

# Birincil Bakımda Ruhsal Hastalıkların Yönetimi Neden Gereklidir?

\*Arş. Gör. Dr. Zeynep AŞIK, \*\*Uzm. Dr. Ethem KAVUKÇU, \*Yrd. Doç. Dr. Melahat AKDENİZ,  
\*Prof. Dr. Hakan YAMAN  
\*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya  
\*\*Aile Hekimliği Uzmanı, Serbest Hekim

## Summary

Psychological diseases are in the progressively increasing incidence group of diseases in the developed and developing countries. Difficulties of patients with psychological problems to reach a hospital and excess amount of patients disorganised to treatment, makes it thought provoking about the change over institutionally based treatment model to community based treatment model. Because of this reason WHO and WONCA, as a result of their collaborative work, published a document about Psychological Health in Primary Care at 2008. The necessity of the placement of psychological health services in the primary care were emphasized and also uniform roles given in this document. This roles shows us that, primary care can play a critical role; in prevention of the psychological diseases, improvement of the psychological health, education of the families and the community and also for the collaboration with other sectors. As a nature of their discipline, family physicians can play a very important role in the management of psychological diseases with evaluating their patients as a whole with biological, psychological and social aspects and also with their family and community based approach.

**Key words:** mental health, primary care, integration

## Özet

Ruhsal hastalıklar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sıklığı giderek artan hastalıklar grubundadır. Ruhsal hastalığı olan kişilerin yataklı tedavi merkezlerine ulaşmadaki güçlükleri ve tedaviye uyumsuz hastaların fazlalığı kurumsal tabanlı hizmet modelinden toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişi düşündürür hale gelmiştir. Bu nedenle 2008 yılında DSÖ ve WONCA ortak çalışması ile Birincil Bakımda Ruh Sağlığı belgesi yayınlanmıştır. Bu belgede ruh sağlığı hizmetlerinin birincil bakıma eklenmesinin gerekliliği vurgulanmakta ve örnek modeller sunulmaktadır. Bu örnekler bize birincil bakımın ruhsal hastalıkları önleme, ruhsal sağlığı geliştirme, aileler, toplumun eğitimi ve diğer sektörlerle işbirliğinde çok önemli rol oynayabileceğini göstermektedir. Disiplinin doğası gereği hastalarını biyolojik, ruhsal ve sosyal bir bütün olarak değerlendiren, aile ve toplum yönelimli yaklaşım sunan aile hekimleri ruhsal hastalıkların yönetiminde çok önemli rol üstlenebilirler.

**Anahtar kelimeler:** Ruhsal sağlık, birincil bakım, entegrasyon

## Giriş

Ruhsal hastalıklar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sıklığı giderek artan hastalıklar grubundadır. Bu durum ruhsal hastalıkların yönetiminde çeşitli düzenlemeler yapılması gereksinimi oluşturmuştur. Klasik yaklaşımda ruhsal hastalıklar, ruh sağlığı hastanelerinde, üçüncü basamak hizmeti verilen hastanelerin psikiyatri servislerinde ve genellikle hastalar yatırılarak tedavi edilirdi. Bu yaklaşım tarzı kurumsal tabanlı ruh sağlığı hizmet modeli olarak adlandırılmaktadır. Ancak gerek ruhsal hastalıkların insidanslarındaki artış, gerek yataklı tedavi merkezlerine ulaşmadaki güçlük, gerekse tedaviye uyumsuz hastaların fazlalığı kurumsal tabanlı hizmet modelinden toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişi düşündürür hale gelmiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli fikri 1978 Alma-Ata Bildirgesi'nden beri tartışılan, gerekliliği ortaya konulan modeldir. Alma-Ata Bildirgesi'nde ruh sağlığı hizmetlerinin birincil bakıma eklenmesi önerilmiştir. Birincil bakıma ruh sağlığının eklenmesi düşüncesi ortaya atıldıktan 30 yıl sonra, 2008 yılında WHO-WONCA ortak çalışması ile Birincil Bakımda Ruh Sağlığı belgesi yayınlanmıştır.<sup>1</sup> Burada ruh sağlığının birincil bakıma eklenmesi ve birincil bakımda ruh sağlığı hizmetinin neden gerektiği ve avantajları anlatılmıştır. Aynı zamanda birincil bakımda ruh sağlığı için nasıl yaklaşılması gerektiği ile ilgili fikirler verilmiştir ayrıca bu sisteme uygun şekilde nasıl geçilebileceği anlatılmıştır.

Belgede görülebileceği gibi ruhsal hastalıkların olabildiğince erken evrede ve sistematik bir yaklaşımla kişinin evine ve toplumuna yakın ortamda tedavisi en iyi sağlık sonuçlarını sağlar. Üstelik birincil bakım ruhsal hastalıkları önleme, ruhsal sağlığı geliştirme,

aileler, toplumun eğitimi ve diğer sektörlerle işbirliği için benzersiz fırsatlar sunar.<sup>1,2</sup>

## WHO-WONCA Birincil bakımda ruh sağlığı belgesi'nin temel mesajları

Ruhsal hastalıklar milyonlarca kişiyi etkilemektedir ve eğer tedavi edilmezse büyük miktarda engellilik, iş gücü kaybı ve ekonomik kayba neden olabilir. Bu sebeple ruhsal hastalıkların uygun şekilde tedavisi şarttır. Ancak, ruhsal hastalıkların başarı ile tedavi edilebilme potansiyeline rağmen tedaviye gereksinimi olanlar içinde az bir kısmı temel tedaviyi alabilmektedir. Birincil bakım hizmetlerine ruh sağlığı hizmetlerini eklemek tedavi hizmetlerindeki boşluğu kapatmaya yardımcı olur ve kişilerin ihtiyaç halinde ruh sağlığı açısından gerekli yardımı almalarını garanti altına alır. Üstelik birincil bakım ruhsal sağlık açısından da kolay ulaşılabilir durumdadır ve bu alana yapılacak yatırımlar tedaviye ulaşmayı kolaylaştıracaktır.

Elbette ki sağlık alanında böyle köklü bir değişiklik yapmak ciddi ve disiplinli bir çalışmayla sağlanabilir. Ruhsal hastalıkları olan kişileri etkili olarak değerlendirmek, tanı, tedavi ve sevk için bazı yeterlilikler gereklidir, birincil bakım çalışanlarının yeterliliklerin sağlanabilmesi amacıyla uygun şekilde hazırlanmaları ve desteklenmeleri gereklidir. Hazırlık aşamasında tüm dünyada uygulanan belirli bir sistem yoktur. Buna rağmen ana prensipleri değiştirmeden pratik uygulamada bölgesel bazı farklılıklarla başarı elde edilmektedir. Çok sayıda düşük ve orta gelirli ülkede ruhsal sağlık hizmetlerinin birincil bakımda başarıyla sağlanmış olması bu gerçeği kanıtlar niteliktedir.

Ruhsal sağlığı birincil bakımla bütünleştirmek neden gereklidir?

WONCA 2002 yılında yaptığı ve 2005 yılında revize ettiği genel pratisyenlik/aile hekimliğinin tanımında en önemli vurguyu bütüncül (holistik) bakım ve kapsamlı bakım konusunda yapmış ve tüm birincil bakım hekimlerinin hastalarını biyolojik, ruhsal ve sosyal bir bütün olarak değerlendiren hekimler olarak yetişmeleri gerektiğini belirtmiştir.<sup>2</sup> Ruhsal sorunları olan hastaların ilk başvuru noktası olan birincil bakımda çalışan aile hekimleri bu hastaları tanıma yetkinliği ile yetişmektedirler. Ruhsal hastalıkların toplumda oluşturduğu yük fazladır. Bu hastalıklar tüm topluluklarda sık görülen hastalıklardır. Bunlar hem bireysel olarak hastaları ve ailelerini; hem de ekonomik ve sosyal açıdan ülkeleri anlamlı derecede etkilemektedir. Birincil bakım hekimleri bu hastalara ve ailelerine bakım vermede etkin konumdadır. Hastalarını bütün olarak değerlendirirler. Aile ve toplum yönelimli yaklaşımla ailelerin ve toplumların sorunlarını çözmeye çalışırlar.<sup>2</sup>

Birincil bakım hekimleri kişilerin bedensel ve ruhsal sorunlarını birlikte değerlendirirler. Birincil bakıma ruhsal sağlığın eklenmesi ile bu hizmeti sunan birincil bakım hekimleri daha yetkin hale geleceklerdir.

Ruhsal hastalığı olan kişilerin yetersiz tedavi aldığı ya da tedavi alamadığı bilinmektedir. Tüm ülkelerde ruhsal hastalıkların prevalansı tedavi gören ruhsal hastalarla kıyaslandığında anlamlı derecede yüksektir. Ruhsal sağlığa birincil bakımın katkısı bu tedavi edilemeyen (ulaşılamayan) hastalara ulaşarak bu açığı kapatmak yönünde önemlidir.<sup>1</sup>

Birincil bakımda ruh sağlığı hizmeti vermek ayrımcılığı ve hastaların toplum gözünde damgalanma olasılığını en aza indirmektedir.<sup>1</sup> Buna ek olarak psikiyatri hastanelerinde olabilen insan hakları ihlali de böylece ortadan kalkmaktadır. Ayrıca birincil bakım

uygun ve etkin maliyetlidir birincil bakım servisleri psikiyatri hastanelerine göre hem hastalar, hem toplum hem de hükümetlerce daha ucuzdur. Ayrıca hastalar ve yakınları uzak merkezlerde uzman hekim araştırmanın maliyetinden de kurtulmuş olurlar. Bu nedenle hükümetlerce bu alana ödenek ayrılmasının önemli yararları vardır.

### **Ruhsal sağlık birincil bakım ile nasıl bütünleştirilebilir?**

WHO ve WONCA'nın ortak raporunda bu soru 10 ilke ile cevaplanmaktadır:

1. Ruhsal sağlık için birincil bakım hükümet politikalarına eklenmelidir.

Başarı için ruhsal sağlığın birincil bakıma eklenmesi konusuna hükümetlerin desteği şarttır. Bu destek yasalar ile resmileştirilmelidir.

2. Tutum ve davranış değişikliği için savunuculuk şarttır.

Savunuculuk ruhsal sağlık bütünleştirilmesinin önemli bir yönüdür. Zaman ve çaba politik liderleri, sağlık otoritelerini, birincil bakım çalışanlarını ve yöneticilerini ruhsal sağlığın bütünleştirilmesi konusunda duyarlılaştırmak için gereklidir. Ruhsal hastalıkların prevalansının tahmini, tedavi edilmezse oluşturacakları yük, psikiyatrik hastanelerde sıklıkla ortaya çıkan insan hakları ihlalleri ve etkili birincil bakıma dayalı tedaviler sağlık otoritelerini konuyla ilgili çalışmalara başlamaya ikna etmek için önemli noktalardır.

3. Birincil bakım çalışanlarının uygun eğitimi gereklidir.

Birincil bakım hizmeti sunan kişilere ruhsal sağlığın birincil bakımla bütünleştirilmesi ile ilişkili hizmet içi eğitimin verilmesi ön koşuldur. Hizmet içi eği-

tim sağlık çalışanının var olan bilgisini pekiştirmek için ve ruhsal sağlık bakımı için önceden hiç eğitim almamışsa önemlidir. Öğrenciler hasta merkezli ve olumlu bir tutum içinde hastalar ve ailelerle bilgiyi nasıl tartışacaklarını, tedavi planını nasıl müzakere edeceklerini, hastayı kendi kendine yönetim ve tedavi planlarını evde izlemeleri konusunda nasıl motive edip hazırlayacaklarını öğrenmelidirler.

4. Birincil bakımda görevler sınırlı olmalıdır.

Birincil bakım için ana soru şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıkların tedavisinde rol alıp alamayacaklarının ve depresyon, ajitasyon gibi sık görülen hastalıkların tedavisinde nasıl rol alacaklarının bilinmesidir. Birincil bakım çalışanları en iyi ruhsal sağlık görevleri belirli şekillerde sınırlandırıldığında çalışabilirler. Hekimlerin tedavideki yetkinlikleri zaman içerisinde hekimler güven ve tecrübe kazandıkça artırılabilir.

5. Ruh sağlığı uzmanları ve kurumları birincil bakımı desteklemek için var olmalıdır.

En iyi uygulamalarda ruh sağlığı uzmanları birincil bakım merkezlerine destek verirler ve onları denetlerler. Ruhsal sağlık hizmetlerinin birincil bakım içinde bütünleştirilmesi esastır ancak tamamlayıcı hizmetler, özellikle sevk sonrası geri dönüşle destek ve denetleme sağlayan ikincil bakım bileşenleri buna eşlik etmelidir. Uzman desteği toplum ruhsal sağlık merkezlerinden, ikinci basamak hastanelerden, birincil bakım sistemi içinde özel çalışan becerikli hekimlerden gelebilir. Uzmanlar psikiyatri hemşirelerinden psikiyatristler kadar geniş bir aralıktaki kişiler olabilir.

6. Hastalar birincil bakımda temel psikotrop ilaçlara erişebilmelidir.

Temel psikotrop ilaçlara erişim ruhsal sağlığın birincil bakımla başarılı bütünleştirilmesi için esastır.

Birçok uygulama örneklerinde psikotrop ilaçlar önceden ruhsal hastalıkları olan kişileri tedavi etmekle sorumlu psikiyatri hastanelerince veriliyordu. Sorunlar bu ülkelerin, psikotrop ilaçların doğrudan dağıtımının psikiyatri hastanelerinden çok birincil bakım kurumlarına yöneltmesini gerektirmektedir. Özellikle ruh sağlığı uzmanlarının yetersiz olduğu bölgelerde birincil bakım çalışanlarının psikotrop ilaçları dağıtma ve reçete etmeleri için yasa ve düzenlemeleri güncelleştirilmeleri gerekir.

7. Ruh sağlığının birincil bakıma eklenmesi bir süreçtir.

Politikaların varlığında bile birleştirme zaman alır ve tipik olarak bir seri gelişmeyi izler. En iyi uygulamalardan biri olan Avustralya da bile süreç 5 yıl almıştır. Sağlık çalışanlarının eğitilmesi için ek personel gereklidir, uygulamanın her merkezde eşit şekilde verilebilmesini sağlamak için tarama ve tedavi rehberlerinin hazırlanması gerekir ayrıca gerekli ödeneklerin ayrılması şarttır.

8. Bir ruhsal sağlık hizmeti koordinatörü çok önemlidir:

Ruhsal sağlıkla bütünleşmiş birincil bakım genellikle bir koordinatör gözetimden sorumlu olduğunda en etkindir. Bazen programın sonuçlarını tehdit edebilen ya da yaşamsal olabilen beklenmedik sorunlar olabilir. Ruhsal sağlık koordinatörleri bu değişiklikler çerçevesinde programı yürütmeye ve entegrasyon sürecini ileriye taşımada çok önemlidir.

9. Diğer sağlık dışı hükümet sektörleri ve hükümet dışı organizasyonlar, köy ve toplum sağlık çalışanları, gönüllüler ile işbirliği gereklidir.

10. Finansal kaynaklar ve insan kaynakları gereklidir:

Ruhsal sağlık için birincil bakım maliyet etkin olmakla birlikte hizmetleri kurma ve sürdürme için finansal kaynaklar gerekir.

Eğiticilerin ücretlerinin ödenmesi, eğitim mekanı, beslenme ve kalacak yer sağlama gibi eğitim maliyetleri karşılanmalıdır. Birincil bakım çalışanları ve toplum sağlık çalışanlarının gereksindikleri zaman sorunu ek desteklerle çözümlenebilir. Kaynaklar psikiyatri hastaneleri gibi daha yüksek sağlık düzeylerinden daha maliyet etkin hizmet sunan ve daha çok kişinin erişebildiği birincil bakıma kaydırılmalıdır.

Birincil bakımla ruh sağlığının birleştirilmesi pek çok farklı ülkede başarıyla uygulanmaktadır. Bu ülkelerin kültürel yapıları, sosyoekonomik durumları, sağlık bakım kaynakları çeşitlilikler göstermektedir. Bu nedenle birincil bakıma ruh sağlığının eklenmesi de farklı yollarla olmuştur. Bu konuda başarılı olmuş 12 örnek sırasıyla tanıtılmıştır:

### **1. Arjantin**

Neuquén Eyaletinde, birincil bakım hekimleri ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların tanısı, tedavisi ve rehabilitasyonuna öncülük etmişlerdir. Psikiyatristler ve diğer uzmanlar kompleks olgularda hazır bulunup hastaları değerlendirmiş ve önerilerde bulunmuştur. Genel pratisyenler eğitimden geçirilerek klinik hizmetleri tamamlayıcı rehabilitasyon merkezleri oluşturulmuştur. Bu program ruhsal sağlık hizmetlerine talebi arttırmış ve insanlara sosyal hayattan kopmadan tedavi olanağı sağlamıştır.

### **2. Avustralya**

Sydney'de yaşlı hastalar için birinci basamakta ruhsal bakım vermeye başlanmıştır. Bu modeldeki temel öge birincil bakım çalışanları, ruh sağlığı uzmanları, yaşlı sağlığı hekimleri ve geriatrik psikiyatristlerin ortak çalışmasıdır. Genel pratisyenlere az miktarda destek verilmesiyle ruhsal

sağlıkla ilişkili başarılı sonuçlara ulaşılmıştır.

### **3. Belize**

Tüm ülkeyi kapsayan bir sistem geliştirmişler. Psikiyatri hemşireleri ev ziyaretleri ve birincil bakım çalışanlarının eğitimi dahil çeşitli birincil bakım faaliyetlerini sürdürmektedirler. Psikiyatri hemşirelerinin çalışmaya başlamasıyla psikiyatri hastanelerine yatış oranları azalmış, hizmetleri artmıştır. Ancak Belize'de bu yaklaşımla tam olarak sonuca ulaşamamıştır çünkü ruh sağlığı hekimi sayısı azdır ve birincil bakım hekimlerinin uzmanlarca eğitilip ruh sağlığı hizmetinde rol almaları henüz sağlanamamıştır.

### **4. Brezilya**

Sobral kentinde birincil bakım uygulayıcıları tüm hastalar için fiziksel ve zihinsel sağlık değerlendirmelerini yaparlar. Birincil bakım hekimleri hastalarının tedavilerini kendileri düzenleyebilir veya aile sağlığı merkezlerini düzenli ziyaret eden ruh sağlığı ekibinden değerlendirme yapmalarını isteyebilirler. Konsültasyonlar psikiyatrist, birincil bakım hekimi ve hasta arasında olmaktadır. Brezilya modeli sadece iyi kalitede bakım vermekle kalmamış aynı zamanda zihinsel yönetimde daha fazla yetki verilen hekimlerin eğitimi ve denetimi sağlanmıştır. Zamanla birincil bakım hekimleri konu hakkında deneyimlerini ve becerilerini arttırmış; daha güvenilir hale gelmiş, bağımsız karar alabilme yetisi kazanmışlardır. Sonuçta Sobral birincil bakıma ruh sağlığını başarıyla entegre ederek üç ulusal ödül almayı hak etmiştir.

### **5. Şili**

Santiago'nun Macul bölgesinde genel pratisyenler

ruhsal hastalık tanısı koyarlar ve gerekirse tedavi verirler, psikologlar bireysel, aile veya grup terapileri verirler ve diğer aile sağlığı elemanları da destekleyici tedaviler verirler. Ruh sağlığı uzmanları genel pratisyenleri denetler ve gerektiğinde de destek verir. Birincil bakıma ruh sağlığının entegre edildiği Macul'da zamanla ruhsal sağlık problemleri olan çoğu hasta birincil bakım merkezlerinde tanı konularak gerekli tedavisini almıştır. Üstelik hizmet alanlarda kullanıcı memnuniyeti yüksektir.

### 6. Hindistan

Kerala State'in Thiruvananthapuram bölgesinde eğitilmiş ofis hekimleri birincil bakım hizmetlerinin bir parçası olarak ruhsal hastalıklara tanı koymakta ve tedavi sağlamaktadırlar. Uzman ruh sağlığı uzmanları ise kompleks olguları yöneterek ve birincil bakım veren ekibi eğiterek destek verirler. Bu bölgede de zamanla birincil bakım veren ekibin uzman ruh sağlığı doktorlarına danıştıkları hasta miktarı azalmış; daha bağımsız çalışma yetisi kazanmışlardır. Hindistan'da bu duruma ek olarak birincil bakım merkezlerinde psikotrop ilaçlar ücretsiz olarak bulundurulmakta ve kullanılmaktadır. Böylece hastaların hastaneye gitmekte harcadıkları zaman ve para büyük ölçüde azalmıştır.

### 7. İran

Ülke çapında birincil bakıma ruh sağlığı hizmetleri entegre edilmiştir. Genel pratisyenler sağlık sorumluluklarının bir parçası olarak ruh sağlığı hizmeti verirler, eğer problem kompleksse ruh sağlığı uzmanlarından destek alabilir veya hastaları sevk edebilirler. Birincil bakım çalışanları toplumu yaşadıkları yerlerde gözlemler, değerlendirir ve tanımlarlar. İran mode-

linin önemli özellikleri ülke çapında olması ve kişileri yaşadıkları yerde gözlemlenmeleridir. Şu anda ülke nüfusunun önemli bir kısmı uygun fiyatlı, ulaşılabilir ve kabul edilebilir bir ruh sağlığı hizmetine sahiptir.

### 8. Suudi Arabistan

Ülkenin doğu bölgesinde birincil bakım hekimleri temel ruh sağlığı hizmetini sağlarlar. Kompleks olgularda ek eğitim almış birincil bakım hekimleri tedavi verirler. Ruh sağlığı klinikleri psikososyal rehabilitasyon gibi tamamlayıcı hizmetleri sağlar ve gerektiğinde sevk edilen hastalara bakarlar. Ruh sağlığının birincil bakıma entegrasyonu ile öncesinde tanı almamış pek çok olgu yakalanmış; önceden hastaneye yatırılarak tedavi görmüş hastalar artık toplumdan izole olmadan tedavi şansını yakalamıştır.

### 9. Güney Afrika

Mpumolenga'nın Ehlanzei bölgesinde ruhsal sağlığın birincil bakıma eklenmesi:

2 pilot uygulama vardır. Bunlardan ilkinde birincil bakım kliniğinde bu konuyla ilgili eğitim almış bir hemşire tüm ruhsal hastaları değerlendirir, 2. modelde ise ruhsal hastalıklar diğer tüm hastalıklar gibi yönetilir ve ruhsal hastalar da diğer hastalarla aynı hemşire tarafından değerlendirilir. Burada önemli nokta kliniklerin eldeki kaynakları en iyi şekilde değerlendirerek ihtiyaçlarını giderecek uygulamayı seçmeleridir. 1994'te sistem uygulamaya konduğunda ruhsal hizmet hiç verilmemekteyken bu oran 2002'de %50'yi, 2007 başlarında %80'i yakalamıştır.

### 10. Uganda

Sembobule bölgesinde birincil bakım çalışanları

ruhsal hastalık tanısı koyar, yaygın görülen komplike olmayan hastalıkları, stabil kronik ruhsal hastalıkları, acil hastaları tedavi eder; hastane bakımı gereken hastaları ise sevk ederler. Ruh sağlığı uzmanlarıysa tedavinin her alanında destek vermektedir. Buna ek olarak gönüllülerden oluşan köy sağlık ekipleri ruhsal hastalığı olan kişilerin tanımlanmasında çalışırlar. Böylelikle atlanmış veya sağlık merkezlerine başvurmamış hastalar yerinde tespit edilebilirler.

### 11.İngiltere ve 12.Kuzey İrlanda

Londra'daki dezavantajlı topluluklar için ruhsal sağlık ile bütünleşmiş birincil bakım

Waltham Forest PCT'de evsiz kişiler, mülteciler, sığınak arayanlar gibi duyarlı gruplara bütünleşik BB sağlık hizmeti sağlamak için sözleşme yapılmıştır. Programı göstermek için Walthamstow'daki uygulamaya dayalı örnek sunulmuştur. Walthamstow kurumunda iki tanesi eğitimli 10 genel pratisyen ve 4 hemşire vardır. Hastalar 4 basamaklı bir tedavi programına dahil edilirler. Sırasıyla tanı, tedavi, rehabilitasyon ve sosyal statülerini iyileştirici düzeltmeler yapılır. Dil problemi olanlara bu konuda da yardımda bulunulmaktadır.<sup>1</sup>

### Ülkemizde durum nasıldır?

Tüm klinik branşlarda pek çok gelişme kaydedilmesine rağmen ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilişkili yakın zamana kadar düzeltici çalışmalar yapılmamıştır. Ancak 2006 yılında Sağlık Bakanlığı öncülüğünde kurulan bir ekiple ruh sağlığı politikası yazılmış ve bu metinde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası'na göre her 200-500 bin nüfuslu yerleşim bölgesine bir tane

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi açılması hedeflenmiştir. Böylelikle ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavisinin verildiği, rehabilitasyon, iş-uğraş terapilerinin sağlandığı, hastaların toplum içinde yaşama becerisinin arttırıldığı merkezler sağlanmış olacaktır. Bunlar psikiyatri ekipleri ile ortak çalışacak, gerektiğinde hastaları yaşadıkları yerde izleyen mobilize ekipler oluşturulacaktır.<sup>3,4</sup>

2008 yılında yayınlanan Birincil Bakımla Ruh Sağlığı Bakımının Bütünleştirilmesi belgesinin yayınlandığı sıralarda Türkiye'deki durum ise, Ruh Sağlığı'nda İnsan Hakları Girişimi (RUHİ-SAK) tarafından Türkiye'de 6 Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Haziran 2007'de başlayarak 1 yılda tamamlanan araştırma sonuçlarına göre, şöyledir:

En az 800 bin şizofreni hastası bulunan ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki toplam yatak sayısı 4 bin civarındadır. Ancak bazı devlet hastanelerinde de 20-60 yataklı servisler vardır ve bunlarla beraber Türkiye genelinde psikiyatrik hastaların tedavisi için toplam 6 bin 190 yatak vardır. Aynı çalışmanın diğer sonuçlarına göre;

- Sağlık kurumlarında 205 psikiyatrist çalışmaktadır ve 100 bin kişiye 1.67 psikiyatrist düşmektedir;
- Hastanelerde 995 psikolog bulunmaktadır, 100 bin kişiye 1.41 psikolog düşmektedir;
- Sosyal hizmet uzmanı sayısı ise 542, 100 bin kişiye 0.77 şeklindedir.<sup>5</sup>

Türkiye'de toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeliyle ilişkili çalışmalar mevcuttur.<sup>8,9</sup>

Nisan 2007'de yayınlanan Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerileri'nde toplum temelli ruh sağlığı merkezi pilot uygulama bölgesi olması için iki yer önerilmiştir.

Ülkemizde sık görülen ruh sağlığı hastalıklarının prevalansları 18-54 yaş arası toplumda psikiyatrik hastalıkların 1 yıl ve ömür boyu prevalansı (6,7)

Hastalık	Yıllık prevalans (%)	Ömür boyu prevalans (%)
Alkol bağımlılığı	4,4	11,3
Madde bağımlılığı	2,4	6,4
Major depresif bozukluk	6,4	12,5
Panik bozukluk	1,5	2,8
Sosyal fobi	2,1	3,7
Şizofreni	0,9	1,5
Somatizasyon bozukluğu	0,1	0,1

Bunlar Bolu ve İstanbul Bahçeşehir'dir.<sup>10</sup> Türkiye'de toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişte örnek teşkil etmek üzere, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı bir birim olarak hastaneden ayrı, mahalle içinde toplum ruh sağlığı merkezi ilk kez Mayıs 2008'de açılarak proje ile ilgili uygulamalara başlanmıştır. Bolu'nun ilçeleri ile beraber 250.000 nüfuslu il olması, aile hekimliği sisteminin uygulanıyor olması, Bolu'nun proje için uygun bir seçim olmasını sağlamıştır.

### **Bolu Toplum Temelli Ruh Sağlığı Merkezi(BTTRSM)**

BTTRSM proje kapsamında öncelikle Bolu ilinde oturan psikoz tanısı konan (ICD-10 ölçütlerine göre F20-29) hastaların merkeze kaydedilmeleri planlandı. Toplum temelli ruh sağlığı merkezinde çalışmak üzere 1 konsültan psikiyatrist, 1 psikolog, 3 hemşire, 2 el sanatları öğretmeni görevlendirilmiştir. Merkezde çalışan sağlık personelinin 1 hemşire, 1 psikolog, 1 sağlık memuru gezici ekip için görevlendirilmiştir. Bu ekip haftanın belirli günlerinde ev ziyaretleri yapmakta, böylece öncesinde bulunamamış hastaları tespit edebilmekte veya önceden te-

davileri başlanan hastaların durumlarını yerinde izleyebilmektedir. Birincil bakımda görevli aile hekimleri bu projede birincil rol almayı psikoz şüphesi olan hastaları merkeze yönlendirerek kayıt edilmelerine vesile olarak destek vermektedirler.

BTTRSM'de haftada bir gün poliklinik hizmeti verilmektedir. Poliklinikte hastaneden yönlendirilen, telefonla aranan veya gezici ekiple evde ziyaret edilerek çağrılan hastaların ayırıcı tanıları yapıp tedavileri düzenlenmektedir; psikoz tanısı konulan hastalar kayıt altına alınmaktadır. Bu hastaların tedavilerinin izlenmesinin yanı sıra, aile eğitimi ve sosyal beceri eğitimleri ile uğraşı tedavileri de rehabilitasyon çalışmaları olarak uygulanmaktadır.

Uygulanmakta olan proje ile Bolu ilinde bir yıl içinde 496 psikotik hasta kaydına ulaşılmıştır. İlk etapta Bolu merkez hedefi vardır ve merkezdeki 253 psikoz hastasından 141'i toplum ruh sağlığı merkezine kaydedilmiştir. Kayıtlı 141 hastanın bir yıllık takipleri sonrası toplam hastaneye yatış sayılarının yarıya düştüğü saptanmıştır. Gezici ekip oluşturulduktan sonraki yedi ayda ise, 189 ev ziyareti yapılmıştır ve ulaşılan hastalardan yaklaşık %60'ının toplum ruh sağlığı merkezine gelmeyi kabul ettiği belirlenmiştir. Bu proje kapsamında Bolu ilindeki tüm psikotik hastalara ulaşılması ve merkezde kayıt altına alınması planlanmaktadır.<sup>8,11</sup>

### **Sonuç**

Kurumsal temelli modelden toplum temelli modele geçen ülkelerdeki ruhsal hastaların yaşam kalitesindeki artış gözle görülür niteliktedir. Böylece hem önceden ulaşım güçlüğü nedeniyle atlanan hastaların erken tanısı yapılabilmekte, hem tedavi ve ta-



kipleri düzenli olan hastaların hastaneye yatma gereksinimi azalmakta, hem de ruhsal hastalıkları olan hastaların ailelerine ve çevrelerine karşı oluşturduğu sosyoekonomik yük gerilemektedir. Ancak tüm bu sonuçların sağlanabilmesi için TRSM'lerin yaygınlaştırılarak ulaşılabilir kılınması, bu merkezlerde çalışacak personele uygun eğitimin verilmesi, ruh sağlığı hizmetinden yararlanacak halkın sosyal, kültürel, ırksal, ekonomik nüans farkları göz önünde bulundurularak sağlık politikalarının geliştirilmesi ve tüm bu işlerin finansmanı için uygun ödeneklerin

ayrılmasıyla mümkündür. Türkiye'de de bu yolda önemli adımlar atılmaktadır, henüz sadece pilot bölgede TRSM bulunduğu halde sonuçlar yüz güldürücüdür. Yeni hizmet modelinin ülke bazında yaygın hale getirebilmenin zamana yayılmış disiplinli bir çalışmanın sonucu olacağı unutulmamalıdır.

Birinci basamak hekimlerinin toplumun içinde olması onları hastalar için en ulaşılır kişi yapmaktadır. Ayrıca ev ziyaretleri yapan birincil bakım hekimleri ruhsal sorunu olan ve sağlık kurumuna gidemeyen hastalara da erişme ve yardımcı olma olanağına sahiptir.<sup>12</sup>

### Kaynaklar

1. Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective. Erişim: [www.who.int/mental\\_health/.../mentalhealthintopriarycare/.../index.html](http://www.who.int/mental_health/.../mentalhealthintopriarycare/.../index.html) Erişim tarihi: 21. 10.2010
2. Akdeniz M, Urgan M, Yaman H. Aile hekimliği: Çağdaş bir sağlık hizmeti sunma biçimi. Gerofam.2010;1:15-27
3. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006.
4. Türkiye stratejik planı. Erişim: <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/spflash/flashbrosur/files/search/searchtext.xml> erişim tarihi: 21. 10.2010
5. Rusihak Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi erişim: <http://rusihak-ara.blogspot.com/> erişim tarihi: 21. 10.2010
6. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 25 Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:25-30
7. DSÖ Mental Sağlık Atlas 2005. Erişim: [www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas). Erişim tarihi: 20. 09.2010
8. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Uygulamaları. Erişim: <http://www.bolutrsg2010.org/#image001>. Erişim Tarihi: 20. 09.2010
9. Kocaeli Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Birimi. Erişim: <http://tor-sab.kocaeli.edu.tr/> Erişim Tarihi: 20. 09.2010
10. Yanık M. Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme Ve Öneriler. Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. RCHP:2007: Özel sayı
11. Ensari H. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi projesi uygulamaları Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:48-49
12. Kılınç S. Yaşlı hastalarda ev ziyaretleri ve özellikleri.Gerofam.2010;1:41-46