

Şizofreni hastaları için bakım, rehabilitasyon ve topluma kazandırma projesi

Alev KILIÇOĞLU

Yrd.Doç.Dr., Dumlupınar Üniversitesi, KÜTAHYA

Projenin amacı

Bu projenin amacı, şizofreni hastalarının ve ailelerinin hastalığa ve tedaviye uyumlarını sağlayarak hastaneye yatışlarını azaltmak, hastaların yaşam becerilerini geliştirerek yaşam kalitelerinin artmasına katkıda bulunmak ve hastaların topluma kazandırılmasını sağlamaktır. Bu proje olası başka projelerle birlikte de değerlendirilebilir, buradaki amaç bu alanda uygun yaklaşımların geliştirilebilmesi için zemin hazırlamaktır. Projenin içeriği, farklı yaklaşım ve önerilerle değiştirilebilir ve içeriği tartışmaya açıktır.

Projenin kapsama alanı

Şizofreninin nokta yaygınlığı %0.46 olarak belirlenmiştir.¹ Nokta yaygınlığına göre Türkiye’de yaklaşık 365 bin şizofreni hastasının olduğu söylenebilir (İstanbul’da 35000, Ankara’da 15000).

Bir rehabilitasyon ve topluma kazandırma projesinin normal koşullarda ulaşabileceği tüm hastalara, hatta hepsine ulaşmayı hedeflemesi daha ideal bir yaklaşımdır. Nüfusun yoğunluğu, sağlık alanındaki ekonomik ve personel yetersizliği gibi etkenler göz önünde bulundurulduğunda, tüm hastalara ulaşmak olası görünmemektedir.

Bakım, rehabilitasyon ve topluma kazandırmada yer alan birimler

Bakım, rehabilitasyon ve topluma kazandırma (BRT) birkaç aşamadan oluşmaktadır:

- Tanının konması,
- Hastanın gereksinmelerinin tanımlanması,
- Bu gereksinmelere bağlı olarak çeşitli eğitim programlarının uygulanması,
- Toplumsal beceri eğitimi,
- İş eğitimi,
- Evde yaşam becerileri,
- Zaman yönetimi,

- Evde izlem,
- İlaç kullanımı takibi,
- İşe yerleştirme,
- Adli/mali danışmanlık,
- Aile destek programı.

Ülkemizde evsiz şizofreni hastası oranı batılı ülkelere göre düşük düzeydedir, gerekli görüldüğünde eve yerleştirme programı da bu sisteme eklenebilir.

Yukarıda belirtilen aşamalar farklı birimler tarafından yürütülür. BRT’da rol alacak olan birimler şunlardır:

- Hastaneler/poliklinikler,
- İl sağlık müdürlüğü ruh sağlığı şubesi,
- Aile hekimi,
- Özel eğitim merkezleri,
- Dernek ve kuruluşlar.

Her birim BRT için ortak bir amaca yönelik olarak çalışır ve birbiriyle iletişim halindedirler. Bu birimlerin BRT sistemi içindeki görev dağılımları aşağıda belirtilmiştir (Tablo 1).

1. Hastane ve poliklinikler: BRT hastanın tanısının konmasıyla başlayan bir süreçtir. Tanı koyan ve ilaç tedavisini belirleyen kişi psikiyatrıdır. Şizofreni tanısı konan hasta ve hasta yakınlarının bundan sonraki süreçteki hakları ve hastalıkla ilgili yapılabilecekler her hasta ve ailesine tanıtım broşürleriyle bildirilir. Hasta ve hasta yakınları BRT sisteminden haberdar edilir. Hasta ve hasta yakınları bu sistem içinde yer almak isteyip istememe hakkına sahiptir ve bunu istemeyen hasta ve hasta yakınları bunu bildiren bir belge imzalar ve poliklinikte izlenir. Yanı sıra, BRT sistemine hastalığın herhangi bir döneminde girmeyi isteyen hasta ve hasta yakınları daha önceki bildirimleri geçersiz sayılarak sisteme alınır ve bunun için yazılı onamları istenir. Sisteme

katılmayı kabul eden hastalar hastane tarafından il sağlık müdürlüğü ruh sağlığı şubesine bildirilir. Hastane ve polikliniklerde çalışan psikiyatristlerin BRT içindeki görevleri, BRT sistemi tarafından hastaneye yönlendirilen hastaların değerlendirmek ve gerekli olanların yatışlarını

2. İl sağlık müdürlüğü ruh sağlığı şubesi (SMRŞ): SMRŞ'ne bildirilen hastalar bu şubeye bağlı çalışan birimlere yönlendirilir ve hastanın oturduğu bölgede görevli aile hekimine bildirilir. SMRŞ'ne bağlı çalışan birimler şunlardır:

- Vaka yöneticisi (vaka koordinatörü),
- Krize müdahale birimi (KMB),
- İşe yerleştirme ve iş takibi birimi.

Bu şubeye bildirilen hastalar vaka yöneticisi tarafından değerlendirilerek hasta ve hasta yakınlarının gereksinimleri belirlenir. Gereken hastalar için eğitim programları önerilir ve bu eğitimlerin sağlanabileceği kurumlar hakkında bilgilendirilerek, bu konudaki gereksinimlerin giderilmesinin takibinin sağlanabilmesi için hem hasta ve hasta yakınlarıyla, hem de aile hekimiyle hastaya uygun gereksinimleri içeren program paylaşılır. Hastaların gereksinimlerine yönelik önerilebilecek programlar şunlardır:

- Toplumsal beceri eğitimi,
- İş eğitimi,
- Evde yaşam becerileri eğitimi,
- Zaman yönetimi,
- Adli/mali danışmanlık,
- Aile destek programı.

Bu programların içeriği hasta ve hasta yakınlarıyla paylaşılarak ortak bir program üzerinde görüş birliğine varılır, görüş birliğine varılamayan gereksinimler konusunda vaka yöneticisinin önerileri bildirilir, hasta ve hasta yakınlarının istekleri de göz önüne alınır.

SMRŞ'ne bildirilen hastalar vaka yöneticisinin değerlendirmesine göre KMB'ne yönlendirilir. Bu birimde kriz durumları tanımlanır ve o durumda hasta ve hasta yakınlarının ulaşabileceği telefon ve kişiler belirlenir. Bu durumlarda hasta ve hasta yakınlarının neler yapabilecekleri, hakları ve kısıtlılıkları bildirilerek hasta ve hasta yakınlarının kriz durumlarına hazırlıklı olması sağlanır.

KMB, kriz durumunda gerekli merkezlerle (savcılık, polis, hastane) ilişkiye geçer ve bu durumda gerekli personelin müdahalesini sağlar. Bu süreçte hasta ve yakınlarının haklarını gözetir.

Vaka yöneticisi tarafından işe yerleştirme eğitimi önerilen hastalar değerlendirilerek iş seçenekleri gözden geçirilir ve hastanın koşullarına uygun bir iş konusunda eğitim almasına yönelik girişimde bulunulur. Hasta bu konuda eğitim veren

sağlamaktır. Bunun dışında hastayı hangi sıklıkta göreceği ve nasıl bir tedavi önereceği psikiyatristin kendi değerlendirmesine ve kararına bağlıdır. Krize müdahale birimleri gerekli durumlarda o bölgedeki psikiyatristlerle birlikte çalışır.

birimlere yönlendirilir, bu arada uygun iş seçeneği konusunda işverenlerle bağlantıya geçilerek gerekli koşullar belirlenir; hasta, hasta yakınları ve işverenlerle ortak karara göre işe yerleştirme ve yerleştirilen yerde hastanın izlenmesi sağlanır.

3. Aile hekimi: Her aile hekimi yanında şizofreni hastalarının izleme ve yönlendirilmesini sağlayacak bir sosyal görevli çalıştırır. Aile hekimleri hizmet içi eğitimlerle şizofreni ve şizofreninin izlenmesi konusunda bilgilendirilir, yanında çalıştırdığı kişiyi bu konuda eğitir ve kontrolünü sağlar. Aile hekimiyle çalışacak olan kişi en az lise mezunu olmalıdır. Eğitimi sağlanan sosyal görevli, aile hekiminin bölgesinde ve ona bağlı olan şizofreni hastalarının kayıtlarını tutar, bu hastaları evlerinde ziyaret ederek şizofreni hasta evde izlem formlarını doldurur, gerekli gördüğü hastaları daha sık izler, bu hastalar konusunda aile hekimine bilgi verir, gerekli gördüğü hastaları aile hekiminin de kontrolüyle bir psikiyatriste yönlendirir. Aile hekimi SMRŞ'le eşgüdüm içinde çalışır, hastalarla ilgili vaka yöneticisi ve KMB tarafından belirlenen hasta ve yakınlarıyla ilgili bilgiler hasta ve hasta yakınlarının izniyle aile hekimi ve sosyal görevliye bildirilerek hastayla ilgili ortak çalışmaları sağlanır. Ayrıca sosyal görevli de hastayı yeniden vaka yöneticisine yönlendirebilir. SMRŞ'de çalışan vaka yöneticisi ve diğerleri sağlık müdürlüğünde devlet memuru kadrosundadır. Aile hekimiyle çalışan sosyal görevli aile hekiminin belirlediği koşullarda sözleşmeli olarak çalışır. Her hastanın izlenmesi ve evde ziyareti planlanır ve aile hekimine puan karşılığı maaşına eklenir. Aile hekimi de sosyal görevlinin maaşını kendi biriminden karşılar.

Çalışan sosyal görevlinin hasta izlemesinden ve onun denetiminden aile hekimi sorumludur. Hasta ve hasta yakınları bu konuda istek ve yakınmalarını (ziyaret almamak, uygunsuz davranışlarla karşılaşmak gibi) aile hekimine ve SMRŞ'ne bildirebilir. Hasta ve hasta yakınları bu konuda bilgilendirilir. SMRŞ'ne bildirilen yakınmalar aile hekimine iletilir. Aynı aile hekiminin bölgesinden üç kez yakınmada bulunulduğunda sağlık müdürlüğünden görevlilerce durum yerinde değerlendirilir ve gerçekliği saptanırsa, bu durumda aile hekimine ceza uygulanır.

4. Özel eğitim/rehabilitasyon merkezleri (ÖERM):

Zeka geriliği olan bireylere eğitim veren merkezlerde yeni hizmetlerin tanımlanmasıyla oluşturulacağı gibi, sadece şizofreni hastalarına yönelik çalışan merkezler de bu kategoride yer alır. Bu merkezlerde hasta ve hasta yakınlarına yönelik şu hizmetler sunulabilir:

- Toplumsal beceri eğitimi,
- İş eğitimi,
- Evde yaşam becerileri eğitimi,
- Zaman yönetimi,
- Adli/mali danışmanlık,
- Aile destek programı.

Bu birimlerde eğitimler bu konuda uzman kişiler tarafından verilir. Özel eğitim/rehabilitasyon merkezleri ruh sağlığı şubesiyle ilişki içinde gerekli personeli bünyesinde bulundurur. Programını yürütecek kişiler bu konuda önceden eğitim almış olmalıdır. Bu kurumlar adli ve mali danışmanlık için bu konunun uzmanı bir avukat ve bir muhasebeci ile anlaşılabilir. Tüm bu kişiler ÖERM bünyesinde çalışır. Buralarda verilecek hizmetler zeka geriliğinin eğitimine (Milli Eğitim Bakanlığı denetimindedir) benzer şekilde, Sağlık Bakanlığı tarafından ücretlendirilir ve karşılanır. ÖERM hastalarla ilgili raporlar düzenleyerek gelişme ve önerileri SMRŞ'ne, hasta ve hasta yakınlarına bildirir. Bu hizmetlerle ilgili olarak hasta ve hasta yakınlarının yaklaşımı varsa, SMRŞ'ne iletir ve eğer aynı kurum hakkında bu konuda üç yakınma iletilirse, sağlık müdürlüğü tarafından kurum değerlendirilir ve yakınma gerçekçi bulunursa ceza uygulanır.

Maliyet

Türkiye için yapılan çalışmalarda hasta başına maliyet yıllık olarak 1379-2891 \$ arasında değişmektedir.^{2,3} 365 bin şizofreni hastası olduğu tahminine göre, toplam yıllık maliyet en azından 503 milyon \$ olacaktır. Türkiye için hesaplanan bu maliyet dolaylı maliyeti içermemektedir.

Şizofreni hastaları için rehabilitasyon programlarıyla ilgili bazı çalışmalarda rehabilitasyonun bazı programlarının daha karlı olmadığı ortaya çıkmıştır; ancak bu çalışmaların çoğunda dolaylı etkiler göz önüne alınmamıştır. İşe yerleştirme programıyla ilgili Avustralya'da yapılan bir çalışma bu programın daha karlı olmadığını ortaya koymuştur.⁴ Bir başka çalışmada GH'nin yatarak tedaviye göre daha karlı olduğu belirtilmiştir.⁵

Özellikle kar-zarar analizi çalışmaları maliyet analizlerindeki kadar kapsamlı değildir ve dolaylı maliyetteki değişim hesaplanamamaktadır, sonuçlar buna göre değerlendirilmelidir.

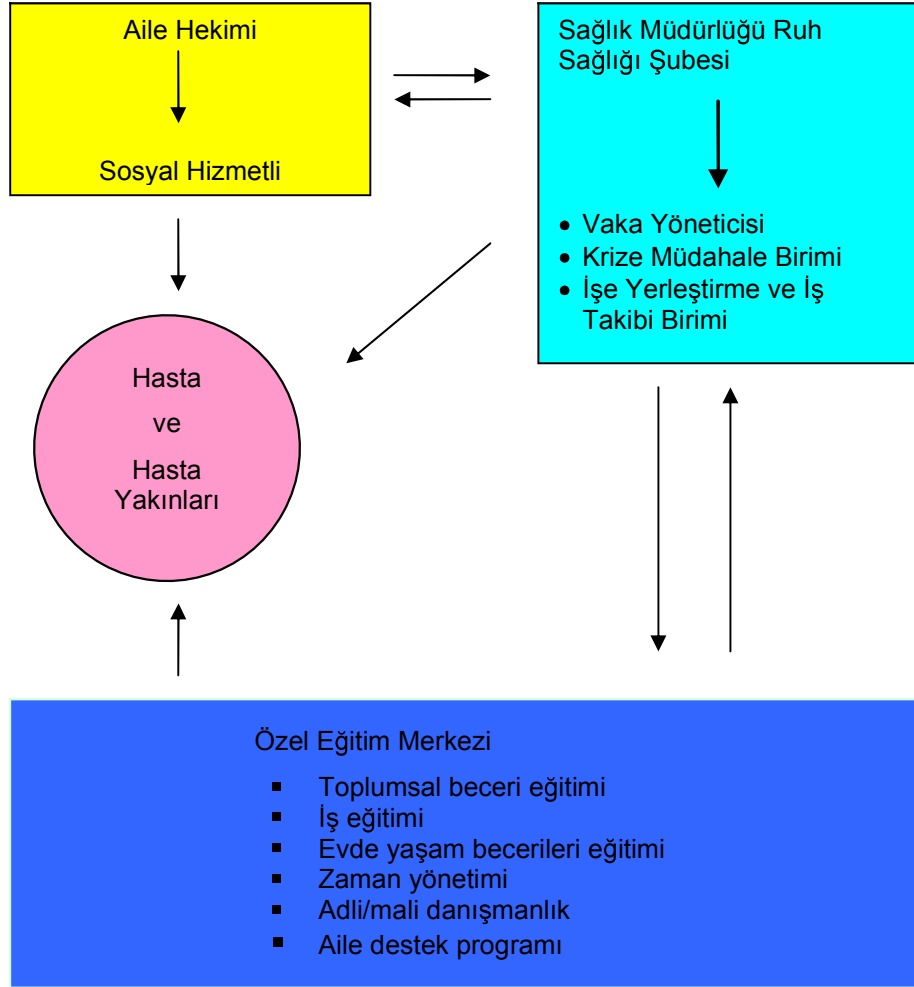
Bu projenin maliyetine bakılacak olursa, öncelikle çalışacak personelin 81 ildeki her il sağlık müdürlüğü ruh sağlığı şubesine bağlı yeni kurulacak birimlerin giderleri söz konusudur. Bu giderler karşılandıktan sonra asıl olan hizmet giderlerinin belirlenmesidir. Başlangıç için SMRŞ'ne bağlı çalışacak üç kişilik ekiplerin kurulması gerekmektedir (vaka yöneticisi, krize müdahale ve işe yerleştirme için), bu sayı gerekli görüldüğünde artırılabilir. Hem bu birimlerde çalışacak kişilerin, hem de ÖERM'de rehabilitasyon hizmetlerinde çalışacak kişilerin eğitimi kendi olanaklarıyla karşılanabilir. Bu konuda personel alımıyla ilgili verilecek ilanda seçilecek kişilerin bu eğitimleri almış olması koşulu getirilerek bu sorun çözülebilir.

Burada asıl maliyeti oluşturacak olan hizmet bedelleridir; ancak şizofreni hastaları için rehabilitasyonla ilgili hizmetler henüz tanımlanmadığından hizmet bedelleri de hesaplanamamaktadır. Bu nedenle en kısa zamanda rehabilitasyonla ilgili hizmetlerin sağlık bakanlığınca tanımlanmasının yapılması ve uygun kişileri bu alanda çalışmaya yönlendirebilecek düzeyde hizmet bedellerinin belirlenmesi gerekmektedir.

Bu projenin gerçekleştirilebilmesi için kaba maliyetinin hesaplanması önemlidir. Bu konuda uzman kişilerin batılı örnekleri ve ülkemizde olması maliyetleri değerlendirerek bu konuda görüş bildirmesi uygun olacaktır.

Şizofreni hastalarına yönelik rehabilitasyon hizmetlerinin gerçekleştirilmesi yönündeki maliyet, zeka geriliği, diyabet, kanser gibi kronik hastalıkların maliyetinden daha fazla olmayacaktır. Yaşam kalitesinin, tedavi uyumunun artırılması ve depresme dönemlerinin azaltılarak yatışların azaltılmasının sağlanması, özellikle dolaylı maliyette düşüş sağlamanın yanı sıra hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin maliyet hesaplarıyla değerlendirilmesinin etik olarak uygun olmadığı da ortadadır. Nasıl bir kanser hastası maliyeti yüksek olduğu için tedaviden yoksun bırakılmıyorsa, hastanın yaşamında önemli etkileri olacak bu uygulamaların yaşama geçirilmesi de aynı önemdedir.

Tablo 1. Şizofreni hastaları için bakım, rehabilitasyon ve topluma kazandırma projesi



KAYNAKLAR

1. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005; 2(5):413-33.
2. Tav AŞ. Şizofreni Tedavisinde Direkt Maliyeti Belirleyen Değişkenlerin Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006.
3. Yıldız M, Cerit C. Şizofreni tedavisinin yıllık maliyeti: Bir üniversite hastanesi verilerinden yapılan hesaplama. *Klinik Psikiyatri Bülteni* 2006; 16:239-44.
4. Chalamat M, Mihalopoulos C, Carter R, Vos T. Assessing cost-effectiveness in mental health: vocational rehabilitation for schizophrenia and related conditions. *Austral N Z J Psychiatry* 2005; 39:693-700.
5. Giel R. Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *Br J Psychiatry Suppl.* 1995; 27:52-9.