

Psikofarmakoloji Derneği Türkiye’de Psikotrop İlaç Tüketimi ve Mevcut Uygulamaların Tıbbi, Etik ve Ekonomik Sonuçları Raporu

Nazan Aydın¹, Mesut Çetin², Erhan Kurt³, Haluk Savaş⁴, Cengizhan Açikel⁵, Selim Kılıç⁶, Cengiz Başoğlu⁷, Hakan Türkçapar⁸

ÖZET:

Psikofarmakoloji Derneği Türkiye’de psikotrop ilaç tüketimi ve mevcut uygulamaların tıbbi, etik ve ekonomik sonuçları raporu

Bu raporda, Sağlık Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Ruh Sağlığı Profili ve Intercontinental Marketing Service (IMSHealth) verileri kullanılarak ülkemizdeki psikotropik ilaç kullanımı değerlendirilmiştir. İkibinüç yılında 14.24 milyon kutu antidepressan kullanılırken, 2012 yılı sonu itibarıyla bu sayı %162 artışla 37.35 milyon kutu olmuştur. Antipsikotik ilaç kullanımı son 5 yılda %71 artarak 2005 yılında 7.20 milyon kutudan 2012 yılı sonu itibarıyla 12.32 milyon kutuya ulaşmıştır. Antidepressan içeren reçete sayısı son 5 yılda %50 artışla 2007 yılında 18.14 milyondan, 2012 yılı sonunda 26.60 milyona ulaşmıştır.

Antipsikotik ilaç içeren reçete sayısı da son 5 yılda %46.7 artışla 2007 yılında 3.92 milyondan, 2012 yılı sonunda 5.76 milyona ulaşmıştır. En kötümser durumda, antidepressan ve antipsikotik ilaç kullanımını gerektiren çoklu psikiyatrik sorunların sırasıyla %20 ve %5 oranında olduğu varsayımında bulunulduğunda bile reçete üzerinden hesaplanan psikiyatrik hastalıkların prevalansı (reçete sayısı/nüfus) oldukça yüksek kalmaktadır. Aile hekimleri-pratisyenler, psikiyatristler, nörologlar ve diğer uzmanlar 2007 yılında antidepressan reçetelemesinde sırasıyla %33, %37, %20 ve %11’lik paya sahip olmuş; 2012 yılında %48, %31, %14 ve %7’lik paya sahip bulunmuştur. Bu grup hekimlerin 2012 yılında antidepressanların ilk defa reçetelenmesindeki oranlarının ise sırasıyla %37, %34, %19 ve %11 olduğu belirlenmiştir. Aile hekimleri-pratisyenler, psikiyatristler, nörologlar ve diğer uzmanlar 2007 yılında antipsikotik ilaç reçetelemesinde sırasıyla %18, %67, %13 ve %3’lük paya sahip olurlarken; 2012 yılında bu değerler sırasıyla %21, %63, %14 ve %2 şeklinde bulunmuştur. Bu grup hekimlerin 2012 yılında antidepressanların ilk defa reçetelenmesindeki oranlarının ise sırasıyla %6, %73, %19 ve %3 olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, veriler Türkiye’de psikotrop ilaçların gereksiz ve/veya aşırı kullanıldığı izlenimini vermektedir. İlaç kullanımındaki artış, nüfus artışı ve psikiyatrik hastalıklarının insidansının artışıyla ilişkili görünmemektedir. İlk defa reçetelenme rakamları psikiyatrist olmayan hekimlerin psikiyatrik hastalıklara uygun olmayan bir şekilde tanı koyduğunu ve tedavilerini başlattığını düşündürmektedir. Bu durum psikotrop ilaçların reçetelenmesinde yetkilendirme konusunun tekrar ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Anahtar sözcükler: psikotrop ilaçlar, antidepressanlar, antipsikotikler, aşırı tüketim

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2013;23(4):390-402

ABSTRACT:

A report by Turkish Association for Psychopharmacology on the psychotropic drug usage in Turkey and medical, ethical and economical consequences of current applications

This report evaluation of the psychotropic drug usage in Turkey based on the data provided by Intercontinental Marketing Service (IMSHealth), Ministry of Health, Turkish Statistical Institute, Turkish Mental Health Profile. A total of 14.24 millions units of antidepressants were used in 2003. By increasing 162%, annual antidepressant usage reached 37.35 millions units by the end of 2012. Antipsychotic drug usage increased by 71% during the last 5 years, from 7.20 millions units in 2005 to 12.32 millions as of the end of 2012. The total number of prescriptions including an antidepressant was 18.14 millions in 2007, by increasing 50% in the last 5 years, it reached 26.60 millions in 2012. The total number of prescriptions including any antipsychotic drug increased from 3.92 millions in 2007 to 5.76 millions in 2012, increasing by 46.7%. In the worst case scenario considering concurrent psychiatric disorders, prevalence of disorders requiring antidepressants and antipsychotic drugs could be as high as 20% and 5%, respectively. The calculated frequency (prescription/population) was much higher than the worst case scenario estimates. In 2007, family physicians and practitioners, psychiatrists, neurologists, and specialists of other disciplines prescribed 33, 37, 20, and 11% of all antidepressants, respectively. In 2012, they prescribed 48, 31, 14, and 7% of all antidepressants, respectively. The first time antidepressant prescriptions in 2012 were done at the rate of 37, 34, 19, and 11% by above mentioned specialists, respectively. In 2007, family physicians and practitioners, psychiatrists, neurologists, and specialists of other disciplines prescribed 18, 67, 13, and 3% of all antipsychotics, respectively. In 2012, the same set of specialisations prescribed 21, 63, 14, and 2% of antipsychotics, respectively. The “first time” antipsychotics were prescribed at the rate of 6, 73, 19, and 3% by above mentioned order of specialists, respectively. In conclusion, the data suggest that there was an unnecessary and/or excessive prescribing of psychotropic agents. The increase is not related to increased population and/or prevalence of psychiatric disorders. The numbers of first time prescriptions suggest that non-psychiatrists diagnose and initiate treatment for psychiatric disorders. This requires re-evaluation of authorization to prescribe psychotropic agents.

Keywords: psychotropic drugs, antidepressants, antipsychotics, overuse

Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2013;23(4):390-402

¹M.D., Professor of Psychiatry, ²M.D., Associate Professor of Psychiatry, Bakirköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Istanbul - Turkey

³M.D., Professor of Psychiatry, Editor -in-Chief, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, GATA Haydarpaşa Training Hospital, Department of Psychiatry, Istanbul - Turkey

⁴M.D., Professor of Psychiatry, Gaziantep University, Medical Faculty, Department of Psychiatry, Gaziantep - Turkey

⁵M.D., Professor of Biostatistics, Gulhane Military Medical Academy, Department of Biostatistics, Ankara - Turkey

⁶M.D., Professor of Epidemiology, Gulhane Military Medical Academy, Department of Epidemiology, Ankara - Turkey

⁷M.D., Professor of Psychiatry, GATA Haydarpaşa Training Hospital, Department of Psychiatry, Istanbul - Turkey

⁸M.D., Professor of Psychiatry, Hasan Kalyoncu University Department of Psychology Gaziantep - Turkey

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. Nazan Aydın, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi 34147 Bakırköy, İstanbul - Türkiye

Telefon: +90-212-409-1515

Elektronik posta adresi: nmda25@gmail.com

Geliş tarihi: 16 Kasım, 2013

Kabül tarihi: 14 Aralık, 2013

Bağınıtı Beyanı:

N.A., M.C., E.K., H.S., C.A., S.K., C.B., H.T.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Son yıllarda özellikle kamuoyunda, medyada ve bazı bilim çevrelerinde ülkemizde antidepresan tüketiminin artışına dair endişeler yoğun bir şekilde dile getirilmektedir (1,2). Bu endişeler, 2010 yılında Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) Girişimcilik Enstitüsü'nden Ümit Barış Urhan'ın "Türkiye' de Antidepresan Kullanımları Artıyor mu? Sosyo-Psikolojik Göstergeler Çerçevesinde Bir Değerlendirme" başlıklı araştırmasının sonuçları ile de desteklenmiştir. Araştırma raporuna göre 'Türkiye'de son beş yılda antidepresan kullanımı %65 oranında artmış ve 2005'te yaklaşık 20 milyon kutu olan kullanım, 2010'da 34 milyon kutuyu geçmiştir. 2005 yılında kişi başına 0.29 kutu antidepresan düşerken, 2010 yılında bu rakam 0.45'e yükselmiştir" (3).

Bu raporda açıklanan rakamlar yoğun ilgi uyandırmış ve özellikle medyada 'Türkiye'de hizmet veren mevcut psikiyatristlerin, yıllık 35 milyon kutu ilaç önerebilecek sayıda olmadığı ve tüketilen antidepresanların önemli bir kısmının doktor kontrolü dışında kullanıldığı ya da insanların günlük sıkıntı ve problemlerini aşmak için gereksiz yere antidepresan kullanmakta olduğu" şeklindeki haberler ve açıklamalarla geniş yer bulmuştur (4).

Psikiyatrik hastalıklar tıbbın diğer branşlarına göre daha fazla damgalamaya maruz kalan hastalıklar olup hâlihazırda toplumda psikiyatriste başvuru ve önerilen ilaçları kullanma konusunda halen önyargılar olduğu bilinen bir durumdur. Gündemde olan tartışmalar ve açıklanan endişeler dolayısıyla halen antidepresan kullanmakta olan hastaların tedaviyi aniden kesmeleri ve buna bağlı istenmeyen durumların oluşması ya da ilk kez antidepresan tedavisi önerilen hastaların ilaç kullanmak konusunda tereddüt etmelerine ve hatta tedavisiz kalmalarına da yol açmıştır. Öte yandan çoklu ilaç kullanımı, ilaçların gereksiz ve aşırı kullanımı, tedavi kılavuzlarına uygun olmayan reçetelendirme yapılması, uygun olmayan ve 'kişisel' tedavilere başvurulması ve yeni ilaçların uygun olmayan tercihi gibi akılcı ilaç kullanımına uygun olmayan uygulamaların da ülkemiz için ciddi bir sorun oluşturduğunu görmekteyiz.

Refik Saydam Hıfzısıhha Müdürlüğü tarafından yapılan alan çalışmalarında; ilaç kutu sayısının

taniya uygunluk bakımından yaklaşık %50'sinin, ilaç maliyetlerine bakıldığında ise yine %50'sinin akılcı olmadığı ortaya çıkmıştır (5). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği raporuna göre, toplam sağlık harcamaları içinde ilacın payı İngiltere'de %12.3, Amerika Birleşik Devletleri'nde %12.2 iken ülkemizde %46 oranındadır (6). Bu oranlar, kaynakları kısıtlı ve gelişmekte olan bir ülke olarak ülkemizde mevcut psikotrop ilaç tüketimindeki artışın nedenlerinin araştırılmasını, hasta olan kişilerin tedavi olmalarını sağlarken gereksiz ilaç tüketiminin de önüne geçilmesini gerekli kılmaktadır.

Türkiye'de Güncel Psikotrop İlaç Tüketim Durumu

Türkiye'de güncel psikotrop ilaç tüketim durumunu belirlemede kullanılan yöntem ve veri kaynakları:

Bu inceleme raporunda kullanılmış olan psikotrop ilaç tüketimi verileri, tüketilen kutu sayısı için uluslararası araştırma kuruluşu IMS (Intercontinental Marketing Service) tarafından sunulan Ekim 2013 verilerinden, yazılan reçete sayısı için Ekim 2012 verilerinden alınmıştır. Yılsonuna kadar olması muhtemel artışlar önceki yılların artış oranı doğrultusunda hesaplanarak yıl sonu değerleri elde edilmiştir.

Güncel ilaç tüketim verileri, reçete sayıları, reçete başına düşen kutu miktarları, reçeteye göre tahmini prevalans değerleri üzerinden değerlendirilmiştir. Reçete sayıları hem uzmanlık alanına hem de yıllara göre elde edilmiştir. IMS, reçete sayılarının elde edilmesinde toplumun genelini temsil eden bir örnekleme sistemi kullanmaktadır. Tüketilen kutu miktarları da yıllara göre elde edilmiştir. Reçete başına düşen kutu miktarı tüketilen kutu sayısının reçete sayısına bölünmesi ile bulunmuştur.

İhtiyaç fazlası tüketim olup olmadığını değerlendirebilmek için 'reçete sayısına göre tahmini 1 yıllık prevalans' değerleri ile epidemiyolojik araştırmalarda tespit edilen "beklenen 1 yıllık prevalans" değerleri karşılaştırılmıştır. 'Reçete sayısına göre tahmini prevalans' değerlerini elde etmek için her yılın reçete sayıları o yılın nüfusuna oranlanmış ve böylece reçete sayısı üzerinden giderek 'reçete sayısına göre tahmini 1 yıllık prevalans'

değerleri elde edilmiştir. Beklenen prevalans oranları için ülke genelini yansıtabilecek düzeyde olan epidemiyolojik çalışmalar kaynak olarak kullanılmaya çalışılmıştır. Ayrıca yıllık ilaç tüketiminde artışın prevalansla orantılı olup olmadığını değerlendirebilmek için Türkiye İstatistik Kurumu verileri esas alınarak yıllık nüfus artış oranına göre hesaplamalar yapılmıştır.

Antidepresan kullanımını gerektirecek hastalıkların prevalansı için kaynak olarak Türkiye Ruh Sağlığı Profili kullanılmıştır (7). Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmüş ve Türkiye'de günümüze kadar yapılan en kapsamlı araştırma olup bu profilin verileri 2011 yılında yayınlanmış olan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda da temel kaynak olarak kullanılmıştır.

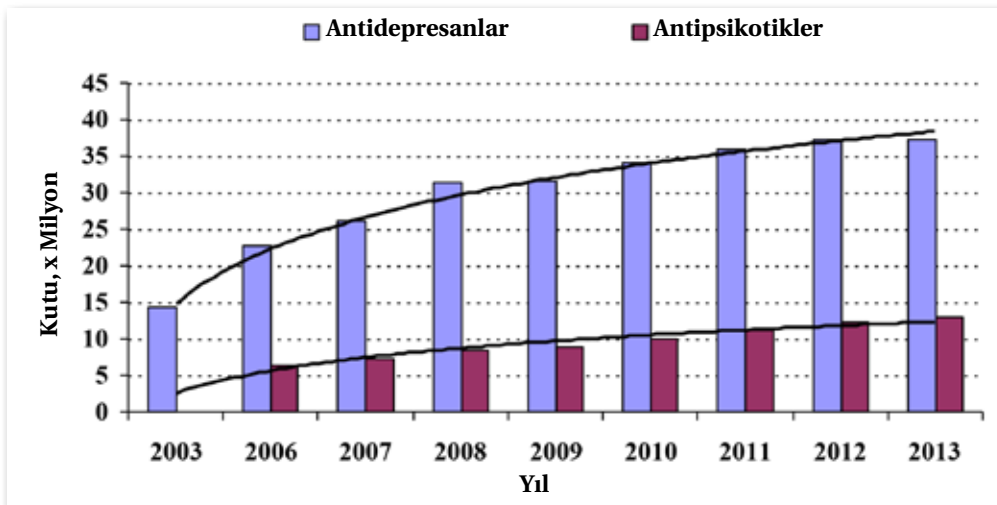
Antipsikotik kullanımını gerektiren hastalıklar için maalesef günümüze kadar ülke genelini yansıtabilecek düzeyde kapsamlı bir çalışma bulunamamıştır. Literatürde yer alan ve dünyada farklı ülkelerde yapılan çalışmaların derlenmesi ile elde edilmiş verileri içeren kaynaklar kullanılmıştır (8).

Her iki ilaç grubu için de beklenen prevalansı tespit etmede bazı güçlükler ortaya çıkmıştır. Şöyle ki bu ilaçların kullanımını gerektiren tek bir hastalık durumundan ziyade pek çok psikiyatrik hastalık varlığı söz konusudur. Bunların her birinin de ayrı ayrı kendi prevalansları vardır. Ayrıca aynı kişide ayrı hastalıklar eş zamanlı bulunsu bile aynı ilaçla tedavisi mümkün olabilmektedir. Reçete dışı ilaç

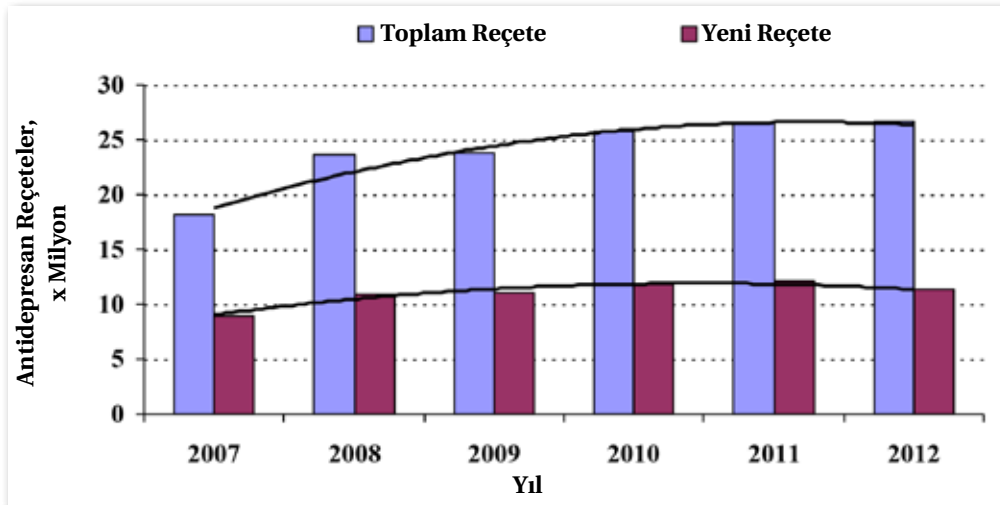
kullanabilme durumu da olabileceğinden tüketimi belirlemede reçete sayıları tek başına yeterli olmayabilir. Ancak bu miktarlar raporda veriler kutu sayıları ile de doğrulanmıştır. Kayıt dışı ya da eş zamanlı hastalıkların olabilirliği, beklenen prevalansın tahminden daha az çıkmasına neden olabilecektir. Yine de tüm bu ihtimaller varlığında beklenen prevalansların daha az olabilmesi mümkün olsa da beklenen prevalans değerleri özellikle en üst seviyede tahmin edilerek yine de fazlalık olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Türkiye'de Güncel Antidepresan ve Antipsikotik İlaç Tüketim Durumu

IMS verilerine göre Türkiye'de antidepresan tüketimi 2003 yılında 14.24 milyon kutu iken, 2008 yılında 31.30 milyon kutu ile %120 oranında artmıştır. Son on yıldaki artış oranı 2012 yılında tüketilen 37.35 milyon kutu ile %162 olmuştur. Antipsikotiklerde ise, tüketim son 5 yılda %71 oranında artış ile 7.20 milyon kutudan 12.32 milyon kutuya çıkmıştır (Grafik 1). 2013 yılının ilk 10 ayındaki güncel veriler esas alındığında 2013 yılında toplam olarak 37.29 milyon kutu antidepresan ve 13.03 milyon kutu antipsikotik kullanılmış olacağı hesaplanmıştır. Bu eğilim antidepresanların kullanımının değişmeyeceği ancak antipsikotiklerde 2012 yılına kıyasla 2013 yılında %5.8'lik bir artış olacağını göstermektedir.



Grafik 1: Türkiye'de Antidepresan ve Antipsikotik Tüketimi (Kutu sayısı ile).



Grafik 2: Türkiye’de son 5 yılda antidepresan içeren reçete sayısı (ilaç tekrarı dahil olan ve/veya ilk kez yazılan reçeteler).

Çok yüksek düzeyde olan bu artışlar için muhtemel açıklamalar, toplumda psikiyatrik hastalık prevalansının da bu oranlarda arttığı veya psikiyatrik tedaviye ulaşma bilincinin arttığı gibi iyimser açıklamalar olabileceği gibi; psikotropların özellikle de antidepresanların önemli bir kısmının uzman olmayan kişiler tarafından gereksiz şekilde reçete edildiği ya da reçete dışı ilaç kullanımlarının çok fazla olduğu şeklinde de olabilir.

Bu ihtimallerin gerçekte geçerli olup olmadığını değerlendirmek için, Türkiye’de son yıllarda hekimler tarafından yazılan eski ve yeni reçete sayısına ve daha sonra da reçetelerin hangi branş hekimleri tarafından ne oranda yazıldığı incelenmiştir. Bunun yanında psikotrop ilaç yazımında psikiyatri ile diğer tıp dallarının, özellikle de ilaç yazımı konusunda psikiyatristlerle hemen hemen eşit yetkiye sahip olan nörologların sınır ihlallerinin ve yetki suiistimalinin olup olmadığı da değerlendirilmiştir.

Reçete Sayılarının Hastalık Prevalanslarına Uygunluğunun Araştırılması

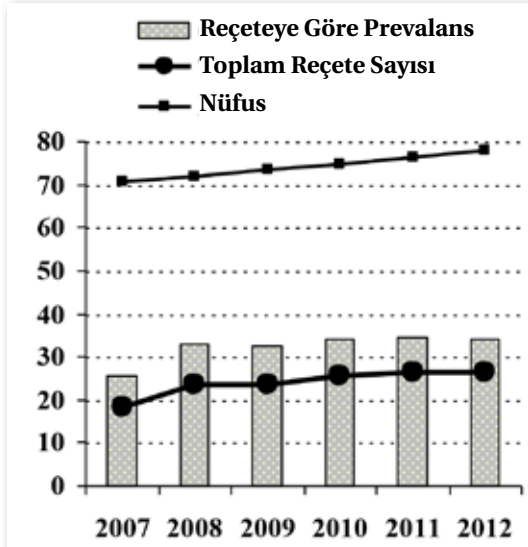
Toplam antidepresan reçete sayısı 2007 yılında 18.139 milyon iken son 5 yılda yaklaşık %50 oranında artış ile 26.596 milyon olmuştur. Bu veriler bir süredir ilaç kullanımı olan hastaları da içerdiğinden yeni reçete sayılarına da bakmak gereklidir. Bu şekilde bakıldığında, ilk kez antidepresan

içeren reçete sayısı son 5 yılda 8.90 milyondan 11.29 milyona çıkmıştır (Grafik 2). Yani son 5 yılda Türkiye nüfusunun yaklaşık %30’u hekime gittiğinde ilk kez bir antidepresan reçetesi ile oradan ayrılmış ve bu grup ilaçları kullanan gruba dahil olmuştur.

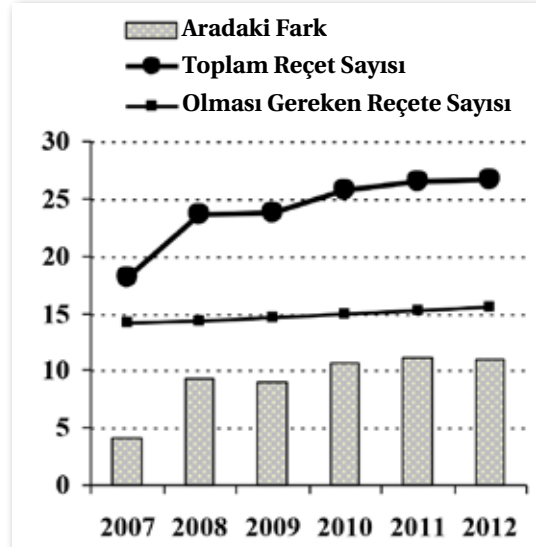
Bu artışların makul karşılanabilmesinin muhtemel tek açıklaması son 5 yılda ruhsal hastalık prevalansının da toplam reçete sayısındaki (eski ve yeni olguların sayısı) artışla paralel olabilirdir. Bu gerekçenin geçerliliğini değerlendirmek için öncelikle reçete sayısına göre prevalans tahmini yapılmıştır. Olması beklenen prevalans oranları için kaynak olarak kullanılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili raporunda (7) elde edilen prevalans oranları Tablo 1’de verilmektedir. Bu profile göre majör depresyonun 1 yıllık prevalansı %4’tür. Diğer kul-

Tablo 1: Türkiye Ruh Sağlığı Profili’ne göre ruhsal hastalık prevalans değerleri

ICD-10 Tanıları	Son 12 aydaki Prevalans (%)
Agorafobi	0.6
Panik Bozukluğu	0.4
Yaygın Bunaltı Bozukluğu	0.7
Depresif Nöbet	4.0
Hipokondriyazis	0.6
Distimi	1.6
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0.5
Sosyal Fobi	1.8
Ağrı bozukluğu	8.4
Somatizasyon Bozukluğu	1.6



Grafik 3: Antidepresan reçete sayısına göre tahmin edilen prevalans ve nüfusa oranı.



Grafik 4: Gerçek prevalansa göre yazılması gereken antidepresan reçete sayısı ile mevcut antidepresan reçete sayısının karşılaştırılması.

lanım alanlarındaki hastalıkların prevalanslarını da hesaba kattığımızda en kötümser ihtimalle antidepresan kullanımını gerektirecek hastalıkların beklenen prevalansı %20 olarak kabul edilmiştir.

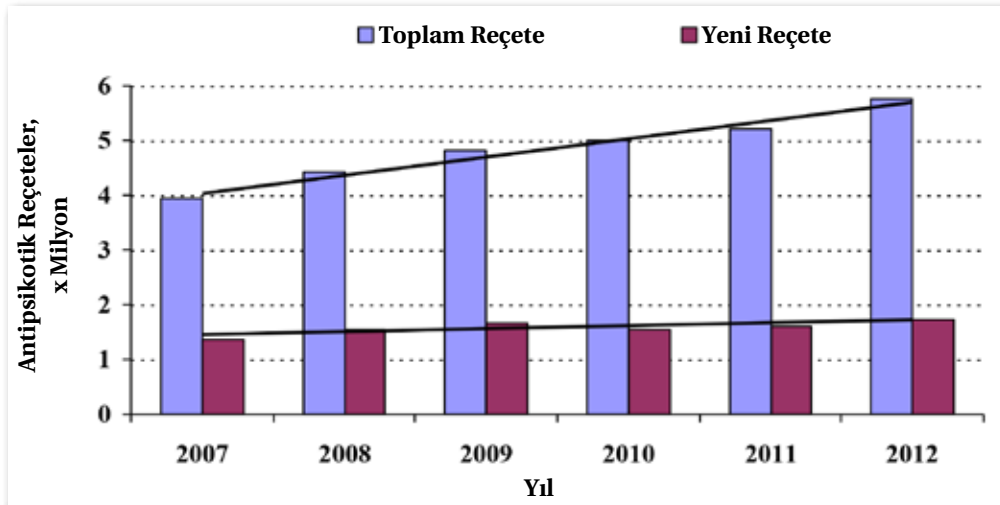
Grafik 3 ve Grafik 4’de görüldüğü gibi her yıl için yazılan reçete sayısı, olması beklenen prevalans ile orantılı olmayıp 2007 yılında fazla olan reçete sayısı 4 milyon civarında iken 2012 yılında bu sayı 11 milyon civarlarında olmuştur. Kutu sayısını reçete sayısına oranladığımızda reçete başına ortalama 1.3 kutu düşmektedir. Yani 2007 yılında 5.2 milyon, 2012 yılında 14.3 milyon kutu ilaç fazladan reçete edilmiş görünüyor. Maliyet hesaplaması yaparken, 2012 yılında SGK tarafından ilaç geri ödemesi yapılan Trisiklik, Tetrasiklik, SNRI, SSRE, RIMA, NASSA (28-30 tablet/kapsül) grupları için en düşük kutu fiyatı, 5TL en yüksek 31TL ve Bupropion, 54TL olduğundan ilaçların kutu fiyatı ortalama 15 TL olarak kabul edilmiştir. Bu hesaba göre 2007 yılında 78 milyon TL olan gereksiz ve fazla ödeme 2012 yılı için 214.5 milyon TL olduğu değerlendirilmektedir.

Durumu antipsikotik reçeteleri açısından incelediğimizde; toplam antipsikotik reçete sayısının 2007 yılında 3.92 milyon, 2012 yılında 5.76 milyon olduğu ve artışın %46.7 oranında olduğu görül-

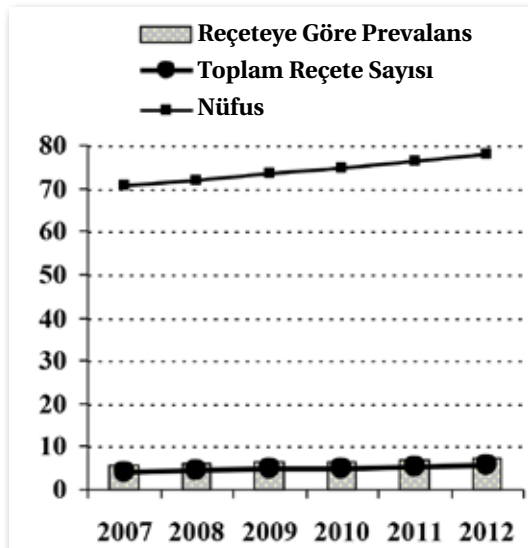
müştür. İlk defa antipsikotik reçetelendirme sayısı ise 2007 yılında 1.37 milyon dan 2012 yılında 1.73 milyona ulaşmış ve artış %26 civarında olmuştur (Grafik 5).

Antipsikotiklerin reçete edildiği hastalıklar için kullanılan kaynak çalışmalarda belirtilen 1 yıllık prevalans değerleri şöyledir: şizofreni %0.5-1, şizofreniform bozukluk %0.5-0.8, şizofreniform bozukluk %0.1, duygudurum bozuklukları %0.5-1.6, doğum sonu psikozu %0.01 (8). Bu oranlar göz önüne alınmakla beraber karşılaştırma yapılacağından ve en kötü ihtimali düşünerek toplumda tüm antipsikotik kullanımını gerektirecek hastalıkların 1 yıllık prevalansı bu incelemede %5 olarak kabul edilmiştir.

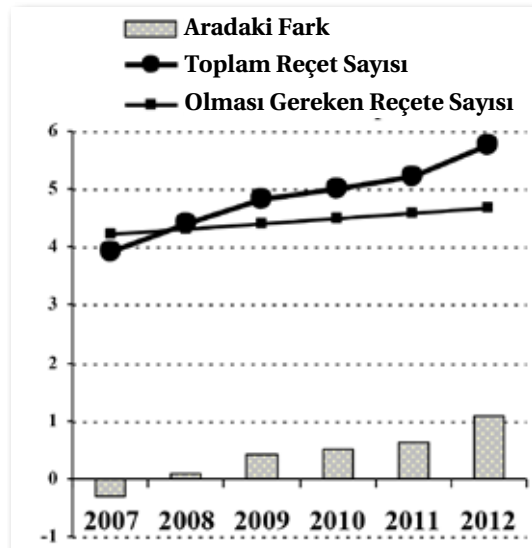
Grafik 6 ve Grafik 7’de görüldüğü gibi her yıl için yazılan reçete sayısı, olması beklenen prevalans ile orantılı olmayıp 2007 yılında beklenenden az olmuştur. Kutu sayısını reçete sayısına oranladığımızda reçete başına ortalama 2007 yılında 1.2 kutu, 2012 yılında ise 2.1 kutu ilaç düşmektedir. 2007 yılında tüketim beklenenden az olmuş ancak 2008 itibariyle ilaç tüketiminde beklenenden daha fazla tüketim başlamış ve 115806 adet kutu fazla tüketilmiştir. 2012 yılında ise olması gerekenden fazla tüketim 2.479827 kutu olmuştur.



Grafik 5: Türkiye’de son 5 yılda antipsikotik içeren reçete sayısı (ilaç tekrarı dahil olan ve/veya ilk kez yazılan reçeteler).



Grafik 6: Antipsikotik reçete sayısına göre tahmin edilen prevalans ve nüfusa oranı.

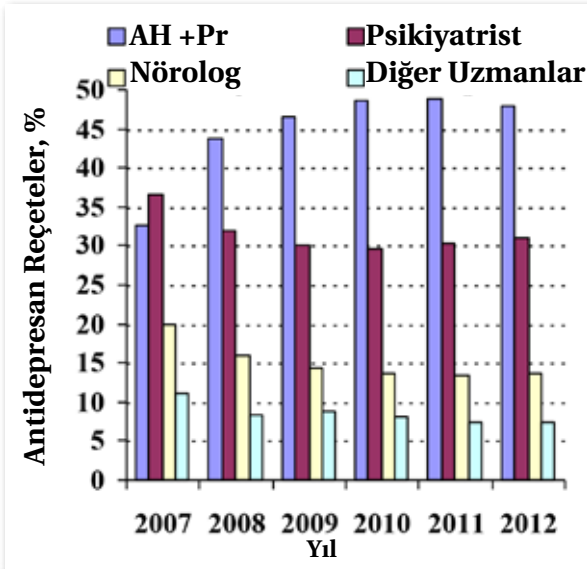


Grafik 7: Gerçek prevalansa göre yazılması gereken antipsikotik reçete sayısı ile mevcut antipsikotik reçete sayısının karşılaştırılması.

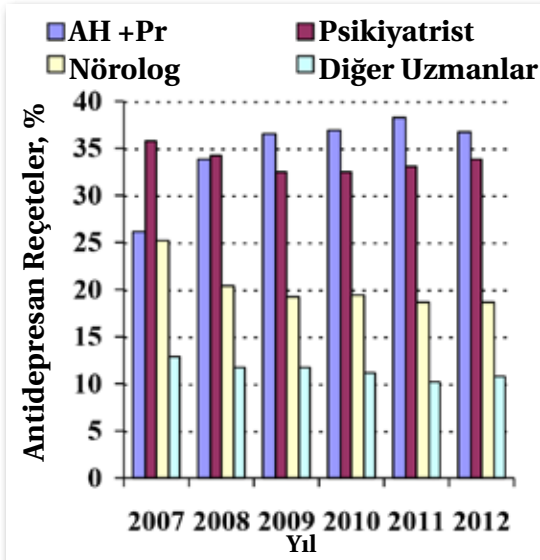
Maliyet hesaplaması yaparken, 2012 yılında SGK tarafından ilaç geri ödemesi yapılan tipik/atipik antipsikotik ilaç grupları için en düşük kutu fiyatı, 4 TL / en yüksek 350 TL aralığında olup, atipik antipsikotiklerin son yıllarda daha çok tercih edildiği de göz önüne alınarak kutu fiyatı ortalama 150 TL olarak kabul edilmiştir. Buna göre 2008 yılında 17 milyon TL olan gereksiz ve fazla ödeme 2012 yılı için 371 milyon TL olmuştur.

Yazılan Reçetelerin Uzmanlık Alanlarına Göre Dağılımının İncelenmesi

Grafik 8’de görüldüğü gibi 2008 yılından beri aile hekimi+pratisyenlerin yazdığı reçete sayısı psikiyatristlerden de fazladır. Bunun açıklaması bu grup hekimlerin uzman raporu doğrultusunda ilaç reçetesi yazmalarına atfedilebilir. Bunu ayırt etmek üzere sadece yeni reçete sayılarına ait veriler Grafik 9’ da verilmiştir. Yeni reçete sayıları da aile hekim-



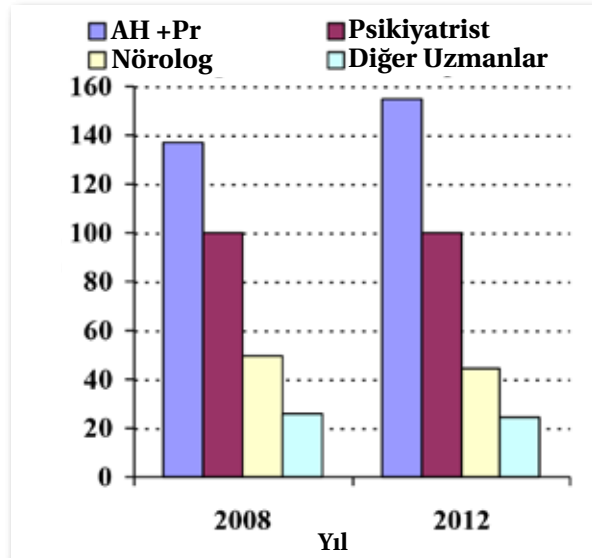
Grafik 8: Türkiye’de antidepresan içeren toplam reçete sayısının yazıldıkları branşlara göre dağılımı.



Grafik 9: Türkiye’de ilk defa antidepresan içeren yeni reçetelerin yazıldıkları branşlara göre dağılım oranları.

içeren psikiyatrik tedavi düzenlemiş, nörolog psikiyatristin baktığı hastanın yarısı kadar hasta bakmıştır. Psikiyatristlerin ve nörologların yazdıkları reçete oranı 2012’de hemen hemen sabit kalırken; aile hekimlerinin her 100 psikiyatri hastasına karşılık toplam reçete sayıları üzerinden %60 oranında daha fazla antidepresan tedavisi gerektirecek hastalık tedavisi yaptıkları değerlendirilmektedir.

Grafik 10’da görüldüğü gibi psikiyatristlerin yazdığı reçete sayısını 100 kabul ettiğimizde; 2008 yılında aile hekimi+pratisyenlerin ilk kez antidepresan yazdığı reçete sayısı psikiyatristlerin yazdıklarından %34 daha fazla olmuştur. Nörologların, psikiyatristlerin ilk kez tanı koyarak tedavi başladıkları hastaların yarısı kadar hastaya psikiyatrik tanı koyarak tedavi başladıklarını, diğer uzmanların da psikiyatristlerin tanı koydukları hastaların 1/4’ü kadar hastaya 2008 yılında ilk kez tanı koyup tedavi başladıkları anlaşılmaktadır.

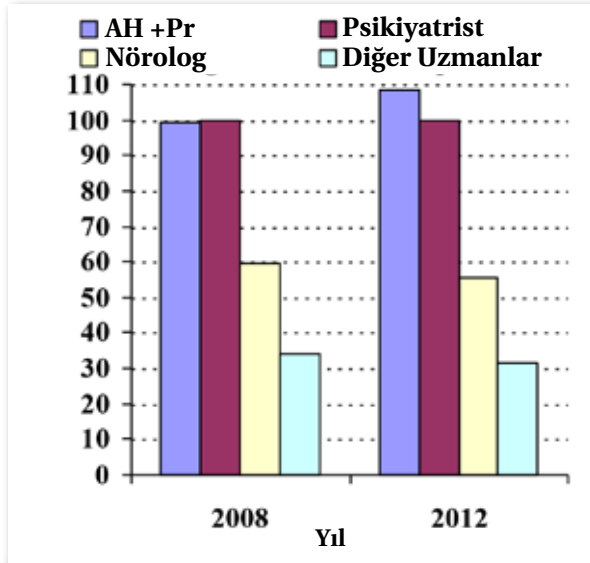


Grafik 10: Diğer branş hekimlerinin toplam yazdıkları antidepresan içeren reçete sayılarının psikiyatristlerin yazdığı reçetelere oranı.

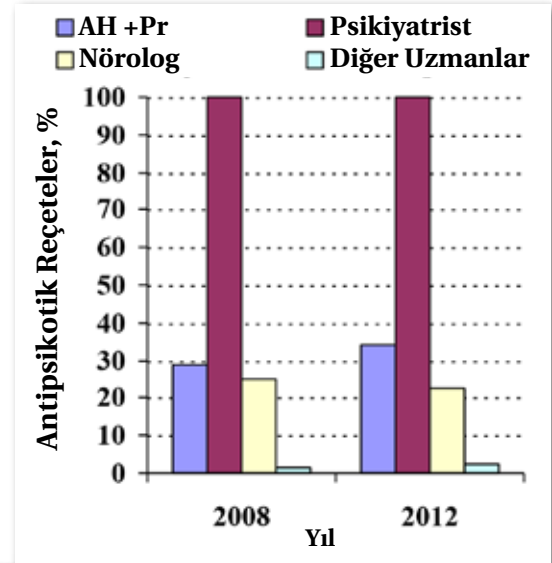
lerinin psikiyatri uzmanlarından daha fazla antidepresan kullanımına yönelik psikiyatrik tanı koyduğunu ve tedavi başladığını göstermektedir.

Toplam reçetelerde diğer hekimlerin oranını psikiyatristlerle kıyaslırsak psikiyatristin baktığı hasta sayısını 100 kabul ettiğimizde 2008’de aile hekimi + pratisyenler %40 daha fazla antidepresan

Son 2012 yılı verilerine baktığımızda; bu oranlar aile hekimleri için psikiyatristlerin %155’i, nörologlar için psikiyatristlerin %44’ü olup diğer branş hekimlerinin oranı hemen hemen aynı kalmıştır (Grafik 11). Bu rakamlar gözden geçirildiğinde aile hekimlerinin psikiyatristlerin tanı koyup tedavi başladıklarından 1.5 kat daha fazla hastaya tanı



Grafik 11: Diğer branş hekimlerinin ilk kez antidepresan içeren reçete sayılarının psikiyatristlerin ilk kez antidepresan içeren reçete sayılarına oranı



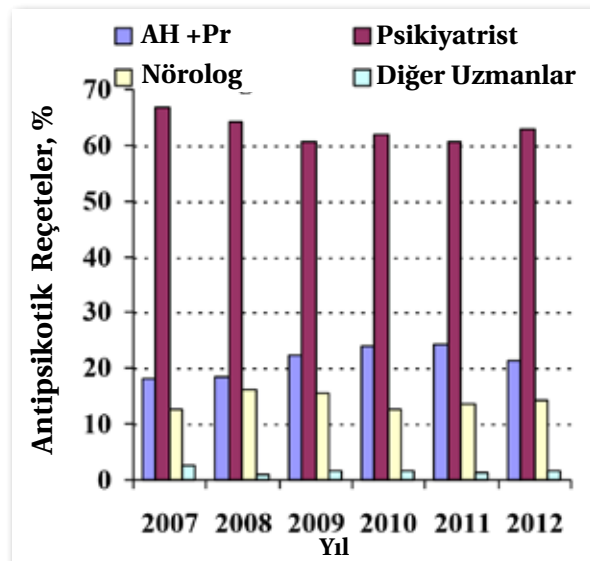
Grafik 13: Diğer branş hekimlerinin yazdıkları toplam antipsikotik içeren reçete sayılarının psikiyatristlerin toplam yazdıkları antipsikotik reçete sayısına oranı.

koyup tedavi başladıklarını görmekteyiz.

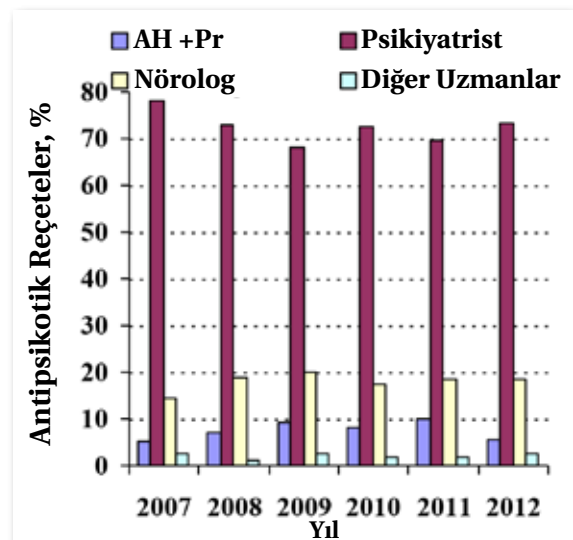
Durumu antipsikotikler açısından değerlendirdiğimizde; son 5 yılda toplam antipsikotik reçete sayısının en fazla psikiyatristler tarafından yazıldığını görmekteyiz (Grafik 12). Toplam reçete sayısını psikiyatristlerin yazdığı reçetelere göre oranladığımızda aile hekimi ve pratisyenlerin, psikiyatristlerin yazdığı reçetelerin %30-35 kadarını, nörologların ise %20-25

kadarını yazdıkları görülmektedir (Grafik 13).

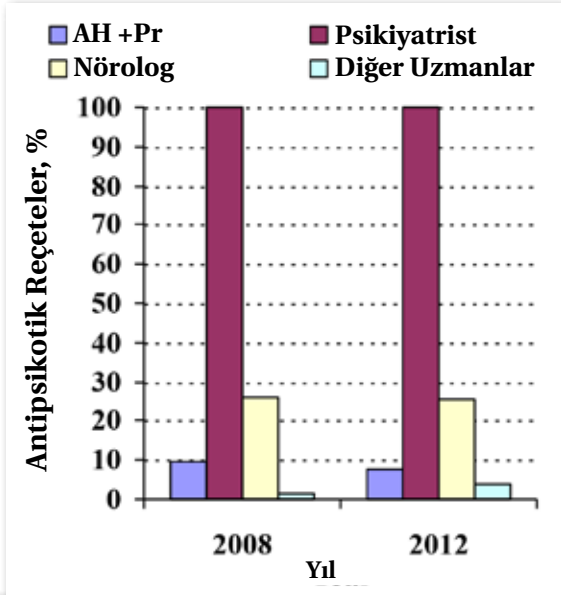
Özellikle aile hekimlerinin ilaç tekrarı yaptıkları göz önüne alınarak ilk tanı ve tedavinin daha çok hangi branş tarafından yapıldığını görmek için yeni antipsikotik reçetelerine baktığımızda; bu oranın %70 düzeyinde psikiyatristlere ait olmakla beraber 1/3'ü kadarının da nörologlar tarafından yapıldığı görülmektedir (Grafik 14, Grafik 15).



Grafik 12: Türkiye'de toplam antipsikotik içeren reçetelerin yazdıkları branşlara göre dağılım oranları.



Grafik 14: Türkiye'de uzmanlık alanlarına göre ilk kez antipsikotik yazarak tanı ve tedaviye başlama oranları.



Grafik 15: Diğer branş hekimlerinin ilk kez antipsikotik içeren reçete sayılarının psikiyatristlerin ilk kez antipsikotik içeren reçete sayılarına oranları.

Psikotropların hem son 5 yılda akılcı ilaç kullanımına uygun olmayan şekilde reçete edildiği hem de uzmanlık alanı dışında kullanımının sınır ihlali ve hatta suiistimal düzeyinde olduğu değerlendiril-

mektedir. Bunların bir örneği de aynı hastanede hem psikiyatrist hem de nörolog bulunsa bile nörologların sıklıkla psikiyatri konsültasyonuna gerek görmeden tanı ve tedavi konusunda bir psikiyatri uzmanı kadar yetkinmiş gibi davranmalarıdır. Nöroloji uzmanları, güncel Sağlık Uygulama Tebliği ile tüm antidepresanları, tipik antipsikotikleri, parenteral formları hariç tüm atipik antipsikotikleri ve bipolar bozukluk endikasyonunda da sodyum valproatı reçeteleme konusunda psikiyatristlerle aynı yetkilere sahiptir (9).

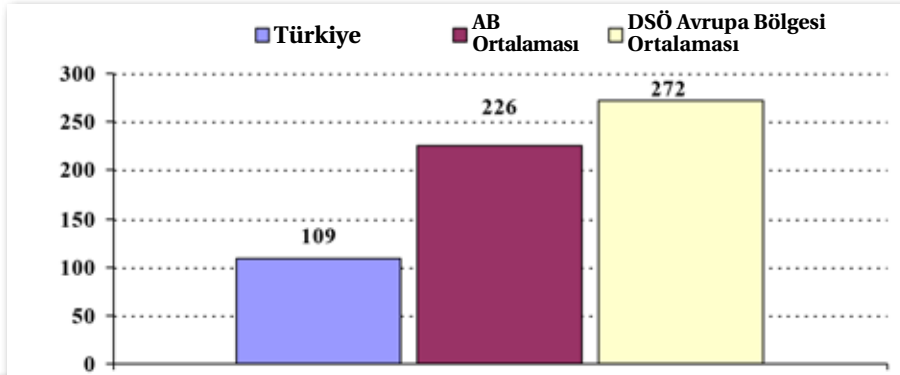
Sağlık Uygulama Talimatı (SUT) ve Pratiğe Yansımaları

İlaç geri ödeme sisteminde uygulanan SUT'un özellikle psikotrop ilaçlarla ilgili maddeleri 2004 yılından itibaren önemli değişiklikler geçirmiş ve bu da pratikte oldukça farklı sonuçlarla karşımıza çıkmıştır. Bu değişiklikleri Tablo 2'de izlemekteyiz.

Yukarıdaki tablodan da anlaşıldığı gibi SUT/BUT yetkilendirme açısından önemli değişikliklere uğramış ve en son olarak ta 2006 yılında Türkiye Psikiyatri Derneği görüşü sonrası büyük ölçüde son halini

Tablo 2: Antidepresan kullanımı hakkında SUT'ta yapılan değişiklikler.

Yıl	SUT ta yapılan değişiklik
2004	Yeni nesil Antidepresanlar..... tedaviye mutlaka erişkin veya çocuk psikiyatri uzmanınca başlanacaktır. Ancak bu grup ilaçların psikiyatri uzmanının bulunmadığı hallerde nöroloji uzmanı tarafından da reçete edilmesi mümkündür
2004 (2 ay sonra)	Yeni nesil antidepresanlar ile tedaviye uzman hekimlerce (3 ayı geçmemek üzere diğer hekimlerce de) başlanacaktır. Uzman hekim reçetesinde belirtilen doz ve süre tamamlanıncaya kadar, bu tür ilaçlar rapor şartı aranmaksızın diğer hekimlerce de tekrar reçete edilir. Atipik antipsikotikler ile tedaviye mutlaka nöroloji veya erişkin/çocuk psikiyatri veya adı geçen uzmanların olmadığı yerlerde aile hekimliği uzmanınca başlanacaktır.
2005	Trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar tüm hekimlerce yazılabilir. Yeni nesil (SSRI, SNRI, RIMA, NASSA gibi gruplara giren) antidepresanlar 6 ayı geçmemek üzere tüm hekimlerce yazılabilir. Bu süreyi geçen tedavilerde psikiyatri (erişkin ve çocuk) veya nöroloji uzman hekimleri tarafından reçeteye yazılabilir.
2006	Trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar tüm hekimlerce yazılabilir. Yeni nesil (SSRI, SNRI, SSRE, RIMA, NASSA gibi gruplara giren) antidepresanlar, psikiyatri (erişkin ve çocuk), nöroloji (erişkin ve çocuk), üroloji, kadın hastalıkları ve doğum, dahiliye veya aile hekimliği uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerden birinin çıkardığı ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından yazılacaktır.
2006 (TPD Görüşü sonrası)	Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce yazılabilir. SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanlar, psikiyatri (erişkin ve çocuk), nöroloji (erişkin ve çocuk) uzman hekimlerinden biri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.
2010 -	Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce yazılabilir. SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanlar, psikiyatri, nöroloji, geriatri uzman hekimlerinden biri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. (Ek: 03/6/2010-27600/15 md. Yürürlük:09/06/2010) Bupropiyon HCl; yalnızca major depresif bozukluk tedavisinde; psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.



Grafik 16: Türkiye’de çalışan uzman sayısının Avrupa bölgesi ülkeleri ile karşılaştırılması.

almıştır. Bu şekilde SSRI’ların tüm hekimler tarafından reçete edilebilmesi mümkün olmuştur. Bu düzenlemenin yapılmasına neden olan Türkiye Psikiyatri Derneği görüşü: ‘100.000 kişi başına düşen toplam psikiyatri uzmanı sayısı dünya ortalamasının altında olup uzmanların ülke genelinde dağılımı da homojen değildir Bütçe uygulama talimatı psikiyatrik hastaların sağlık hizmetine ulaşımını engellemektedir. Sürdürüm tedavisi için de psikiyatri uzmanının her bir hastasına ayırdığı zamanın azalması ve dolayısıyla psikiyatrik sağlık hizmetinin niteliğinde bir düşme anlamına gelmektedir’ şeklindedir.

Mevcut SUT düzenlemesinde önemli oranda etkili olmuş olan bu görüşlerin günümüz şartlarında halen geçerli olup olmadığını değerlendirmek için öncelikle aşağıdaki soruların cevabını aranmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir:

1) Türkiye’de uzmanlık alanları açısından sadece psikiyatrist sayısı dünya ortalamasının altında mıdır?

2) Ülke genelinde uzman dağılımı sadece psikiyatri alanında mı homojen değildir? Türkiye’de psikiyatrist bulunmayan bir il var mıdır?

3) Ülke genelinde sadece psikiyatrik hastalıklar mı diğer branşlardan farklı uygulamayı gerektirecek öneme sahiptir?

4) Antipsikotik ve antidepresan tedavisinin planlanması ve sürdürülmesi uzmanlık gerektiren bir yetkinlik alanı değil midir?

5) Psikiyatristlerle hemen hemen aynı yetkilere sahip olan nörologlar uzmanlık eğitiminde ya da sonrasında bu psikiyatri alanı için yeterli ve ayrı bir eğitim almakta mıdır?

6) Diğer branş hekimleri uzmanlık eğitimi sırasında ayrıca psikiyatrik tedavi yapabilecek düzeyde yeterli eğitim almakta mıdır?

Soru 1: Türkiye’de sadece psikiyatrist sayısı mı dünya ortalamasının altındadır?

Türkiye’de 100.000 kişiye düşen aktif çalışan uzman hekim sayısı, Avrupa Bölgesi ülkeleri ve Avrupa Birliği üyesi olan 27 ülkenin ortalamasından oldukça düşüktür (Grafik 16) (10).

Uzmanlık alanlarına bakıldığında, Grafik 17’de de görüldüğü gibi Türkiye’de psikiyatri kendi kategorisi içinde en az sayıya sahip olmakla beraber radyoloji, romatoloji, anesteziyoloji ve reanimasyon, gastroenteroloji, endokrin ve metabolizma hastalıkları da aynı durumda olan branşlardır. Nöroloji ise kendi kategorisinde sondan üçüncü durumdadır (10).

Soru 2: Ülke genelinde uzman dağılımı sadece psikiyatri alanında mı homojen değildir? Türkiye’de psikiyatrist bulunmayan bir il var mıdır?

Ağustos 2012 itibariyle Türkiye’de psikiyatri uzmanı bulunmayan il bulunmamaktadır. Uzmanların yoğunluğu bölgelere göre değişmekle beraber bu farklılık uzmanlık alanlarından ziyade bölgelerin özelliklerine göre şekillenmekte olup tüm uzmanlık alanları için geçerlidir. Grafik 18’de psikiyatri uzmanı dağılımını nöroloji uzmanlarının dağılımı ile karşılaştırılması verilmektedir. Görüldüğü gibi dağılımlar birbirine çok yakındır (Ağustos 2012 –Bilgi edinme başvurusu kapsamında Sağlık Bakanlığı’ndan alınan veriler).

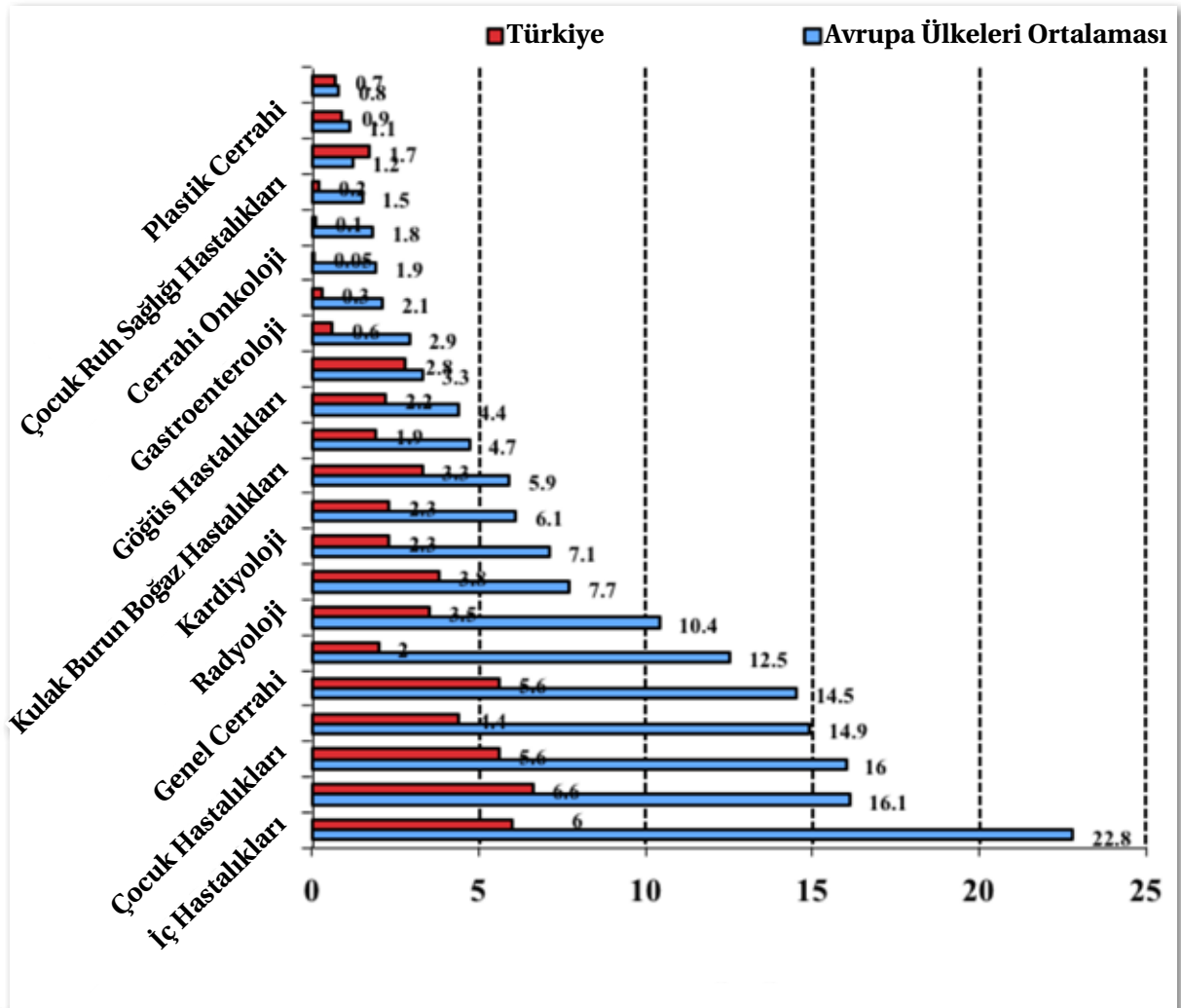
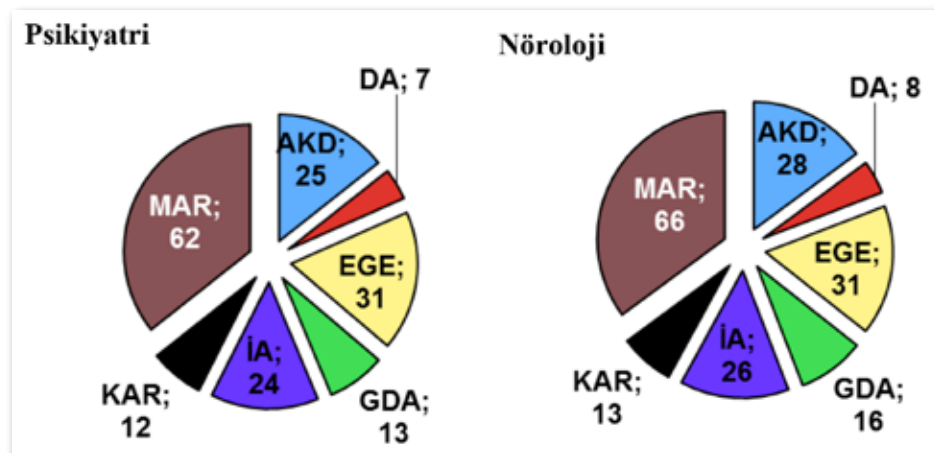


Figure 17: The comparison of the number of active specialist doctors by specialty in Turkey and EU countries (11).



Grafik 18: Bölgelere göre psikiyatrist (1775) ve nörolog (1927) dağılımı (Ağustos 2012-Sağlık Bakanlığı)

*(Kısaltmalar: AKD: Akdeniz Bölgesi, DA: Doğu Anadolu Bölgesi, GDA: Güneydoğu Anadolu Bölgesi, İA: İç Anadolu Bölgesi, KAR: Karadeniz Bölgesi, MAR: Marmara Bölgesi)

Soru 3: Ülke genelinde sadece psikiyatrik hastalıklar mı diğer branşlardan farklı uygulamayı gerektirecek öneme sahiptir.

2004 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından yürütülen- Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi Raporu ‘Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre Türkiye’de perinatal nedenler ve ikinci grup, kronik hastalıklar olarak tanımladığımız, kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları, solunum yolu hastalıkları, neoplaziler, osteoartritler ve ruh sağlığı hastalıkları önemli halk sağlığı sorunları olarak göze çarpmaktadır” şeklinde sonuçlandırılmıştır (5).

Bu raporda da görüldüğü gibi psikiyatrik hastalıklar, ülkemizde önemli düzeyde hastalık yüküne ve hastalığa bağlı yaşam yılı kaybına neden olan kronik hastalıklardan sadece biridir. Durum böyle iken belirtilen diğer hastalıkların ait olduğu uzmanlık alanlarında tanı ve tedavi yetki ve sorumluluğu ilgili uzmanlık alanına sınırlı iken psikiyatrik hastalıkların tedavisi konusunda diğer uzmanlık alanlarına da yetki verilmesi uygun görünmemektedir.

Soru 4: Antipsikotik ve antidepresan tedavisinin planlanması ve sürdürülmesi tıbbın diğer alanlarında olduğu gibi özel bilgi ve beceri gerektiren bir etkinlik alanı değil midir?

2004 yılına kadar değişik zamanlarda bir kısım antidepresanla ilgili olarak özellikle çocuk ve gençlerde kullanımı ile ilgili uyarılar yapan FDA (Amerika Gıda ve İlaç Dairesi), 2004 yılında bu uyarının tüm antidepresanlar için geçerli olduğunu bildirmiş ve 2007 yılında da özellikle tedavinin başlangıç döneminde kara-kutu uyarısının (black box warning) kutularda yer alması gerektiğini bildirmiştir (12).

Ayrıca bu grup ilaçlar yaşlılar ve diğer medikal hastalıkları olup da çoklu ilaç kullanan hastalarda özellikle de ilaç etkileşimleri açısından mortaliteye yol açabilecek potansiyele sahip olup özel dikkat ve takip gerektirmektedir.

FDA, 2005 yılında atipik antipsikotiklerin demansla ilişkili psikoz tedavisinde kullanılmasına dair bir uyarı yayınlamış, 2008 yılında ise bu bilgi-

leri güncelleyerek bu riskin tipik antipsikotiklerle de olduğunu kara kutu uyarısı ile duyurmuştur (13).

Soru 5: Psikiyatristlerle hemen hemen aynı yetkilere sahip olan nörologlar uzmanlık eğitiminde ya da sonrasında bu psikiyatri alanı için yeterli ve ayrı bir eğitim almakta mıdır?

27.12.2011 gün ve 246 No’lu Tıpta Uzmanlık Kurulu kararı ile belirlendiği şekilde; Nöroloji uzmanlık eğitimi rotasyonları; Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları 1 Ay, İç Hastalıkları 2 Ay, Kardiyoloji 1 Ay, Psikiyatri 3 Ay, Radyoloji 3 Ay, Çocuk Nörolojisi 3 Ay şeklindedir.

Psikiyatri Uzmanlık Eğitiminde ise Nöroloji 4 Ay, Acil Tıp 1 Ay, Çocuk Psikiyatrisi 4 Ay şeklindedir. Görüldüğü gibi nöroloji uzmanlık eğitimi sırasında sadece 3 Ay süren psikiyatri eğitim ile psikiyatri uzmanının sahip olduğu bilgi ve deneyime sahip olunabilmesi mümkün değildir.

Soru 6: Psikiyatri uzmanlık alanı dışındaki hekimler mesleki eğitim sırasında ayrıca psikiyatrik tedavi yapabilecek düzeyde yeterli eğitim almakta mıdır?

Uzmanlık eğitimi sırasında Nöroloji dışında kalan diğer tıp dallarından Aile Hekimliği 2 Ay, Adli tıp 2 Ay, Algoloji 1 Ay, Geriatri 2 Ay, Halk sağlığı 1 Ay, Hava ve Uzay Hekimliği 1 Ay, İş ve Meslek Hastalıkları 1 Ay ve Çocuk Psikiyatrisi 12 Ay psikiyatri kliniğinde rotasyon yapmaktadır. Çocuk psikiyatristlerinin aldığı eğitim bu alanda hizmet verebilmek için yeterlidir. Bunun dışında sadece tıp fakültesinde alınan eğitimin psikiyatrik hasta tanı ve tedavisi için yeterli olduğunu düşünmek hiçbir uzmanlık alanına da gerek olmadığı sonucuna ulaştırmaktadır.

Öneriler ve Önlemler

1. Psikotrop ilaçlar tıpkı statinlerdeki sınırlamada olduğu gibi sadece psikiyatristler tarafından veya psikiyatristin raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından yazılabilmelidir.
2. Hafif depresyon vakalarında öncelikle psikoterapi yapılmalı, ilaç tedavisi orta ve ağır düzey-

deki depresyonlarda kullanılmalıdır.

3. Antidepresan kullanımını gerektiren diğer hastalıklardan anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, somatoform bozukluklar gibi hastalıklar mutlaka psikiyatri uzmanı tarafından tedavi edilmelidir.
4. Dünyadaki mevcut politikalar ve uygulamalara paralel şekilde; birinci basamakta depresyon tanı ve tedavisi yapılabilmesi önemli olmakla beraber üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir konudur. Bu politikaların etkili ve yeterli olabilmesi için aile hekimlerine, akılcı ilaç kullanımını ilkeleri çerçevesinde eğitimler yapılmalıdır.
5. Birinci basamakta da öncelikle hafif depresyon vakalarına psikoterapi yaklaşımlarının uygulan-

ması esas olmalıdır. Birinci basamakta psikoterapinin uygun depresyon hastalarına uygulanabilmesini sağlamak amacıyla, Kısa Süreli Bilişsel Davranışçı Tedavi ve Kişilerarası İlişkiler Terapisi hakkında eğitimler verilebilir. Bu eğitimler özellikle konunun uzmanı psikiyatristler tarafından verilmeli ve pratik uygulamaları da içerecek nitelikte olmalıdır.

6. Birinci basamakta depresyon tanı ve tedavi hizmetleri için psikiyatri uzmanları tarafından tedavi kılavuzları oluşturulmalı ve uygulanması için gerekli hassasiyet gösterilmelidir.
7. Depresyon tanı ve tedavi eğitimleri sonrasında bu eğitimi almış aile hekimlerine grup gözetmeksizin tüm antidepresanları 3 ayla sınırlı olarak reçete edebilme yetkisi verilmelidir.

Kaynaklar:

1. <http://www.medihaber.net/2012/08/12/antidepresan-cilginligina-kim-dur-diyecek/>
2. http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=4548&t=Antidepresanlar_Leblebi_Gibi_Yaziliyor
3. Urhan UB. Is there an increase in antidepressant usage in Turkey? An evaluation based on psycho-sociological parameters. Economic Policy Research Foundation of Turkey (TEPAV) Entrepreneurship Institute publications, 2010. (Turkish)
4. <http://www.haberturk.com/polemik/haber/716797-antidepresanlara-fena-sardik>
5. Republic of Turkey, Ministry of Health, Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health, Başkent University, National Burden of Disease and Cost Effectiveness Project, Cost Effectiveness Final Report, Ankara, 2004.(Turkish)
6. OECD Reviews of Health Systems – Turkey - ISBN 978-926-405-108-9, A joint OECD-World Bank publication, 2008 (<http://www.oecd.org/els/healthsystems/oecdreviewsofhealthsystems-turkey.htm>)
7. Kilic C. Mental Health Profile of Turkey: Main Report. Ministry of Health. Ankara, 1998.(Turkish)
8. Doğan O. Psychiatric Epidemiology, Publications of the Ege University Medical School, Izmir, 2002. (Turkish)
9. Health Application Announcement (SUT), Official Gazette, Ankara, 2012. (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120622-24.htmSağlık>)
10. WHO/Europe, European HFA Database, August 2010.
11. Eurostat. New cronos Database-2010.
12. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM096273>
13. <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/ucm124830.htm>