

BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETİNDE RUH SAĞLIĞI

KÜEY, L., AKSAKOĞLU, G.

ÖZET: Ruh sağlığı alanındaki çağdaş görüş ve uygulamalar bu hizmetin birincil sağlık hizmeti içinde ve genel sağlık sistemi ile uyumlu olarak yürütülmesini vurgulamaktadır. Bu bütünleştirmenin kuramsal temeli bir yandan halk sağlığının genel ilkelerine, öte yandan psikiyatrik danışmanlık ve sosyal psikiyatri ilkelerine dayanır. Uygulama açısından birinci basamak sağlık ekibi ve ikinci basamaktaki ruh sağlığı ekibi anahtar konumdadır.

Bu yazıda, önce konuya ilişkin ülkemizdeki durum gözden geçirilecek, ardından ana sorunlar ve bunların çözümüne ilişkin genel ilkeler işlenecektir. Son olarak da, birinci basamak sağlık ekibi ile ruh sağlığı ekibinin işbirliği modelleri tartışılacaktır.

ABSTRACT: Levent Küey, Ministry of Health, Mental Health Dispensary, Gazanfer Aksakoğlu, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Dept. of Community Medicine. Mental Health in Primary Health Care.

Modern concepts and developments in mental health care emphasize the importance of this care to be integrated in primary health care and to be relevant to the general health system. Both the public health principles and the principles of social psychiatry and psychiatric consultation present us the theoretical framework of this integration.

Here, first the present situation and the problems in this field in our country then the general principles will be reviewed. At last the functions of the primary health team and the ways of collaboration of the primary health care team and the mental health team will be discussed.

Anahtar sözcükler: Birincil Sağlık Hizmeti, Ruh Sağlığı Hizmeti

Key words: Primary Health Care, Mental Health Care.

Dr. Levent KÜEY, Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Dispanseri, Doç. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Durum, Sorunlar: Bugünkü işleyiş gözden geçirildiğinde birincil sağlık hizmeti içinde tanımlanmış bir ruh sağlığı çalışmasının olmadığı görülmektedir.

Ruh sağlığı çalışmaları açısından birinci basamak ekibi ve hekimi bugüne dek gözardı edilmiştir. Bunun nedeni, genelde sağlık hizmetlerinde uzmanlaşmaya ve teknolojiye ağırlık veren uygulamalar, özelde ise, ruh sağlığı konusunda hemen yalnızca merkezi yataklı tedavi kurumlarına ve uzmana/psikiyatriste görev yükleme eğiliminin yaygın oluşudur. Oysa, birinci basamak hekiminin var olan işlevleri genel sağlık hizmeti için olduğu kadar ruh sağlığı çalışması açısından da önem taşımaktadır. Bu işlevler şöyle özetlenebilir (a) Sınırları tanımlanmış bir popülasyona sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunmak, (b) o popülasyon içinde yürütülen sağlık hizmetlerinin eğilimini sağlamak, (c) gerektiğinde başvuran kişi ya da hastayı farklı toplumsal hizmet birimlerine yönlendirmek, (d) varolan ekonomik koşullar içinde en yüksek sağlık düzeyini sağlayabilmek için gerekli toplumsal etkinlikleri harekete geçirebilmek, (e) o basamakta çözülemeyen sorunların çözümü için gerektiğinde uzman ya da hastaneye sevkini sağlamak (1,2).

Sağlık sorunlarının bütünlüğü gözönüne alındığında, birinci basamak hekiminin yukarıda anılan işlevlerini ne kadar yerine getirebildiğinin ve dolayısıyla o bölgedeki genel sağlık düzeyinin, aynı zamanda ruh sağlığı düzeyinin de bir göstergesi olacağı sonucuna varmak mümkündür.

Diğer yandan, durumu birinci basamak sağlık ekibi ile ruh sağlığı ekibinin işbirliği açısından gözden geçirdiğimizde, aralarında ortak amaçlara yönelik ikili bir çalışma bulunmadığı görülmektedir.

Her iki ekip kendi çalışma ortamlarında hizmet vermektedir. Aralarındaki ilişki kopuktur, kurulursa da, gelişigüzedir ve genellikle tek yönlü sevk biçimindedir. Bu ilişki bireysel değil, kuramsal, süreç ve içeriğin önemsizmediği, yalnızca sonucun dikkate alındığı ve sağaltım yönelimli bir ilişkidir.

Sonuçta, bugünkü işleyiş içinde konumuz açısından iki ana sorunun belirdiği görülmektedir:

(a) Birincil sağlık hizmeti içinde ruh sağlığı çalışması konusunda kuramsal bir tanımlama yoktur.

(b) Birincil sağlık hizmetinde ruh sağlığı hizmetlerinin integre biçimde işlenmesine yönelik bir model geliştirilmemiştir.

Temel ilkeler: Bu sorunlara ilişkin çözüm önerileri halk sağlığının genel ilkeleri ve psikiyatrik danışmanlık ilkeleri gözönünde tutularak geliştirilebilir.

Halk Sağlığının Genel İlkeleri: Bu ilkeler ruh sağlığı çalışması açısından şöyle özetlenebilir: (a) Halk sağlığı çalışması olabildiğince ekonomik uygulanmalıdır, (b) bu çalışma hizmeti amaçladığı topluma yaygın olarak yarar sağlamalıdır, (c) kullanılan teknik ve yöntemler daha az örgün eğitim görenlerin de kolaylıkla uygulayabilecekleri denli basit olmalı, etkinlik yüksek derecede uzmanlaşmış personeli olabildiğince az kullanarak yürütülebilmelidir (3).

Psikiyatrik Danışmanlık İlkeleri: Bu işbirliği sürecinde önem taşıyan ruh sağlığı danışmanlığı ilkeleri de şöyle özetlenebilir: (a) Bu danışmanlık iki ayrı meslek çalışanı arasında karşılıklı bir ilişki ve etkileşim sürecidir, (b) bu danışma süreci üçüncü grubun (hasta ya da ailesi) sorunlarını çözmeye odaklanmıştır, (c) bu danışma süreci, danışanın (birinci basamak sağlık hekimi/ekibi) sürekli mesleksen işlevi tabanında yürür ve bilgi-beceri-tutum-davranış iletişimini kapsar, (d) bu danışma sürecindeki eğitim unsuru danışanın meslek ve (becerilerini arttıracak ve ilerde benzer sorunlar olanlarda onu daha etkin kılacaktır, (e) bu danışma sürecinde danışman danışanın benlik saygısını da gözeterek ona gerekli olan en az optimum desteği vermelidir. Bu destek danışanın istediği kadar ve onun alabileceği biçimde verilmelidir (4,5).

Ruh Sağlığı İlkeleri: Yukarıda anılan ilkeler doğrultusunda birinci basamak ruh sağlığı çalışması için bazı temel ilkeler tartışmaya sunulabilir: (a) Alma-Vita Deklarasyonunda belirtildiği üzere sağlık temel bir insan hakkıdır ve olanılan en yüksek düzeyde sağlığın gerçekleştirilmesi evrensel bir toplumsal amaçtır. Bunun için sağlık dışındaki diğer ekonomik ve sosyal sektörlerin de çabası zorunludur, (b) ruh sağlığının geliştirilmesi sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçasıdır. Hastalıkların önlenmesi/sağaltım/rehabilitasyon konusundaki geleneksel görüş ve uygulamalara yeni bir bakış açısı eklenerek ruh sağlığının geliştirilmesi (promotion of mental health) uygulaması hizmetin her üç aşamasında da sunulmalıdır. Bu, birincil bakımda hastalığın önlenmesi yanında sağlığın etkin bir biçimde geliştirilmesi, ikincil bakımda hastalıkların geleneksel yöntemler dışında gerekirse sağlık dışı hizmet ağlarını da kapsayanak biçimde integre sağaltımı ve üçüncül bakımda da hastalık evreleri ardından tam sağlığa dönüşü amaçlama anlamını taşır, (c) toplumun ruh sağlığının geliştirilmesi açısından birincil sağlık hizmeti içinde yürütülecek ruh sağlığı çalışması can alıcı önem taşır, (d) ruh sağlığı hizmetlerinin desantralizasyonu hizmeti toplum içinde insanların yaşadıkları ve yaşadıkları yerde uygulama açısından zorunludur, (e) in-

sanların, toplulukların kendilik saygılarını korumaları ve kendileri/ çevreleri/gelecekleri konusunda olabildiğince çok söz ve sorumluluk sahibi olabilmeleri ruh sağlığının geliştirilmesi açısından önem taşır. Bu çerçevede tüm hizmet birimleri insanların özgüçlerini arttırmalarını sağlayıcı bireysel ve toplumsal olanaklar sunabilmelidir, (f) ruh sağlığı yöntem, beceri ve kaynaklarının sağlık hizmeti yanında tüm toplumsal hizmet birimleri içine de entegre edilebilmesi gereklidir (6,7,8).

Birinci Basamak Hekiminin Konumu: Uygulamada birinci basamak hekiminin ruh sağlığı çalışması açısından bazı üstünlükleri ve sınırlıkları söz-konusudur. Üstünlükleri şöyle özetlenebilir: (a) Ruhsal bozukluğu olan kişilerin büyük çoğunluğu bedensel yakınmalarla başvururlar ve ruhsal bir sorunu olduğunu düşünmezler, (b) Özellikle orta ve ileri yaş gruplarında çoğu hastada ruhsal ve bedensel bozukluklar birlikte bulunur (c) toplumda ruhsal bozukluk ve psikiyatrye ilişkin genelde varolan olumsuz tutum ve duygular (stigma) ruh sağlığı çalışanlarına başvuruları olumsuz etkiler, (d) "tektör doktor gezme eğilimi yüksek" bazı hastalar (öen: hipokondriazis) ancak kendilerini sürekli izleyen hekimlerce doğru yönlendirilebilirler, (e) birçok ruhsal bozukluğun ailesel sorunlarla yakın ilişkili olduğu bilinmektedir. Ruh sağlığı uzmanlarının bunları anlayabilmesi uzun inceleme ve görüşmeleri gerektirmektedir, oysa birinci basamak hekiminin bu süreçleri çok daha yakından izleme olanağı vardır, (f) ru' al bozukluğu olan birçok hastada uzun süreli izlem gerekmektedir. Birinci basamak hekiminin bu açıdan da "süreklilik" üstünlüğü olacağı açıktır (9).

Birinci basamak hekiminin ruh sağlığı çalışması açısından en önemli sınırlılığı: ruh sağlığı ve psikiyatri konusundaki eğitim ve öğrenim eksiklikleridir. Ayrıca, özellikle kentsel bölgelerde merkezsel sağlık kurumu ve uzman hekim yoğunluğu birinci basamak ruh sağlığı çalışmasını sınırlayan önemli bir etkidir.

İşbirliği Modelleri: Birincil sağlık hizmetinde ruh sağlığı çalışması konusunda ana sorun birinci basamak hekiminin ruh sağlığı hizmetlerine nasıl entegre edileceği değil, ruh sağlığı uzmanlarının birincil sağlık ekibi ile nasıl işbirliği yapacağıdır. Kuşkusuz böylesi bir bütünleş-tirme hem birinci basamak hekiminin, hem de ruh sağlığı uzmanlarının rol ve işlevlerinde bir değişim anlamını da taşımaktadır. Bu işlev değişimi birlikte çalışmayı tanımlayan işbirliği modelleri çerçevesinde gerçek-leşecektir. Burada konuya ilişkin önerilen üç değişik işbirliği modeli tartışılacaktır (9):

Otonom çalışma modeli: Her iki ekip kendi kurumlarında, ancak ortak amaca yönelik kuramsal bir tanımlama çerçevesinde hizmet verir. İki ekip arasında önceden tanımlanmış işbirliği kanalları sözkonusudur. Geleneksel tek yönlü sevk yanında, ruh sağlığı ekibinin danışmanlık vermesi gereğinde devreye girer.

- 2)Sürekli (periodic) birlikte çalışma modeli: Her iki ekibin kendi kurumlarında hizmet vermesinin yanında, ruh sağlığı ekibi önceden programlanmış bir düzen içinde birinci basamak sağlık hizmeti ortamına gelerek danışmanlık yapar. Böylelikle hem ruh sağlığının o bölgede geliştirilmesi, hem de tanı ve iyileştirme konularında ortak çalışma olur.
- 3)Sürekli birlikte çalışma metodu: Bu modelde ruh sağlığı uzmanı doğrudan birinci basamakta görev alır ve tüm ruh sağlığı hizmetlerine birinci derecede katılır.

Birinci model geleneksel ve kolay uygulanabilir bir modeldir, ancak esnek değildir ve önceden tanımlanmış ruh sağlığı danışmanlığı ilkelerine uygun görünmemektedir. İkinci model ise, hem genel ilkelere uygun, hem de farklı rol ve işlevlere/amaçlara olanak veren esnek bir modeldir. Düzenli bir işbirliği zemininde tanımlanmış ortak çalışmaları öngörür. Son modelin en önemli sakıncası ise hem çok sayıda uzmana gereksinim göstermesi, hem de meslek grupları arasında ciddi rol bulanıklığına yol açabilecek oluşudur. Ülkemizde birincil sağlık hizmetinin sunum modeli olan sosyalleştirmeye en uygun yöntem de ikinci modelin uygulanmasıdır.

Sonuç: Bu yazıda birincil sağlık hizmeti içinde ruh sağlığı çalışmasını ilkeleri, uygulamada anahtar konumda olan birinci basamak hekiminin rol ve işlevleri ve ruh sağlığı ekibi ile birinci basamak sağlık ekibinin işbirliği modelleri tartışılmıştır. Sonuçta, bu bütünleştirmenin birincil sağlık hizmetlerine ağırlık veren bir genel sağlık sistemi çerçevesinde gerçekleştirilebileceğini belirtmek uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1.Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings: report of a WHO study group, WHO Technical report series no: 698, Geneva, 1984.
- 2.Psychiatry and primary medical care: report on a WHO working group, WHO Regional office for Europe, Copenhagen, 1973.
- 3.Lenkau F. Mental hygiene in public health. McGraw Hill, New York, 1949.
- 4.Caplan G. Theory and practice of mental health consultation. Tavistock, London, 1970.
- 5.Neill JR, Sandifer MG. Practical manual of psychiatric consultation. Williams-Wilkins, Baltimore/London, 1980.

6. Clare A, Davies G. Psychiatry in General Practice. In: Essentials of Postgraduate psychiatry (eds: Hill P, Murray M, Thorley A), Academic Press, London, 1979.
7. Organization of mental health services in developing countries: report of a WHO Expert committee, WHO Technical report series no: 564, Geneva, 1975.
8. Technical patterns in mental health care: report on a WHO working group. WHO Regional office for Europe, EURO Report series no: 25, Copenhagen, 1980.
9. First-contact mental health care: report on a WHO meeting WHO Regional office for Europe, Copenhagen, 1984.