

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği

Nurse's Role in Community Mental Health Centers: Example of England

Beyhan Bağ

ÖZET

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin çekirdeğini oluşturan toplum ruh sağlığı merkezlerindeki amaç, belli bir coğrafi alanda yaşayan ağır ruhsal hastalığı olan hastaları merkezde kayıt altına almak, gezici ekiplerle düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyonlarını sağlayarak topluma yeniden kazandırmaktır. İngiliz sağlık hizmetlerinin tek bir elden uyguladığı psikiyatri hastalar için tedavi ve bakımına yönelik toplum temelli ruh sağlığı uygulamasının hastane yatış sıklığını azaltma gibi birçok yararı vardır. Bakım yöneticisi olarak çalışan toplum ruh sağlığı hemşiresinin hastanın yaşadığı ortamda tedavi ve bakımı üstlenmesinin doğrudan koruyucu etkisi tartışılmaz bir gerçektir. Bu uygulamayla birlikte hastanın hastaneye yatış öyküsü azalmakla birlikte tedavi ve bakımın maliyeti daha da düşer. Ülkemizde psikiyatrinin bu alt alanı henüz emekleme seviyesindedir. Çeşitli ülkelerdeki başarılı model uygulamalarının bilinmesi, ülkemizdeki henüz emekleme aşamasında olan toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulamaları için iyi bir model oluşturabilir. Bu amaçtan yola çıkılarak bu derleme de İngiltere de uygulanmakta olan toplum ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan toplum ruh sağlığı hemşirelerinin sistemde aldıkları rol tanıtılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Toplum ruh sağlığı hemşiresi, hemşirelik, İngiltere

ABSTRACT

The goal of the community mental health centers, which constitute the core of community based mental health service model, is to register the patients who live in a certain geographical region and have serious mental disorder in the center, to observe them regularly and to bring them back to community by providing their rehabilitation and treatment. The practice of community based mental health, which English health service carries out in one hand for the psychiatry patients' treatment and care, has many benefits, such as

minimizing the sequence of going to hospital. The community mental health nurse, who works as an incidence manager, takes on the responsibility of treatment and care of the patient in the place where he/she lives, and the directly protective effect of this responsibility is an unquestionable fact. With this practice, the process of taking cure in hospital and the cost of treatment and care decrease. In our country, this sub-field of psychiatry is still in its incipient stage. Being familiar with the successful model practices in different countries may constitute a good model for the community mental health nursing practices which are on the first level in our country. For this purpose, the role of the nurses who work for the community mental health service in England is presented in this study.

Keywords: Mental health nursing, nursing, England

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin çekirdeğini oluşturan toplum ruh sağlığı merkezlerindeki amaç, belli bir coğrafi alanda yaşayan ağır ruhsal hastalığı olan hastaları merkezde kayıt altına almak, gezici ekiplerle düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyonlarını sağlayarak topluma yeniden kazandırmaktır.[1] Eskiden sadece hastalandıkları zaman, hastanelere dayalı kurumsal tabanlı tedavi modelinden faydalanan hastalar taburculuk sonrası takiplerini aksatmakta ve kısa süre sonra tekrarlayan hastalıkları nedeni ile hastaneye yatışları sıklıkla yapılmaktaydı. Oysa bugün toplum ruh sağlığı merkezleri ile hastanelere dayalı kurumsal tabanlı hizmet modelinden, toplum tabanlı ruh sağlığı hizmet modeline geçmek amaçlanır. Bu modelde hastaların kontrole gelişi beklenmeden gezici ekiplerle ev ziyaretlerinin yapılması; hastaların kendi mahallinde düzenli takip ve tedavilerinin gerçekleştirilerek iyilik hallerinin korunması, atakların önlenerek; hastane yatışlarının azaltılması ve rehabilitasyonlarının sağlanmasıyla hastaların topluma yeniden kazandırılması hedeflenmektedir.[1]

Ülkemizde varolan hastane temelli sistemde hastalara sunulan hizmeti poliklinik hizmetleri, alevlenme/atak sırasında hastaneye yatırılma, kimsesi olmayan ya da kimsesi olduğu halde bakılı(a)mayan hastaların 50-60 yıla kadar uzanan süreyle hastaneye yatırılıp bakımının sağlanması olarak özetlemek olasıdır. Ağır ruhsal hastalıkların sadece “alevlenme/atak” dönemlerine odaklanır, ne hastalığın alevlenmesine zemin hazırlayan biyopsikososyal etmenlere müdahale etmede ne de hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğine katkıda bulunma hedeflenir.[2] Çoğunlukla hastalığa içgörüsü olmayan ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra ilaç kullanımı ve kontrole gelmeleri bazen sadece kendi inisiyatiflerinde bazen de bu konuda hiçbir

bilinçlendirme yapılmayan ailelerinin sorumluluğuna bırakılması nadir durum değildir. Sonuçta, hastalar hastane dışında hastalıklarıyla baş başa kalmakta ve alevlenmeyi hazırlayıcı ve hızlandırıcı öğelerle baş edemez. Böylece hastalığının yeniden alevlenmesi ve hastaneye yatışı kaçınılmaz olur. Hastalar yalnızca sık ve şiddetli atak geçirmez aynı zamanda toplumda akıl hastaları için var olan damgalama davranışı pekişir.[2] Aileler çoğunlukla hasta ve hastalıkla ilgili bir eğitim veya kurum desteği alamaması tükenmişliğe neden olur. Dönerkapı fenomeni olarak adlandırılan bu gelişme, yalnızca yeni yatak gereksinimine değil aynı zamanda bu yoğun talebe yetişmek zorunda kalan meslek profesyonellerinin medikal tedaviye ek olarak psikososyal müdahalelerde bulunmak için zaman ve enerji ayıramamalarına neden olur.[2] İngiliz sağlık hizmetlerinin tek bir elden uyguladığı psikiyatri hastalar için tedavi ve bakımına yönelik toplum temelli ruh sağlığı uygulamasının beraberinde getirmiş olduğu hastane yatış sıklığını azaltma gibi birçok yararı vardır.

Finansman ve idaresi Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Ulusal Sağlık Hizmetinin (National Health Service-USH) 1948 yılında yürürlüğe girmesi İngiliz sağlık sisteminde önemli bir dönüm noktası olmuştur.[3] USH'nin yerel düzeyde yönetimi, denetimi ve hizmetlerin iyileştirilmesi ise 2002 yılında oluşturulan Stratejik Sağlık Daireleri (Strategic Health Authorities) tarafından gerçekleştirilmektedir. Başlangıçta sağlık hizmetleri 28 Stratejik Sağlık Daireleri tarafından yürütülürken, 2006 yılında Stratejik Sağlık Daireleri sayısı 10'a düşürülmüştür. Stratejik Sağlık Dairelerinin temel sorumlulukları bölgelerinde sağlığın iyileştirilmesi için planlar geliştirmek, sağlık hizmetlerinin sunumunun kalitesini denetlemek, kapasitesini artırmak ve ulusal sağlık önceliklerinin yerel sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlamak şeklinde özetlenebilir.[3]

İngiltere'de psikiyatride rehabilitasyon hizmetlerinde reform hareketi 1950'lerde başlamıştır. Kamuoyu baskısıyla 1959'da Ruh Sağlığı Yasası (Mental Health Act) yürürlüğe girer. Böylece hastanelerin insanların gereksiz kapatıldığı yer değil de, tedavi alınan yer olması gerektiği düşüncesi yasayla güvence altına alınmıştır. Ayrıca bu yasa belediyelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere gerektiğinde yaşayacakları bir yer sağlamakla yükümlü kılar. Bu tartışmaların 1950'li yıllarda yaşanmasına karşın ruh hastalarıyla ilgili toplum temelli tedavi ve bakımın adımları ancak 1970'li yıllarda atılır. 1983 Ruh Sağlığı Reformuyla toplum ruh sağlığı hizmetleri ilk biçimini alır (Mental Health Act, 1983).[4] Yasayla birlikte aynı zamanda çeşitli sağlık meslek gruplarının bir araya gelmesiyle oluşan bir ekip, bu ekip içerisinde sıkı bir ağın kurulmasıyla sosyal hizmetlerde yaşanan iyileşmeyle birlikte toplum ruh sağlığı

ğı hizmetlerinin felsefesi de belirlenmiş olur. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalara sunulan tedavi olabildiğince hastane dışına taşınır. Bu aynı zamanda psikiyatrideki hasta haklarının güçlenmesini sağlamıştır.[4] 1995 yılına kadar tüm depo psikiyatri hastaneleri kapatılmıştır. Bu hızlı gelişmeye toplum ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan personel yeterince hazırlıklı olmaması bakım ve tedavide kalite kayıplarına neden olmuştur. Bu sorunu fark eden İngiliz Hükümeti bu alanda yeterli uzman personel temini için büyük bütçeler ayırmıştır.[5] Bu bütçe tasarısıyla toplum ruh sağlığı hemşiresi sayısı 1997'den beri 20 kat artmış olmasına rağmen hala yeterli sayıya ulaşamamıştır.

Ülkemizde de ilk defa 2008'de Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi uygulamaya geçmiştir.[1] Bolu'da kurulan ilk merkezin ardından ülkemizde son yıllarda çok sayıda toplum ruh sağlığı merkezi açılmıştır. Bu gelişmeler de özel bir alan olan toplum ruh sağlığı hemşireliğinin toplumdaki beklenen yerini alabilmesi için görev tanımlanması ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanı içinde yapılması gerekmektedir.

Dünyada ki ruh sağlığı hemşireliğinin tanımlarına bakacak olursak örneğin Amerikan Hemşireler Birliği'ne (ANA) göre toplum ruh sağlığı hemşiresi; toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir.[6,7] Toplum ruh sağlığı hemşiresinden değerlendirme, eşgüdüm, hasta haklarını gözetme, savunma, sevk etme, eğitim, rehabilitasyon, ev ziyaretleri, krize müdahale, fiziksel değerlendirme, ilaç uygulamalarının izlenmesi gibi beceri ve yetenekleri kazanmış olması beklenir. Ayrıca toplum ruh sağlığı hemşiresi, hastaların sorunlarla baş etmesinde etme (iş bulma, uğraş, kişilerarası ilişkileri ve ev yaşantısını sürdürme), psikolojik işlevlerin yerine getirilmesi de (hastalıklara özgü davranışları kontrol etme), onlara maddi ve sosyal yardım sağlama (barınma ve beslenme sorunları), sosyal destek sağlamada (akraba ve arkadaşlarıyla ilişkilerini güçlendirme), güdülenmeyi destekleme (bireysel ve sosyal rolleri yeniden kazanma ve sürdürmeye destek), sağlığın korunması ve iyilik halinin sürdürülmesinde (beslenme, hijyen ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç alımlarının takibi) hedeflerine ulaşmak için mesleki yetenek ve donanımlarını kullanır.[6]

Ülkemizde psikiyatrinin bu alt alanı henüz emekleme seviyesindedir. Diğer ülkelerdeki uygulanan modellerin incelenip ülkemizdeki sağlık sistemi uygulanıp uygulanamayacağının tartışılması bu alandaki gelişmelere bir ivme kazandırabilir. Bu çalışmada İngiltere psikiyatri hemşireliğinin en önemli alt

uzmanlaşma grubu olan toplum ruh sağlığı hemşiresinin toplum ruh sağlığı ekibi içindeki rolü ve ekibe katkısı tanımlanacaktır.

İngiltere de Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Eğitimi

Psikiyatri hemşireleri, İngiltere'deki psikiyatride sunulan hizmetlerde (yataklı kurum ve evde bakımda) sağlık çalışanları arasında büyük bir çoğunluğu oluşturur. Psikiyatride yapılan reformla birlikte, uğraşı terapisti, sosyal çalışma uzmanı, psikolog ve hemşire evde bakım hizmetleri çatısı altında yerlerini almışlardır. İngiltere'de hemşireler temel eğitimlerinde genel hemşirelik veya ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği (Registered Mental Health Nurse, RMN), özürülü hemşireliği ve çocuk hemşireliği gibi hemşireliğin özel uzmanlık alanlarında uzmanlaşabilmektedir.[7]

Psikiyatri hemşiresi bir hastanenin psikiyatri servisinde bir yıl çalışma sonrasında ancak psikiyatrik evde bakım hizmetlerinde (Community Mental Health Care) toplum ruh sağlığı hemşiresi olarak çalışabilir. Toplum sağlığı hizmetlerinde çalışacak olan toplum sağlığı hemşiresi için özel bir eğitim zorunlu olmamasına karşın toplum ruh sağlığı alanında bir sertifika veya meslek içi eğitim önceden alınmış olması beklenir. Psikiyatrik evde bakım hizmetlerinde çalışan hemşireler (Community Psychiatric Nurses, CPNs) çoğunlukla toplum ruh sağlığı ekibinde (Community Mental Health Team, TRSE) çalışır.[8]

Toplum Ruh Sağlığı Ekibi (Community Mental Health Team)

İngiltere'de toplum psikiyatrisi hizmetleri büyük ölçüde Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (TRSE-Community Mental Health Teams) tarafından yürütülmektedir.[9] TRSE Birincil Bakım Vakıfları (Primary Care Trusts) ile eşgüdüm içerisinde çalışarak bölge ve nüfus yoğunluğuna göre psikiyatri hizmeti sunar. Bir TRSE sorumluluk alanında yaşayan 60.000'la 90.000 nüfusa ruh sağlığı alanında tedavi ve bakım hizmeti sunmakla yükümlüdür.[9] Ekipte 1 yada 2 psikiyatri uzmanı, 1 yada 2 arası asistan doktor, uğraşı terapisti, 1 psikolog, 5 yada 6 sosyal çalışma uzmanı ve 6 yada 8 toplum ruh sağlığı hemşiresi (TRSH) görev alır. TRSH veya sosyal çalışma uzmanı toplum ruh sağlığı ekibinde bakım yöneticiliği görevini (Care Coordinator, CC) üstlenir. Psikiyatri hastaları TRSE'ye hizmet verdikleri bölgedeki aile hekimleri ya da sosyal hizmet uzmanları tarafından yönlendirilir. Ayrıca psikiyatrik yardım arayan psikiyatri hastaları da TRSE'lerle doğrudan bağlantı kurabilir.

Bakım Yöneticisi ve Bakım Planı

Yaklaşık 5 ila 30 arası hastası olan bakım yöneticisi, hastaları haftalık ya da aylık olarak düzenli ziyaretlerinde psikiyatrik tedavi ve bakımla ilgili gözlemlerinde elde ettiği verileri kayıt eder.[10] TRSH, hastaların doktorla randevularını ayarlamada, gerektiğinde hastalar için günlük bakım hastanelerinde bakım ve tedavi almalarını veya gereksinim dahilinde psikoterapi almalarını sağlar ve iş kurumuyla işbirliğine geçerek çalışabilecek hastalar için iş bulmaya yardımcı olur. Ayrıca psikoeğitim, atipik antipsikotik ilaçların depo enjeksiyon olarak uygulanması ve genel sağlık danışmanlığı konularıyla da (sigarayı bırakma, obeziteyle mücadele, ev doktorundan hasta için randevu alması vb.) ilgilenir. Bakım yöneticisi yılda 2 veya 4 defa tedavi ve bakım planıyla ilgili hasta ve hasta yakınının, uzman psikiyatrisin, psikoterapistin, günlük bakım evlerinin yöneticilerinin katılacağı bir toplantı düzenler. Toplantının sonunda her hasta kendisinin ve yakınının onayladığı, bakım yöneticisi uygulamasından sorumlu olduğu tedavi ve bakım planı alır (Tablo.1).[10]

Tablo.1. Tedavi ve Bakım Planında Yer Alması Gereken Bilgiler (Care plan)

1. İsim ve Tarihler

İsim, Adres... Hasta yakınları... Ev doktoru... Bakım Yöneticisi... Psikiyatri uzmanın... Diğer Kişiler: Psikoterapist, Ebe...

2. Gereksinimler

Reçete edilmiş ilaçlar, ziyaret sıklığı, ev ziyareti, günlük bakım hastanesi gereksinimi, psikoterapi gereksinimi

3. Kriz durumunda yapılacaklar

Krizin erken belirtileri, krizde yapılacak ilk müdahaleler (örneğin kriz hizmetleri, ev tedavisi, kısa süre hastaneye yatış)

4. Ortaya çıkabilecek tehlikelerin kestirimi

Hastanın kendisine veya diğer bir bireye zarar verme durumu, alkol/ilâç bağımlılığı ve risk yönetimi

5. Tedavi ve bakım planı ile ilgili yorumlar

(Hasta ve Yakınları)...

6. İmzalar

Hasta ve bakım yöneticisi

Bakım planı yaklaşımı, 1991 yılında yönetim tarafından toplum ruh sağlığı hizmetlerindeki kaliteyi belirlemede standart olarak oluşturulmuştur.[10] Bu plan hastaneden taburcu edilmeye birlikte tedavi ve bakımının hasta gereksinimleri dikkate alınarak bir bakım yöneticisi tarafından (çoğunlukla toplum ruh sağlığı hemşiresi) yapılandırılır. Bakım yöneticisi hazırlanmış olduğu bakım planını 6-12 ayda bir yeniden değerlendirebilmek için toplantı düzenler. Bakım planının yenileme toplantısına hasta ve yakınları yanı sıra tedavi ve bakımdan sorumlu tüm tarafların katılması beklenir. Çoğunlukla

toplum ruh sağlığı hemşiresi olan bakım yöneticisi hem hastayla sürekli iletişim halindedir hem de tedavi ve bakımda rol alan tüm tarafların birbirleriyle iletişim halinde olmasına yardımcı olur. Burada kullandığı en önemli araç bakım planıdır. Her bir bakım planı yaklaşık 10 ila 15 sayfadan oluşur. Bakım planıyla ilgili tüm kayıtlar ağırlıklı olarak elektronik ortamda sürdürülür. Bakım planıyla hastanın tedavisinde ortaya çıkabilecek gereksinimleri ve bunlarla ilgili hedefler tanımlanır (Ek.1- Ek.4).[10]

Bakım yöneticisi, yeniden hastaneye yatış durumunda hastayı hastanede yattığı süre içerisinde düzenli olarak ziyaret eder. Ayrıca hastanede kendi hastasıyla ilgili servis tarafından düzenlenen tedavi toplantılarına katılır (genelde hasta hastaneye kabul edildikten sonra ilk ve taburculuk öncesi son toplantıya). Psikiyatrik evde bakım hizmetlerinde uygulanan tedavideki klinik sorumluluk (akut psikiyatrik belirtinin tespiti, tedavi ve bakım planının uygulanması) tamamıyla bakım yöneticisine bağlıdır. Çoğunlukla deneyimli sosyal çalışma uzmanı veya deneyimli ruh sağlığı hemşiresinin yaptığı ekip yönetimi, bakım yöneticisinin supervizyon`unda ve yönlendirilmesinde, psikiyatri uzmanı ise hastanın uygun ilaç tedavisi almasında ve uygun bir tedavi ve bakım planının organize edilmesinde rol alır. Toplum ruh sağlığı ekibi hastaların genelde 6 ay ile 5 yıllık bir süre içerisinde tedavi ve bakımlarını üstlenir. Sonrasında hasta aşağıda tanımlanacak olan özel bir ekibe ya da ev doktoruna sevk edilir. Yoğun tedavi ve bakıma gereksinimin duymayan hastaları uzman psikiyatrisi görüşme saatlerinde değerlendirir.[10] Toplum ruh sağlığı ekip organizasyonu İngiltere`de oldukça yaygındır. Aynı sistemle çalışır. Hastalar, TRSE`ye ev doktorları, hasta yakınları, klinik veya diğer merkezlerden gönderilir.

2000 yılında İngiliz Sağlık Bakanlığı “NHS (National Health Service)” planından vazgeçmesiyle birlikte psikiyatrik bakım ve tedavi için toplum ruh sağlığı ekibi içinde evde bakım hizmetleri için özel bir alt birimler oluşturulmuştur.[11] Oluşturulan bu birimler ise şunlardır;

Girişken Sosyal Yardım Ekibi (Assertive Outreach Teams, AOT) : Sürekli hastaneye yatış öyküsü olan hastaların tedavi ve bakımlarıyla (new long stay patients) ilgilenir.

Evde Tedavi ve Kriz Çözüm Ekibi (Home Treatment and Crisis resolution Teams HTT) : Hastaneye yatışlara alternatif geliştirmeye çalışır.

Erken Müdahale Ekibi (Early Intervention Teams EIT) : Psikozun ilk ortaya çıkışında yoğun tedaviden sorumludur.

Ayrıca uzun dönem hastanede kalan hastaların taburculuk sonrasında tedavi ve bakımından sorumlu rehabilitasyon ekipleri ve geronto-psikiyatri için birçok yerde toplum ruh sağlığı ekip hizmetleri mevcuttur.[11]

İngiltere'deki toplum ruh sağlığı hizmetleri öncelikle kronik psikiyatrik hastaların tedavi ve bakımı için oluşturulmuştur. Hastanın psikiyatrik bozukluğuna bağlı olarak bakım ve tedavinin yoğunluğu belirlenir Bu derecelendirme toplum ruh sağlığı hemşiresi için bakım sayısını azaltırken hastanın ziyaret edilme sıklığını artırıp bakımda maliyetin yükselmesine neden olur.[12] Toplum ruh sağlığı hizmetlerindeki özel alt ekipleri, bölgesel psikiyatriye ayrılan bütçeden finanse edilir. Sosyal bütçeden gelen para sosyal çalışma uzmanın ve diğer yardımcı personelin, sağlık bakanlığının bütçesinden gelen parayla da ekipte yer alan diğer meslek gruplarının ücretleri karşılanır.[13]

Özel Ekipler ve Toplum Sağlığı Hemşiresinin Ekiplerdeki Görevi Evde Tedavi ve Kriz Çözüm Ekibi (Home Treatment and Crisis Resolution Team, HTT)

Hastaneye yatma riski yüksek olan hastaların hastaneye yatış oranını ev temelli yoğunlaştırılmış destekle, gündüz hastaneleri ve diğer toplumsal hizmetlerle olabildiğince azaltmaya çalışır. Bu ekip çoğunlukla haftanın 7 günü 24 saat hizmet verir. Ekip toplum sağlığı ekibinin içinde yer almakla birlikte, bölgedeki akut hastaların sayısının azlığı nedeniyle evde tedavisi mümkün olan hastaları günlük veya haftalık ziyaretlerle tedavide başarıya ulaşmayı hedefler.[2-6]

Ekibin diğer bir görevi ise hastaneden taburcu olan hastanın olabildiğince hızlı bir şekilde kalacak yerini ve yoğun tedavi ve bakım programını organize etmektir.[14] Buradaki toplum ruh sağlığı hemşiresinin rolü TRSE'deki rolünden farklı olmamakla birlikte, bu ekipteki rollünün ağırlık noktasını evde bakım hizmetlerindeki akut tedavi esnasında hasta yakınlarının desteklenmesi oluşturur.

Girişken Sosyal Yardım Ekibi (Assertive Outreach Team, AOT)

Bu ekip Amerika'daki Girişken Toplum Tedavisi (Assertive Community Treatment ACT) olan yapılanmanın benzeridir. Tedaviye uyumu kötü olan, az sayıdaki psikiyatri hastası için uzun süreli bakım sunar. Ekip hastayı çok sık ziyaret ederek toplumsal ve tedavi uyumunu artırmayı amaçlar.[15] Buradaki toplum ruh sağlığı hemşiresinin görevi TRSE'deki üstlendiği görev alanına benzer olmakla birlikte bu ekipteki sorumluluğunun ağırlık noktasını düzenli (bazen günlük) ev ziyaretleriyle hastanın ilaç tedavisinin devam edip etmediği kontrolüyle hastanın tedaviye uyumuna yardımcı olmaktadır. Ayrıca bu ev ziyaretleriyle hastanın yardım ve destek kuruluşlarıyla bağlantısının kopmasını engeller. Toplum ruh sağlığı hemşiresinden, bu grupta bakım tedavi gören

hastaların çoğunluğu ilaç bağımlısı olduklarından alkol ve ilaç bağımlılığıyla ilgili tedavi üzerine hizmet içi eğitim almış olması beklenir.[15]

Erken Müdahale Ekibi (Early Intervention Team, EIT)

Psikoza ilk müdahale ekibidir.[16] Diğer bir deyişle çalıştıkları bölgede yaşayan genç nüfusta erken psikoz tanısı koymak ve tedaviye erken başlayarak hastalara gerekli yaşamsal uyum desteğini sunar. Bu ekipte çalışacak olan toplum ruh sağlığı hemşiresinden iş rehabilitasyonu, aile terapisi, psiko-eğitim ve bilisel davranış terapisi alanında bilgili olması beklenir. Bu ekiple çalışan uğraş terapisti ve psikologların hastalarla olan çalışmalarında yardımcı olur, hasta ile ekip arasında bilgi akışını sağlar.[16]

Gerontopsikiyatri Ekibi (Elderly CMHT)

Geronto-psikiyatri ekibi 65 yaşın üzerinde işlevsel ve organik bozukluğu olan hastaların bakım ve tedavisinden sorumludur. Bu yapılanma İngiltere'nin her yerinde yoktur. TRSH'nin çalışma şekli toplum ruh sağlığı ekibindekiyle benzerdir. Ağırılık noktası hasta ailesini desteklemek, ev doktoruyla birlikte hastanın günü nasıl geçireceğiyle ilgili planlar yapmak ve hafıza güçlendirme eğitimleri için görüşme saatleri düzenlemeden oluşur (temel bakım ve tedavi).[17]

Diğer Özel Alt Alanlarda Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolü

İki Farklı Tanı Birden Alan Hastalar (Dual Diagnosis)

İki tanılı hasta tanımı hem ruhsal bozukluğu hem de madde kullanım bozukluğu olan hastalar için kullanılır.[18] Toplum ruh sağlığı hemşiresinden, bağımlılık tedavisinde yaygın olarak kullanılan psikoterapi teknikleri konusunda (örn. motive edici görüşme teknikleri- motivational interviewing) meslek içi eğitim almış olması beklenir. TRSH, toplum ruh sağlığı ekibinde, girişken sosyal yardım ekibinde ve bağımlılık yardım gruplarında iki tanı alan hastalarla çalışır.[18]

Adli Psikiyatri Hemşireliği

Toplum ruh sağlığı hemşiresi bu alanda uzman psikiyatri hemşiresi olarak eğitim alabilir. Bu alanda çalışacak hemşireden risk değerlendirmesi (risk assessment), adli psikiyatri, psikoeğitim, kriminoloji, cezayı gerektiren eylemlerle ilgili eğitilmiş ve yeterli bilgiye sahip olması beklenir.[19] TRSH, toplum ruh sağlığı ve girişken sosyal yardım ekibinin evde bakım hizmetlerinde yer

alan adli psikiyatri ekibinde görevlidir. Aynı zamanda mahkemelerde (court liaison) hakkında dava açılan kişinin psikiyatrik muayenesinde görev alır.

Çocuk Hakları (Child Protection)

Reşit olmamış çocukların korunması alan psikiyatrik tedavi ve bakımın toplum ruh sağlığı hizmetlerinin özel alt alanlarından biridir. Toplum ruh sağlığı hemşiresinden reşit olmamış çocukların korunmasına yönelik temel kural ve yönetmelikleri bilmesi ve çocuklardaki suiistimal belirtileri fark edebilecek bilgi donanımına sahip olması beklenir. Bu alanda herhangi sorun saptadığında psikiyatri, genel hastaneler, eğitim danışmanlığı, gençleri koruma birimi gibi ilgili birimlerle iletişime geçerek kural ve yönetmeliklerin uygulamaya konulmasını sağlar.[18]

Klozapin Kullanan Hastalarla Düzenlenen Görüşmeler

İngiltere’de hastanın psikiyatrik tedavisinde klozapin kullanımının agranülositoz riskini beraberinden getirmesinden dolayı çok katı uygulamalar vardır. Klozapin reçete edilebilme ve bu ilacı kullanan hastalardan düzenli kan alınması gibi uygulamaların sıklığı yönetmeliklerle belirlenmiştir. Yalnızca psikiyatri uzmanları bu ilacı reçete edebilme yetkisine sahiptir. Bu ilacı kullanan hastalarla düzenli olarak hastadan alınan kandaki lokosit ve mümkünse nötrofil sayısı belirlenerek hastanın tedavisi hakkında bilgilendirilmesi sağlanır. TRSH tüm bu düzenlemelerin takibini sağlar.[18]

Toplum Ruh Sağlığında Birincil Bakım ve Tedavi

İngiliz ruh sağlığı politikasının temel hedefi birincil korumada sunulan hizmetlerle toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sıkı bir şekilde bağdaşmasıdır. Bu bağlamda toplum ruh sağlığı hemşiresi hastaların durumlarındaki değişimler hakkında ev doktorunu düzenli olarak bilgilendirir.[18]

İngiltere’de TRSH’nin görevleri bölgeden bölgeye farklılık gösterebilir; kentin bir tarafında ev doktorlarına hastalar hakkında danışmanlık yapıp tedavi protokol ve hasta sunumlarının organizasyonunda görev alırken, diğer tarafında ev doktorlarıyla psikiyatrik görüşmeler yaparak hastalar için danışmanlık ve bilişsel davranışsal terapi uygulanmasında sorumluluk alır. Son zamanlarda ise sınırlandırılmış oranda antidepresif ilaçları reçete etmelerine izin verilmiştir.[18]

Toplum Ruh Sağlığı Ekibinde Acil Bakım Hizmetleri

Hastanelerdeki acil servis hizmetleri acil psikiyatrik bakımlarda yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Bu durumun iyileştirilmesi için toplum ruh sağlığı hemşiresi özkıyım girişimi durumlarıyla, alkol ve madde bağımlılığıyla ilgili bilgi ve deneyimi nedeniyle bu alanda görevlendirilmiştir.[18,20]

Yönetim

Deneyimli toplum ruh sağlığı hemşiresi, yönetici olarak kariyer yapabileme imkanına sahiptir. Örneğin ekip yöneticisi, servis yöneticisi, tedavi ve bakım planındaki finans işlerinin sorumluluğunu üstlenebilir. Hatta psikiyatri hizmetlerinde yönetici olabilir. Bazı toplum ruh sağlığı hemşireleri kendi firmalarını kurarak danışmanlık hizmetleri de verebilmektedir.[7,18]

Sonuç

İngiliz sağlık hizmetlerinin tek bir elden uyguladığı psikiyatri hastalar için tedavi ve bakımına yönelik toplum temelli ruh sağlığı uygulamasının beraberrinde getirmiş olduğu hastane yatış sıklığını azaltma gibi birçok yararı vardır. Bakım yöneticisi olarak çalışan toplum ruh sağlığı hemşiresinin hastanın yaşadığı ortamda tedavi ve bakımını üstelenmesi doğrudan koruyucu etkisi tartışılmaz bir gerçektir. Bu uygulamayla birlikte hastanın hastaneye yatış öyküsü azalmakla birlikte tedavi ve bakımın maliyeti daha da düşer. Yapılandırılmış tedavi planı ve bu plan içerisine kriz yönetiminin de dahil edilmesi bu sistemin diğer güçlendirici unsurlardan biridir. Tüm bu sistemin yürütülmesinde bilimsel kriterlerle çalışan toplum ruh sağlığı hemşiresinin rolü tartışılmazdır. Başka bir deyişle toplum ruh sağlığı hemşiresi İngiltere’de psikiyatrik ev de bakım hizmetlerinde açık arayla en güçlü meslek grubudur. Çok çeşitli alt alanlarda uzmanlaşma imkanlarının olması toplum ruh sağlığı alandaki bilgisi ve bu bilgiyi alana yansıtabilme becerisiyle bu alanın odağını oluşturur. Yönetimde yer alabilme imkanı ve bilimsel temelli çalışılabilme bu mesleğin kendine güvenini artırıcı diğer bir unsurdur. Çeşitli ülkelerdeki başarılı model uygulamalarının bilinmesi, ülkemizdeki henüz emekleme aşamasında olan toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulamaları için iyi bir model oluşturacaktır.

Kaynaklar

1. Ensari, H. Koruyucu psikiyatri açısından bolu toplum ruh sağlığı merkezi rehabilitasyon çalışmaları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2011; 4:86-93.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011.

3. Ulaş H. İngiltere’de psikiyatrik hizmetlerin sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:61-64.
4. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience. *Br Med Bull* 2006; 79-80:245-258.
5. Mental Health Care Group Workforce Team. *National Mental Health Workforce Strategy*, London, Department of Health, 2004.
6. Buckwalter KC. Community mental health and home care. In *Psychiatric Mental Health Nursing* (Eds GK McFarland, MD Thomas):893-901. Philadelphia, JB Lippincott, 1991.
7. Keltner LN. Introduction to psychiatric nursing. In *Psychiatric Nursing*, 2nd edition (Eds LN Keltner, LH Schewecke, CE Bostrom):3-15. Philadelphia, Mosby, 1995.
8. Genkeer L, Gough P, Finlayson B. *London’s Mental Health Workforce: A Review of Recent Developments*. London, King’s Fund, 2003.
9. Montgomery J. *Health Care Law*, 2nd edition. Oxford, Oxford University Press, 2003.
10. Warner L. *Review of the Literature on the Care Programme Approach*. London, The Sainsbury Centre for Mental Health, 2005.
11. Secretary of State for Health. *The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform*. Nowrwich, HMSO, 2000.
12. Zinkler M . *Stufen der Verbindlichkeit in der englischen Gemeindepsychiatrie*. *Recht und Psychiatrie* 2003; 21:8-10.
13. Agenda for Change Project Team. *Agenda for Change: What will it mean for you?*. London, NHS, 2004.
14. Smyth MG. Crisis resolution/home treatment and in-patient care. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr* 2003; 27:44-47.
15. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 4:CD001089.
16. Craig TKJ, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M et al. *The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis* *BMJ* 2004; 329:1067-1071.
17. Thornicroft G. *National Service Framework for Mental Health*. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr* 2000; 24:203-206.
18. Mental Health Care Group Workforce Team. *National Mental Health Workforce Strategy*. London, Department of Health, 2004.
19. Treasure J. Motivational interviewing. *Adv Psychiatr Treat* 2004; 10:331-337.
20. NHS Wales. *Mental Health Policy Guidance: The Care Programme Approach for Mental Health Service Users*. NHS, Wales. 2003.

Beyhan Bag, Psikiyatri Hemşireliği, Giessen, Almanya.

Yazıřma Adresi/Correspondence: Beyhan Bag, Karl-Follen Strasse 5, 35394, Giessen, Germany.

E-mail: beyhanbag@yahoo.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar atışması bildirmemişlerdir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol4/no4/

Çevrimiçi yayım / Published online 07 Temmuz/July 07, 2012; doi:10.5455/cap.20120428

Ek 1. Sevk ve Kayıt

Sevk tarihi ve saati:		Hasta ilk defa mı geliyor? Evet/Hayır	
Kişisel Bilgiler:	Hastane No:-----	Ulusal Sağlık Sistemi No:-----	
Adı soyadı: _____		Cinsiyet: 0 Kadın 0 Erkek	
Doğum Tarihi: _____		Etnik Köken: _____	
Adresi : _____		Ana Dil: _____	
Posta kodu: _____		Medeni Durum: _____	
Telefon no: _____		Din: _____	
		Ülkedeki yasal durumunuz: _____	
Hastaneye yatmışsa servisin ismi:		Servise kabul tarihi ve saati:	
En yakın Akrabası		Ev Doktoru	
Adı soyadı : _____		Adı soyadı : _____	
Adres : _____		Adresi : _____	
Posta kodu: _____		Posta kodu: _____	
Telefon no: _____		Telefon no: _____	
Akrabalık derecesi: _____			
Sevkten Haberi var mı? 0 Evet 0 Hayır			
Bilgilendirilmiş mi? 0 Evet 0 Hayır			
Diğer iletişime geçilecek akraba veya tanıdık		Su anki bakım yöneticisi	
Adı soyadı : _____		Adı soyadı : _____	
Yakınlık derecesi: _____		Görevi : _____	
Adres : _____		Telefon no: _____	
Telefon no: _____			
Sevkten haberi var mı? 0 Evet 0 Hayır		Sevkten haberi var mı? 0 Evet 0 Hayır	
Birim:	Hemşirenin İsmi:		Danışman:

Sevkin Ayrıntıları	
Sevkin Kaynağı: İsim: _____ Adresi: _____ Telefon no: _____	
Sevki Nedeni: <i>(Toplum Ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili hastanın fiziksel güçlüğü ve güncel ilaç kullanımıyla ilgili bilgiyi içeren hastanın kısa bir öyküsü)</i>	
Hastanın kendine veya başkalarına zarar verme risk ölçümü	
Bireyin kendine zarar verme öyküsü <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor Bireyin diğer bireylere yönelik saldırganlık öyküsü <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor Bireyin kendi bakımında yetersizlik öyküsü <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor Bireyin başkaları tarafından kötüye kullanılma öyküsü <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor Bireyin adli kaydı <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor Birey yalnız mı yaşıyor? Cevap evetse kendine ve başkalarına zarar vermeyle ilgili risk ayrıntılar:	
Ruh sağlığı bilgisi: <input type="checkbox"/> Standart <input type="checkbox"/> Gelişmiş <input type="checkbox"/> Bölüm 117 (ağır psikoz durumları vs.)	
Diğer Kuruluşlar:	Bakım veren kişiyle ilgili bilgiler
Lütfen aşağıda tanımlayınız	İsim : _____ Yakınlık derecesi: _____ Adres : _____ Telefon no: _____
Eylem/sonuçlar: Büro Kullanımı	Sevki işlemleri:
<input type="checkbox"/> Daha fazla girişim gerektirmeyen neden <input type="checkbox"/> Diğer Kuruluşlara başvurma: _____	İsim : _____ Görevi : _____ İmza : _____ Tarih : _____
<input type="checkbox"/> Daha ayrıntılı bilgi gereksinimi _____	
<input type="checkbox"/> Değerlendirme gereksinimi	

Ek 2. Değerlendirme

Adı soyadı:		Doğum Tarihi:		Kimlik No:	
Geliş Zamanı:			Programa Kayıt Tarihi:		
Değerlendiren personelin:					
Ad Soyadı	Görevi	Tarih	Görüşme süresi	Değerlendirme yeri	
Hastanın şuan ki şikayetleri: (Belirtilerin tanımlanması süresi sıklığı, hastanın sevk edilmesinin nedeni veya herhangi bir ruhsal sıkıntısının olup olmadığı hastanın kendi tüm bunları açıklarken kendi kullandığı kelimelerle açıklanacak.)					
Ruhsal Durum Muayenesi					
Hastanın görünümü			Hastanın davranışları		
Hastanın konuşması			Hastanın düşünceleri		
Hastanın duygulanım durumu			Hastanın algılama durumu		
Hastanın bilisel işlevselliği			İç görüşü		
Uyku			Hastanın yemek alışkanlığı		

Hastanın önceki psikiyatrik öyküsü: <i>(teşhis tedaviler, EKT vs.)</i>	
Hastanın adli öyküsü: <i>(Geçmişte herhangi bir suç işleyip işlemediği, devam eden davalar vs.)</i>	
Hastanın Kullandığı İlaçlar: (Tüm ilaçların listesiyle birlikte, kullanım sıklıkları, dozajları ve uygulanan ilaç tedavisinin süresi, kimin tarafından reçete edildikleri ve hasta da herhangi bir yan etkiye neden olup olmadıkları)	
Hastanın alerjisi olduğu tüm ilaçların listesi:	
Madde kullanım bozukluğu öyküsü: (Varsa bu maddenin ne olduğu, haftalık kullanımı, en son bu maddeyi ne zaman aldığı, kullanmayı ne zaman bıraktığı gibi)	
Alkol:	İlaçlar:
Alkol	İlaçlar
Sigara: 0 Evet 0 Hayır	Günlük kaç tane:
Fiziksel Faktörler: (Hastanın geçmişteki tıbbi tedavileri, ameliyat öyküsü, ailede ki kronik hastalıklar, ilaç dışındaki alerjileri)	

Değerlendirme

Adı soyadı:	Doğum Tarihi:	Kimlik No:
Hastanın Kişisel öyküsü: (Doğumuyla ilgili ayrıntılı bilgi, çocukluk yaşantısı ve deneyimleri, okul yaşantısı ve okuldaki ilişkileri, hastalanmadan önceki kişiliği ve hobileri, cinsellik ve manevi yaşantısı, şimdiki aktiviteleri)		
Şimdiki sosyal ilişkileri: (Eğitimi, çalıştığı kurum, ekonomik durumu, hasta için yaşantısındaki önemli bireyler)		
Aile Öyküsü: Ebeveynlerinin yaşayıp yaşamadıkları, aile yapısı, ailede psikiyatrik bozukluğun var olup olmadığı)		

Değerlendirme Özeti

(Bir kopyası hastaya diğer kopya aile hekimine gönderilecek)

Adı soyadı:	Doğum Tarihi:	Kimlik No:	
Adres:			
Aile hekimi:			
Adresi:			
Değerlendirme Özeti:			
Değerlendirme Sonucu:			
Bakım yöneticisinin yorumları:			
İmza:	Adı soyadı:	Görevi:	Tarih:
İmza:	Adı soyadı:	Görevi:	Tarih:
İmza:	Adı soyadı:	Görevi:	Tarih:

Ek 3. Standart Bakım Planı

(Değerlendirme sürecinde yer almayan düzeltme ve eklemeleri açıkça ifade edin)

Bu bakım planı değerlendirmeler sırasında tespit edilen tedavi ve bakım gereksinimlerin özeti içerir. Bakım yöneticiniz tarafından size bir kopyası verilecektir.

Adı Soyadı: Telefon no:		Adres Sağlık sigorta No:	
Değerlendirme gülcükleri ve gereksinimleri	Sonuç beklentileri	Girişimlerin nasıl yapılacağına belirlen- mesi	Başlangıç ve bitiş tarihi
(Bakım gereksinimlerinin listesi)	(Amaç ve belirlenen hedefler)	(Hizmetlerin listesi/bu hizmetlerin nasıl yapılacağına ayrıntılı planı)	
(Hizmet kullanıcısının ve bireye bakım veren kişinin yorumları)			
Kriz Planı (Tüm iletişim kurulacak olanların listesi (ev doktoru dahil), krizdeki eylem planı)			

Anlaşma İmzaları (Bakım planının tekrar değerlendirilmesi için mutlaka bir tarih verilmelidir)

Hasta	Sorumlu Psikiyatrisi	Bakım yöneticisi	Tarih
Bakım veren birey	Aile hekimi	Hemşirenin adı (Şayet bakım yöneticisi farklı bir kişiye)	Bir sonraki bakım planı değerlendirme tarihi

Ek 4. Geniştirilmiş Bakım Planı

Ruh Sağlığı Bakım Dönemi

Bakım planın oluşturulma tarihi:	HoNOS (Ulusal sağlık Ölçeği) ölçeği dolduruldu 0 Evet 0 Hayır	HoNOS* ölçeğinin doldurulma tarihi:
----------------------------------	--	-------------------------------------

Bu bakım planı sizinle yapılmış olan değerlendirme görüşmesi esnasında belirlenen bakım gereksinimlerin özetlenmesidir. Gereksinimlerinize ilgili sağlanacak hizmetlerle ilgili daha ayrıntılı olarak yardımcı olmayı hedeflemektedir. Sizin gereksinimleriniz doğrultusunda hazırlanmış olan bu planın bir kopyası size verilecektir. (Şayet daha ayrıntılı bilgi gereksinimine gerek duyarsanız bakım yöneticiniz size gereksinim duyduğunuz alanda daha ayrıntılı açıklama yapacaktır.

Hastanın: Adı soyadı: _____ Doğum Tarihi: _____ Adresi : _____ Telefon no: _____ Ulusal sağlık no: _____ Hastane no: _____	Aile hekiminin: Adı soyadı: _____ Adresi : _____ Telefon no: _____ İletişim kurulacak kişinin: Adı soyadı: _____ Adresi : _____ Telefon no: _____
İlk Bakım Planının gözeden geçirilmesiyle ilgili düzenlemeler (Tarih mutlaka belirtilmelidir)	
Yorumlar, eksiklikler ve şikayetler (Sunulan hizmetle ilgili herhangi bir memnuniyetsizlik varsa bu kısımda söz konusu olan kişinin isminin yazılarak tartışılacak)	

Bakım Planının Ayrıntıları

Değerlendirme esnasında belirlenmiş gereksinimler (Hastanın cinsiyeti ve kültürü dikkate alınarak)	Sonuç beklentileri
Bakım gereksinimlerin listesi(Ev işlerini üstlenebilir mi? Çalışıyor mu? Ekonomik durumu vs.)	Hastanın her bir gereksinim için amaç ve hedeflerin planlanması yapılacak

Hizmet ve girişimlerin nasıl sunulacağı (Planlanan girişim ve hizmetlerin ayrıntılı listesi)	Başlangıç ve bitiş tarihi	Hasta için maliyeti

Diğer yorumlar (Hastanın, bakım ve tedaviye katılan diğer bireylerin veya farklı görüşler ve karşılanmayan gereksinimler)			
Bakım Planında yer alan insanlar			
Adı soyadı	İmza	Görevi	Telefon no
		Hasta	
		Hasta bakımından sorumlu kişi	
		Bakım yöneticisi	
		Sorumlu Psikiyatrisi	
		Aile hekimi	
Aile hekiminin bilmesi gerekenler		Aile hekiminin görevi	

Muhtemel risklerle ilgili Plan	Adı soyadı	Telefon no
Genel olarak bilgilendirilecek birey		
Acil gereksinim halinde iletişime geçilecek kişi		
Destek alınabilecek yerler ve bireyler		
Acil durumlarda bas vurulacak kuruluşlar		

Kriz durumunda yapılacaklar

(Uyarı işaretleri/hastalığın iyileşmesinden sonra tekrar hastalığın ortaya çıkma belirtileri)	Eylem Planı (Stratejinin Planlanması)