisi, 7 yaş altında olma, gebelik ve emzirme gibi durumlardan hiç birisi tespit edilememiştir. Ancak dökümantasyon yetersizliği nedeniyle iki merkez değerlendirilmemeye alınamamıştır. Çalışmada anksiyolitiklerin kullanımı ile ilgili kontrendikasyonlar araştırıldığında akut detoksifikasyon dışında alkol, madde kötüye kullanımının varlığı %4.1 oranında bulunmuştur. Bunun da daha çok alkol kötüye kullanımı öyküsüne rağmen, tedavide benzodiazepinlerin verilmesi şeklinde olduğu görülmüştür. Aşırı duyarlılık öyküsü, gebelik veya emzirme, 12 yaşın altında olma gibi kontrendikasyonlar tespit edilmemiştir. Antidepresanların kullanımı sırasında ilaca bağlı alerji öyküsü, 6 hafta içinde miyokard enfarktüsü öyküsü, dar açılı glokom öyküsü bulunması, gebelik veya emzirmenin varlığı gibi nispi kontrendikasyonlara rastlanmamıştır. Ancak dökümantasyon yetersizliği nedeniyle iki merkez değerlendirilmemeye alınamamıştır. Lityum kullanımı ile ilgili nispi kontrendikasyonlar arasında yer alan ilaca karşı yan etki öyküsü, kusma, dehidratasyon varlığı ile 8 yaş altı, gebelik veya emzirme durumlarından hiç birine rastlanmazken; azotemi değerinin 50 mg/dl'nin üzerinde olması, serum kreatinin düzeyinin 1.5 mg/dl'nin üzerinde olduğu durumlardaki lityum kullanımı %5.4 oranında bulunmuştur. İki merkezin minimal dökümantasyonları yetersiz bulunduğu için bu açıdan da değerlendirmeye alınmamışlardır.

Sonuç olarak, tüm psikotrop ilaç gruplarında tedavinin kalite kontrolünde en önemli veri kaynağı olan minimal dökümantasyonun oldukça yetersiz (%36.7-%65.6), polifarmasi uygulamalarının tüm ilaç gruplarında yaygın (%30.2-%77.7), verilen tedavinin takibinde önemli olan içinde laboratuvar tetkikleri ve yaşamsal işlevlerin takiplerinin de yer aldığı ek hizmetlerin tüm psikotrop ilaç guruplarında sıklıkla eksik (%26.2-%65.1) olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada hastaneler arası bir karşılaştırma hedeflenmediği için 3 ruh sağlığı merkezinde tespit edilen toplam değerlerin tartışılması uygun görülmüştür.

En çok kullanılan ilaçların antipsikotik grubu ilaçlar olması, çalışmada değerlendirilen ruh sağlığı merkezlerinde psikoz hastalarına ayrılan servis sayısının daha fazla olması ile açıklanabilir. Antipsikotik tedavi ile bir-

likte profilaktik olarak antiparkinsoniyen ilaç kullanılması da bu ilaç grubunun 2. sıklıkta kullanılmasının nedeni olarak söylenebilir. Michel ve Kolakovska'nın (17), iki psikiyatri hastanesinde toplam 511 hasta üzerinde yapmış oldukları araştırmada, 298 (%58) hastanın nöroleptik kullandığı ve nöroleptik kullananların yarısına antiparkinsoniyen eklendiği, 97 (%19) hastanın antidepressan 51 (%10) hastanın anksiyolitik, 39 (%8) hastanın ise lityum kullandığı saptanmıştır. Bu çalışmada da en sık kullanılan ilaç grubunun antipsikotik ve antiparkinsoniyen ilaçlar olduğu, diğer psikotrop ilaçların kullanım oranlarının da bizim saptamış olduğumuz oranlara yaklaşık değerler gösterdiği görülmüştür.

APA kriterlerine göre dosyaların en az %90'ında minimal dökümantasyonun bulunması gerekirken; çalışmamızda hemen hemen tüm psikotrop ilaç gruplarında dökümantasyon eksikliği görüldüğü gibi, kabul edilen sınır olan %10'unda oldukça üzerindedir (1,13). Donabedian, kaliteyi değerlendirmeye yönelik aktivite-lerin uygun ve doğru bilgiye dayandığını, tıbbi bakım süreci ve sonucuna yönelik bilgilerin de hiç şüphesiz tıbbi kayıtlardan sağlandığını bildirmiştir (9). Ancak kayıtların içerik açısından eksik ve kaydedilen bazı bilgilerin de hatalı olduğunun bilindiğini, tüm bunlara rağmen, uygun ve doğru kayıtların kalitenin değerlendirilebilmesi için de gerekli olduğunu ileri sürmüştür. Çalışma kapsamında değerlendirilen iki ruh sağlığı merkezinin eğitim hastanesi olmaması nedeniyle hasta başına düşen doktor sayısının az olmasının yeterli dökümantasyon tutulabilmesi için gerekli zamanı kısıtlayabileceğini akla getirmektedir. Öte yandan eğitim veren diğer ruh sağlığı merkezinde de benzer oranların tespit edilmesinde; eğitim gören asistan doktorlar olmasına rağmen hasta yükünün daha fazla olmasının etkili olabileceği konusu, yetersiz dökümantasyonu en iyi açıklayan nedenlerden biri gibi görünmektedir.

Görüldüğü gibi bu çalışmada tüm ilaç grupları ile ilgili yapılan değerlendirmelerde polifarmasi oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Michel ve Kolakovska'nın iki psikiyatri hastanesinde, 511 yatan ve ayakta hasta dökümantasyonlarının retrospektif olarak gözden geçirilmesi ile yapmış oldukları çalışmada da psikotrop ilaçların kullanım şekilleri araştırılmış ve ilaç almakta olan hastaların yaklaşık %50'sinin iki veya üzerinde psikotrop ilacı birlikte kullandıkları saptanmıştır (17). Konuyla ilgili literatür incelendiğinde polifar-

masinin psikiyatri uygulamasında oldukça yaygın oranda uygulandığı görülmektedir (20). İtalya'daki ruh sağlığı merkezlerinde, ruh sağlığı ile ilgili reform yasa-sının kabulünden 15 yıl sonra nöroleptik yazılım şekil-lerinin incelendiği çalışmada, 15 yıllık uzun bir süre içinde polifarmasinin yaygın kullanımında bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (19). Nijerya'da 3 psikiyatri kuru-munda yapılan çalışmada, psikotrop ilaçların pratikteki kullanım özellikleri araştırılmış ve polifarmasi açısından sonuçlar beklenen düzeyde bulunmamıştır. Antipar-kinsoniyen ilaçların da ekstrapiramidal yan etkileri kontrol etmek amacıyla uygunsuz şekilde çok yaygın kullanıldığı ve gün içinde sıklıkla bölünmüş dozlarda verildiği, anksiyolitik ilaçların da gün içinde sıklıkla bö-lünmüş dozlarda verildiği ve normalden daha uzun sü-relerde kullanıldığı saptanmıştır. Bu eksikliklerin, dok-tor/ hasta oranı en düşük, iş yükü en fazla ve toplu-mun daha büyük bölümünden sorumlu olan hastane-lerinden birisinde daha çok belirgin olmasına dikkat çekilmiştir (21).

Çalışmamızda da benzer biçimde yüksek oranlarda bulunan polifarmasiye; çalışmaya alınan merkezlerde-ki hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı, bunun yanı sıra psikiyatrik hastalara gerek yatarak gerekse ayakta tedavi hizmeti veren hastane sayısı ve kapa-sitesinin nispi azlığının ortaya çıkardığı hasta yığılması, tedavi süresinin kısalması ve sirkülasyonun normalden hızlı tutulması neden olmaktadır. Dolayısıyla bunun da psikiyatri hekimini en kısa sürede ve en etkili düzeyde remisyona sağlayacak tedavi şekli ve dozunun seçimi-ne zorladığı; bu nedenlerle polifarmasi uygulamalarının yaygın olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda antipsikotik kullanımında %12, lit-yum kullanımında %11.1 olarak yaklaşık endikasyon dışı kullanım oranları standart değer in çok az üstünde yer alırken; antidepressan grubunda endikasyon dışı kullanımın daha sık olduğu görülmektedir. Bu oranın çalışmamızda yüksek bulunmasının nedeni olarak, APA kriterlerinde antidepressanlar için yaygın kabul edilen endikasyonların, "distimi, bipolar affektif bozuk-luk (depresif atak), M. Depresyon (tek epizot veya re-küren tip, başka türlü adlandırılmayan depresif bo-zukluk), panik bozukluk, enürezis, seperasyon anksiye-tesi bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB)" ile sınırlı tutulması gösterilebilir. Oysa bugün için antidep-resanların kullanım endikasyonları daha geniş alana

yayılmış bulunmakta; yukarıda sayılan panik bozukluk ve OKB dışında bulunan diğer anksiyete bozukluklarında, yeme bozukluklarında ve kişilik bozuklukları gibi bir çok psikiyatrik tanı alanında da antidepresanlar kullanılabilir. Ancak çalışmamızda sedasyon veya kısa süreli anksiyolitik amaçlı, antidepresan kullanımı oldukça sık yer almıştır.

Uygun doz aralıkları açısından bakıldığında, bu çalışmada antidepresan, antipsikotik, anksiyolitik grubu ilaçlar ile lityumun %90'ın üzerindeki yüksek oranlarda uygun doz aralıklarında kullanıldığı görülmektedir. Antiparkinsoniyen grubu ilaçlar ise %73.6 oranında uygun doz aralığı dışında kullanılmıştır. Çalışmaya alınan tüm merkezlerde antiparkinsoniyen ilaç olarak biperiden yazıldığı ve neredeyse bu oranın tamamında 10 mg/gün olarak kullanıldığı saptanmıştır. APA kriterlerine göre biperiden için uygun doz aralığı 2-8 mg/gün olarak önerilmesinden dolayı, çalışmamızda bulunan sonuçlar bu doz aralığının üzerindedir. Çalışmamızda antipsikotiklerin %90'ın üzerindeki bir oranda APA'nın belirlediği uygun doz aralıklarında kullanıldığını görüyoruz ancak, psikoz tedavisinde birden fazla antipsikotik ilacın aynı anda kullanılması ve çoğu vakada elektrokonvulsif tedavi (EKT) yöntemine de başvurulması, dozun daha yüksek düzeylere çıkmasını önleyen faktörler olarak gösterilebilir. APA kriterlerine göre diazepam için uygulanması gereken doz aralığı 10-40 mg/gün olarak belirlenmiştir. Araştırmamızda %6.9 oranında bu doz aralığının dışına çıkış olduğu ve bu dozun üzerindeki uygulamaların da alkol ve madde bağımlılığının tedavisinde kullanıldığı saptanmıştır. Türkiye'deki ruh sağlığı merkezlerinde henüz oksazepam veya klordiazepoksit gibi diğer benzodiazepin türevleri bulunmadığı için diazepamın yüksek dozları özellikle alkol bağımlılığının yoksunluk döneminde veya deliryum tremens tedavisinde tercih edilmektedir.

APA kriterlerinde psikotrop ilaçların olağandışı sürelerde kullanım oranlarının %10'un altında olması gerektiği bildirilmiştir (1,13). Bizim çalışmamızda da tüm psikotrop ilaç gruplarında tespit etmiş olduğumuz oranlar %10 un altında bulunmuştur. Ancak çalışmaya aldığımız tüm merkezlerdeki hastaların yatış sürelerinin çoğunlukla 3 aydan kısa olması, psikotrop ilaçların 3 ayın üzerinde kullanımını değerlendirmemizi engellemiş olabilir. Oysa literatürle uyumlu olarak, Türkiye genelinde de özellikle antiparkinsoniyen ilaçların an-

tipsikotiklerle uzun süre birlikte kullanımının oldukça yaygın olduğu ve ayaktan hasta takibi üzerinde yapılacak çalışmalarla bunun gerçek oranının saptanabileceği düşünülmektedir. Nijerya'da psikiyatri merkezlerindeki psikotrop ilaçların kullanım şekillerinin araştırıldığı çalışmada da antiparkinsoniyen ilaçların çok sık ve anksiyolitiklerin de normalden çok daha uzun süre kullanıldığı bulunmuştur (21). Michel ve Kolakovska, yaptıkları çalışmada nöroleptik almakta olan hastaların yarısında antiparkinsoniyen ilaçların yazıldığını saptamışlardır (17). Ancak yan etkiler ve tedavi süresi bakımından kesin bir bilgiye sahip olmadan antiparkinsoniyen ilaçların fazla yazılmış olduğunu söylemenin doğru olmadığını belirtmişlerdir. Klett ve Caffey, yaptıkları diğer bir çalışmada, antipsikotik ve antiparkinsoniyen ilaçları birlikte kullanan kronik şizofren hastaların 6 haftalık süre için plasebo ile yer değiştirmiş ve plasebo alan 403 hastanın %7 sinde ekstrapiramidal sistem (EPS)'e ait yan etkilerin tekrar belirdiği, %11'inde daha ağır EPS belirtilerinin geliştiği görülmüş; ancak hastaların %82'sinde antiparkinsoniyen ilaç almamalarına rağmen hafif EPS belirtileri gözlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda psikiyatristlerin antiparkinsoniyen ilaçları uzun süreli ve profilaktik olarak kullanımını bir kez daha düşünmeleri gerektiği belirtilmiştir (22). Görüldüğü gibi tüm çalışmalarda antiparkinsoniyen ilaçların gereğinden uzun süre kullanıldığına dikkat çekilmiştir. Dolayısıyla özellikle yaşlılar ve organik akıl hastalığı bulunanlar başta olmak üzere antikolinerjik sendrom riskini azaltmak ve yine tardif diskinezi riskini artırmamak üzere antiparkinsoniyen ilaçların profilaktik amaçlı uzun süreli ve minimal düzeydeki semptomların tedavisinde yaygın kullanımından kaçınmak gerekmektedir.

Çalışmamızda psikotrop ilaç gruplarının tümünün kullanımı sırasında, yüksek oranda temel laboratuvar tetkiklerinin eksik olduğu saptanmıştır. Bu eksikliklerin birinci sıklıkta %65.1 ile lityum kullanımına, %42.8 ile antiparkinsoniyen, %40.4 ile antipsikotik, %26.3 ile antidepresan, %26.2 oranı ile de anksiyolitik ilaçların kullanımına eşlik ettiği gözlenmiştir. Temel laboratuvar tetkikleri ile ilgili yetersizliğin bu derece yüksek bulunmasının nedenleri arasında, çalışma kapsamında değerlendirilen ruh sağlığı merkezlerinden özellikle birisinde laboratuvar eksikliğinin çok yüksek oranlarda bulunması olabilir. Aynı merkezin minimal dökümantasyon aç-

sından yetersiz olduğunun belirlenmiş olması dikkat çekicidir.

Bu çalışmada tüm psikotrop ilaç grupları ile ilgili uygulamalarda dökümantasyonun yetersiz olduğu, polifarmasinin yaygın olduğu ve laboratuvar tetkiklerinin yer aldığı ek hizmetlerde aksamaların bulunduğu dikkat çekmektedir. Bunun yanı sıra antidepresan grubu ilaçlarda yaygın endikasyon dışı kullanımın belirgin olduğu ve en sık antiparkinsoniyen ilaçların uygun doz oranı dışında kullanıldığı saptanmıştır. Kalite kontrol programının uygulanması halinde, kalitenin sürece yönelik değerlendirilmesi olarak psikofarmakolojik tedavilerde saptanmış bulunan bu aksaklıkların tekrar gözden geçirilerek giderilmesi gerekmektedir.

James, iyi organize olmuş hastanelerde bu programın uygulanmasında hekimlerin katılım rolünün daha belirgin olduğunu; ancak akıl hastaneleri gibi iyi organize olamamış devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin, yoğun klinik problemlerin baskısı altında bu tür programlara katılımının aynı derecede kolay olmadığını belirtmiştir (23). Aynı yazar kalite kontrol programlarının esasen tüm özel psikiyatri hastanelerinde ve devlet hastanelerinin büyük kısmında mevcut olduğunu belirtmiştir. Ancak böyle bir programın devlet hastanesinde çalışan personele tanıtımındaki güçlüklerle de değinilmiştir. Çünkü devlet hastaneleri geleneksel olarak personel eksikliği olan, hastalara sürekli tam dolu olarak hizmet veren kurumlar olmuşlardır. Burada çalışan hekimlere özgü problemler arasında, buralarda çalışmayı tercih edenlerin diğerlerine göre daha az yetenekli oldukları şeklindeki algılamaların yanı sıra; devlet

hastanesinde çalışan bir psikiyatrisin bir yandan çok sayıdaki hastayı mümkün olduğu kadar çabuk ve ucuz şekilde tedavi etmek zorunda olması ve beraberinde de üniversite de veya başka özel bir kurumda çalışan meslektaşları gibi aynı standartlara uyma beklentisinin yer aldığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada, kalite kontrol programının uygulanması sırasında çalışanlara ek yük getirmemesi için o kurumun çalışma koşullarının da göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır.

Yukarıda James'in tarif etmiş olduğu devlet hastanelerindeki işleyiş modeline bizim çalışmaya almış olduğumuz üç R.S.H.H. ile büyük bir çoğunlukla benzerlik göstermekte, sadece eğitim veren bir merkezde hekim sayısı psikiyatri ihtisası gören asistanlar nedeni ile daha fazla olmasına rağmen bu merkezinde ülke çapında hizmet veriyor olması ve hasta kapasitesinin çok daha yoğun olması sebebi ile hemen hemen aynı sıkıntıların bu hastane için de geçerli olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmada ülkemizdeki üç ruh sağlığı merkezindeki psikofarmakolojik tedavi uygulamaları gözden geçirilerek, aksaklıkların sıklıkla hangi alanlarda olduğu saptanmaya çalışılmıştır. Ortaya çıkan sonuçlar dünya standartlarına ne düzeyde bağlı olup olmadığımızın görülebilmesini sağlar ve pratik uygulamamızdaki yaygın hataların düzeltilmesinde faydalı olabilir. 'Her kusur bir hazinedir' sözünden yola çıkarak saptamış olduğumuz aksaklıkların düzeltilmesinde ve ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde uygulanan psikofarmakolojik tedavilerin kalitesinin artırılmasında, yapmış olduğumuz bu çalışmanın bir araç olmasını umuyoruz.

Kaynaklar:

1. Manual of Psychiatric Quality Assurance: Mattson MR, Wilson GF, American Psychiatric Association Committee on Quality Assurance, Washington DC: Am Psychiatric Press, 1991
2. Fauman MA. Quality assurance monitoring in psychiatry. Am J Psychiatry 1989; 146:1121-1130
3. Brook RH, Appel FA. Quality-of-care assesment: choosing a method for peer review N Engl J Med 1973;288:1323-1329
4. Schaub RT. Quality assurance in psychiatric care. Pharmacopsychiatry 1994;27 (suppl 1): 46- 50
5. Kessner DM. Quality assessment and assurance: early signs of cognitive dissonance. N Eng J Med 1978;298:381-386
6. American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Section-V: Hospital Psychiatry, Volume 11. Edited by Tasman A, Riba MB. Washington, DC: Am Psychiatric Press, 1992
7. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality-the case for tracers. N Engl J Med 1973;288:189-194
8. 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
9. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260:1743-1748
10. Liptzin B. Quality assurance and psychiatric practice: a review. Am J Psychiatry 1974;131:1374-1377

11. Eppel AB, Fuyarchuk c, Phelps D, Phelan AT. A comprehensive and practical quality assurance program for community mental health services. *Can J Psychiatry* 1991; 36:102-106
12. Schyve PM, Prevost JA: From quality assurance to quality improvement, *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13: 61-71
13. Dorsey R, Ayd FJ Jr, Cole J, Klein D, Simpson G, Tupin J, DiMascio A. Psychopharmacologic screening criteria development project. *JAMA* 1979;241:1021-1031
14. Türkiye İstatistik Yıllığı, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, 1998
15. Türkiye 'de ruh sağlığı alanında eğitim ve hizmet veren kurumların değerlendirmesi. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi* 1993;1 (ek 1):10-57
16. Diamond H, Tislow R, Synder T Jr, Rickles K. Peer review of prescribing patterns in a CMHC. *Am J Psychiatry* 1976;133:697-699
17. Michel K, Kolakowska T. A survey of prescribing psychotropic drugs in two psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 1981;138:217-221
18. Gelder M, Gath D, Mayou R Oxford Textbook of Psychiatry, second edition. Oxford: Oxford University Press,1988
19. Tibaldi G, Munizza C, Bollini P. Utilization of neuroleptic drugs in Italian mental health services:a survey in Piedmont. *Psychiatric Services* 1977;48:213-217
20. Tyrer P. Drug treatment of psychiatric patients in general practice. *Br Med J* 1978; 2: 1008-1010
21. Famuyiwa OO. Intra-city differences in psychotropic drug use: a Nigerian scene. *J R Soc Health* 1996;116:299-303
22. Klett CJ, Caffey E Jr. Evaluating the long term need for antiparkinson drugs by chronic schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:374-379
23. James WS. Introducing quality assurance to a state hospital medical staff. *Psychiatr Clin North Am* 1990;13:25-34