

Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler

Uz. Dr. Halis Ulaş

DEÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, TPD MYK Dış İlişkiler Sekreteri

Avrupa'nın sınırları birçok örgüt, kurum ya da birliğe göre farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) çalışmalarında tanımlanan Avrupa ile Avrupa Birliği'nin tanımladığı Avrupa arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. DSÖ çalışmalarında tanımlanan Avrupa; Portekiz'den Rusya Federasyonu'na, Grönland'dan Güney Kıbrıs Rum Kesimi'ne kadar uzanan toplam 53 ülkeyi ve yaklaşık 870 milyon insanı içeren oldukça geniş bir coğrafyayı kapsamaktadır. Oysa Avrupa Birliği'ne toplam 27, Avrupa Konseyi'ne ise üye 47 ülke bulunmaktadır. Bu geniş coğrafyadaki ülkeler arasında sağlığın sosyal belirleyicileri, barınma, gelir düzeyi, sağlık verileri ve ruh sağlığı hizmetleri açısından çok büyük farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin en zengin ve en fakir ülke arasındaki kişi başına düşen gelir arasında 300 kata varan farklılık bulunmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresinde 20 yıla varan değişkenlik görülmektedir. Benzer şekilde ülkeler arasında ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu, kaynakları, finansmanı arasında da oldukça önemli farklılıklar bulunmaktadır (Rutz 2001, WHO 2005, Muijen 2008). Bu yazıda Batı Avrupa'daki psikiyatrik hizmetlerin alt yapısı, hizmet durumu, finansmanı, bu ülkelerde psikiyatri alanında gerçekleştirilen reformlar ve reformlar sonrası ortaya çıkan güçlükler seçilmiş 10 Batı Avrupa ülkesinde ele alınmaya çalışılacaktır. Bu veriler Türkiye'deki psikiyatrik hizmetler ile karşılaştırılmaya çalışılacaktır.

Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetlerin Alt Yapısı

Yirminci yüzyılın 2. yarısından sonra Batı Avrupa'da psikiyatrik hizmetler kavramsal ve yapısal olarak ciddi dönüşümler yaşamıştır. En önemli dönüşüm hastaların toplum içerisinde tedavi edilmesi görüşünün ortaya çıkması ile büyük psikiyatri hastanelerinin kapatılmasıdır. Örneğin Almanya'da 1960'lı yıllarda başlayan bu dönüşüm sonrası psikiyatri hastanelerinin

deki yatak sayısı yaklaşık %50 oranında azalmıştır (Bauer ve ark. 2001). Bu nedenle de hastaların toplum içerisinde tedavi edilebilmesi amacıyla toplum psikiyatrisi hizmetlerine ağırlık verilmiştir. Ciddi psikiyatrik hastalar ayaktan tedavi birimlerinde ve toplum psikiyatrisi birimlerinde tedavi edilmeye başlanmıştır. Hastaların tedavi amacıyla psikiyatri kliniklerine yatışları krize müdahale ya da hastanın kendisine ya da çevresine zarar verme potansiyeli taşıdığı anda sağlanmaktadır (Rutz W 2001, Muijen 2008, Becker ve Kilian 2006).

Psikiyatri hastalarının toplum içerisinde tedavi anlayışının yürürlüğe girmesinin ardından toplum psikiyatrisi hizmetlerinde önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Toplum psikiyatrisi hizmetlerinin sağlanması amacıyla psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve uğraşı terapistlerinin yer aldığı ekipler oluşturulmuştur. Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (Community Mental Health Teams), Kriz Çözüm Ekipleri (Crisis Resolution Teams), Girişken Sosyal Yardım Ekipleri (Assertive Outreach Teams), Toplum Rehabilitasyon Ekipleri (Community Rehabilitation Teams), Psikoz Erken Müdahale Ekipleri (Psychosis Early Intervention Teams) ve gündüz hastaneleri Batı Avrupa'da bu amaçla oluşturulmuş yapılardır (Johnson ve ark. 2001, Kallert ve ark. 2004, Killaspy ve ark. 2005, Killaspy 2006, Killaspy 2007). Batı Avrupa'da toplum psikiyatrisi hizmetlerinin yürürlüğe girmesi ile psikiyatri alanında ciddi bir insan gücü ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Her ne kadar ülkeler arasında insan gücü açısından farklılıklar olsa da, Türkiye ile karşılaştırıldığında Batı Avrupa'da psikiyatri hizmetlerinin sunumunda görev alan insan gücü yeterli sayıdadır. Batı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'deki psikiyatri hizmetlerindeki insan gücü sayısı Tablo 1'de sunulmuştur.

Yüz bin nüfusa düşen yatak sayısı Batı Avrupa ülkelerinde 4.4 (İspanya) ile 18.7 (Hollanda) arasında değişmektedir. Türkiye'de toplum psikiyatrisi hizmetlerinin çok yetersiz olmasına ve büyük psikiyatri hastaneleri kapatılmamış olması

Tablo 1: Batı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'deki psikiyatri hizmetlerdeki insan gücü

	Toplam Psikiyatri Yatağı Sayısı*	Psikiyatrist Sayısı**	Psikolog Sayısı**	Psikiyatri Hemşiresi Sayısı**	Sosyal Hizmet Uzmanı Sayısı**
Almanya	7.5	11.8	51.5	52	477
Danimarka	7.1	16	85	59	7
Fransa	12	22	5	98	Bilinmiyor
Hollanda	18.7	9	28	99	176
İngiltere	5.8	11	9	104	58
İspanya	4.4	3.6	1.9	4.2	Bilinmiyor
İsveç	6	20	76	32	Bilinmiyor
İtalya	4.6	9.8	3.2	32.9	6.4
Türkiye	1.3	1	1	3	1
Yunanistan	8.7	15	14	3	56

(Kaynak: World Health Organization 2005)

* 10 000 nüfusa

** 100 000 nüfusa

Tablo 2: Batı Avrupa ülkelerindeki ve Türkiye'deki ruh sağlığı yasa ve politikalarının durumu

	Ruh Sağlığı Politikası	Madde Kötüye Kullanımı Politikası	Ulusal Ruh Sağlığı Politikası	Ruh Sağlığı Yasası
Almanya	+	+	-	+
Danimarka	+	+	+	+
Fransa	+	+	+	+
Hollanda	+	+	+	+
İngiltere	+	+	+	+
İspanya	+	+	-	+
İsveç	-	-	-	+
İtalya	+	+	+	+
Türkiye	+	+	+	-
Yunanistan	+	+	+	+

(Kaynak: World Health Organization 2005)

na karşın 100 bin nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 1.3'tür. Batı Avrupa ülkelerindeki 10 bin nüfusa düşen psikiyatrist sayısı değerlendirildiğinde, 3.6 (İspanya) ile 22 (Fransa) arasında değişmektedir. Bu oran Türkiye'deki psikiyatrist sayısı ile karşılaştırıldığında, Türkiye'deki toplam psikiyatrist sayısının çok yetersiz olduğu dikkati çekmektedir. Benzer şekilde Türkiye'deki psikolog, psikiyatri hemşiresi ve sosyal hizmet sayısı da Batı Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında çok yetersizdir.

Batı Avrupa ülkeleri ve Türkiye'de psikiyatrik hizmetlerin sunumu belirli politikalar ve yasalar çerçevesinde uygulanmak-

tadır. Ruh sağlığı yasa, ruh sağlığı politikası ve madde kötüye kullanımı politikasının varlığı DSÖ tarafından psikiyatrik hizmetlerin sunumunu belirleyen temel yasa ve politikalar olarak kabul edilmektedir (World Health Organization 2005). Tablo 2'de Batı Avrupa ve Türkiye'deki ruh sağlığı alanındaki yasa ve politikaların durumu özetlenmeye çalışılmıştır.

Belirli bir ruh sağlığı politikası ve madde kötüye kullanım politikası İsveç dışındaki Batı Avrupa ülkelerinde bulunmaktadır. Almanya, İsveç ve İspanya dışındaki Batı Avrupa ülkelerinde ulusal ruh sağlığı politikası bulunmaktadır. Ruh sağlığı yasa ise seçilmiş tüm Batı Avrupa ülkelerinde yürürlüktedir.

Tablo 3: Batı Avrupa ülkelerinin ve Türkiye'nin GSYİH'den sağlığa ayırdığı pay

Ülke	Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı
Almanya	%10.8
Danimarka	%8.4
Fransa	%9.6
Hollanda	%8.9
İngiltere	%5.8
İspanya	%7.5
İsveç	%8.7
İtalya	%8.4
Türkiye	%5
Yunanistan	%9.4

(Kaynak: World Health Organization 2005)

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı

Yapılan çalışmalar psikiyatrik bozuklukların bireylerin, toplumların ve sağlık hizmetlerinin üzerinde önemli bir yük oluşturduğunu ve önümüzdeki yıllarda da bu yükün artacağını göstermektedir (Murray ve Lopez 1996, World Health Organization 2002). Genel sağlık harcamalarından ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçenin miktarı bireylerin, toplumların ve sağlık hizmetlerinin üzerindeki yükün azaltılmasında oldukça önemlidir.

Gayri Safi Yurtiçi Hâsıladan (GSYİH) sağlığa ayrılan pay ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile yakından ilişkidir. Batı Avrupa ülkelerinde GSYİH'den sağlığa ayrılan pay oldukça yüksektir.

Örneğin Almanya GSYİH'nin %10,8'ini sağlığa ayırmaktadır. Batı Avrupa ülkelerinin GSYİH'den sağlığa ayırdığı bütçenin oranı Tablo 3'te verilmiştir.

Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçenin miktarı da ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile doğrudan ilişkilidir (Knapp ve ark. 2007, Saxena ve ark. 2003). Örneğin 191 ülkenin ruh sağlığı hizmetlerine ayırdığı bütçenin araştırıldığı bir çalışmada, ülkelerin %32'sinde ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan özgül bir bütçenin olmadığı saptanmıştır. Afrika ve Güney Doğu Asya ülkelerinin çok büyük bir çoğunluğunun ruh sağlığı hizmetlerine ayırdığı bütçenin toplam sağlık bütçesinin %1'inden az olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada Avrupa ülkelerinin çoğunluğunun ruh sağlığı hizmetlerine toplam sağlık bütçesinin %5'inden daha fazla pay ayırdığı tespit edilmiştir (Saxena ve ark. 2003). Daha yakın zamanda tamamlanmış olan Ruh Sağlığı Ekonomisi Avrupa Ağı (The Mental Health Economics European Network-MHEEN) araştırmasının sonuçlarına göre Batı Avrupa ülkelerinin ruh sağlığı hizmetlerine ayırdığı bütçe Tablo 4'de sunulmuştur (McDaid ve ark. 2007, Knapp ve ark. 2007).

Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçenin büyüklüğü kadar, finansmanın hangi yolla sağlandığı da oldukça önemlidir. Dünyada ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel vergi sisteminden karşılanmaktadır. Ancak Afrika ülkelerinin %35,9'unda ve Güney Doğu Asya ülkelerinin %30'unda ruh sağlığı hizmetleri esas olarak cepten ödemelerle sağlanmaktadır. Cepten ödemelerle ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanmasının hizmete ulaşımı engelleyeceği ve ekonomik düzeyi iyi olan hastalarla kötü olan hastalar arasında ikili bir sistemi ortaya çıkaracağı vurgulanmaktadır (Saxena ve ark. 2003).

Hiçbir Batı Avrupa ülkesinde ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanında cepten ödeme yöntemi kullanılmamaktadır. Finansman ağırlıklı olarak genel vergiden ve sosyal sigorta sisteminden karşılanmaktadır (Saxena ve ark. 2003, McDaid ve ark. 2007).

Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu

Almanya

Almanya'da psikiyatri reformu Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallığa göre 15-20 yıl gecikmeli olarak başlamıştır. Reform öncesi ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin sayısı oldukça kısıtlı, psikiyatri servislerine yatışların %70'i zorunlu yatış, hastanede yatış sürelerinin ise çok uzun olduğu belirtilmektedir. Almanya'da halen sürmekte olan ruh sağlığı reformunun temel basamakları 3 ulusal rapora dayanmaktadır. İlk olarak 1975 yılında "Ruh sağlığı alanında ulusal inceleme raporu" yayınlanmıştır, daha sonra 1988 yılında "Uzman komisyonu raporu" ve son olarak da 1991 yılında "Ruh sağlığı hastanelerindeki personel üzerine federal yönerge" yayınlanmıştır.

"Ruh sağlığı alanında ulusal inceleme raporu" sonrasında ruh sağlığı hizmetlerinin belirli bir nüfus için tarama alanı

Tablo 4: Batı Avrupa Ülkelerinin Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ayrılan Bütçenin Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

Ülke	Ruh Sağlığı Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı
Almanya	%10
Danimarka	%8
Fransa	%5
Hollanda	%8
İngiltere	%12
İspanya	%5
İsveç	%12
İtalya	%2.5
Türkiye	Bilinmiyor
Yunanistan	Bilinmiyor

(Kaynak: The Mental Health Economics European Network 2007)

(catchment area) bölgelerinde toplum içerisinde verilmesi ve ruhsal bozukluğu olan tüm hastalara kapsamlı bir hizmet sunulması prensipleri belirlenmiştir. Komisyon standart tarama alanı bölgelerini 150000–350000 arasındaki nüfus olarak tespit etmiştir. Ardından Almanya'da kısıtlı sayıda bulunan genel hastane içerisinde yer alan psikiyatri birimlerinin sayıları artırılmıştır. 1970 yılında genel hastane içerisinde yer alan psikiyatri birimlerinin sayısı 21 iken 2000 yılında bu sayı 165'e çıkarılmıştır. Ayrıca psikiyatri yatak sayılarında ve hastaların yatış sürelerinde önemli azalma sağlanmıştır. 1971 yılında 1000 nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 1.6 iken, 1996 yılında bu oran 0.73'e azaltılmıştır.

"Uzman komisyonu raporu"nun 1988 yılında yayınlanmasından sonra Almanya'da 14 model bölgede "Gemeindepsychiatrischer Verbund" (GPV) adı verilen bütünleşmiş toplum psikiyatri servisleri kurulmuştur. Bu merkezlerdeki temel amaçlar, sosyal yardım işlevi olan toplum psikiyatrisi hizmeti sunmak ve sosyal destek, iş ve diğer aktivite hizmetlerinin sunulduğu gündüz merkezlerinin kurulmasıdır. Her bir merkezin 100.000–150.000 nüfusa hizmet vermesi planlanmıştır. Bu dönemde muayenehane temelli (Office-based) ayakta psikiyatri hizmetlerinde önemli bir artış sağlanmıştır. 1980 yılında Almanya'da 1463 adet muayenehane bulunurken 2000 yılında bu rakam 4750'e artmıştır. Ancak Almanya'da halen ayakta tedavi hizmetlerindeki hemşirelik, psikolojik, uğraşı terapisi ve sosyal hizmetler alanında yetersizlik olduğu vurgulanmaktadır.

1991 yılında yayınlanan "Ruh sağlığı hastanelerindeki personel üzerine federal yönerge", psikiyatri servislerinde çalışan personelin yetersizliğine odaklanmıştır. Almanya'da reform sonrası psikiyatri yataklarının yaklaşık %50 oranında azaltılması ile toplum psikiyatrisi alanında ciddi bir personel yetersizliği ortaya çıkmıştır. Bu nedenle 1991 yılından sonra personel açığının giderilmesine odaklanılmıştır. 1990 yılında psikiyatri hizmetlerinde çalışan tıbbi personel sayısı 1630'dan 2334'e çıkarılmıştır. Benzer şekilde hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, uğraşı terapisti sayısında da önemli artışlar sağlanmıştır. 1990 yılında psikiyatri hizmetlerinde çalışan toplam personel sayısı 15253 iken, bu sayı 1995 yılında %24'lük bir artışla 18939'a ulaşmıştır (Bauer ve ark. 2001).

Almanya'da 1970'li yıllarda başlamış olan reform çalışmaları halen sürmektedir. Ancak ayaktan psikiyatrik tedavi hizmetlerinde ve toplum psikiyatrisi hizmetlerindeki yetersizlik özellikle psikiyatri hasta yakınları üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Psikiyatri hastalarına taburculuk sonrası destek hizmetlerinin yetersiz oluşu, psikiyatri hastalarına yeterli finansal destek sağlanamaması, kronik psikiyatri hastalarının yaklaşık %50'sinin halen aileleri ile birlikte yaşıyor olması ve psikiyatri hizmetlerinin hasta ve hasta yakını merkezli olmaması hasta yakınları üzerinde önemli yük oluşturmaktadır (Brand 2001).

Danimarka

Danimarka'da psikiyatrik hizmetlerin yeniden yapılandırılması 1956 yılında yayınlanan bir raporla başlamıştır. Bu rapor sonrası genel hastanelerdeki psikiyatri servislerinin fiziksel koşulları düzeltilmiş olmasına karşın, işlevsel düzeyde psikiyatri hizmetlerinin genel sağlık sistemi ve sosyal hizmetlerle bütünleşmesi sağlanamamıştır. Özellikle 1960'lı yıllarda psikiyatri hastanelerindeki yatak sayıları hızla azaltılmıştır. 1977 yılında 1000 nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 2.36 iken, bu sayı 1987 yılında 1.47'ye azalmıştır. Ancak bu on yıllık dönemde yatak azaltılması dışında toplum psikiyatrisi açısından önemli ilerleme sağlanamamıştır. Sayı 1998 yılında 1'e düşmüştür.

1987 yılından sonra Danimarka'da toplum psikiyatrisi hizmetlerinde önemli ilerlemeler sağlanmıştır (Munk-Jørgensen 1999). Örneğin Becker ve ark. (2002) Amsterdam, Kopenhag, Londra, Santander ve Verona'yı içeren 5 Avrupa bölgesinde şizofreni hastalarına sunulan psikiyatri hizmetlerinin sunumunu karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada toplam 14 psikiyatri tarama alanı bölgesi bulunan Kopenhag'ın 2 bölgesindeki psikiyatrik hizmet sunumunun altyapısı incelenmiştir. Toplam 36.581 kişiye hizmet sunulan bu 2 bölgede, 16 adet psikiyatri hastalarının barınmasını sağlayan merkez (residential service), 16 adet yapılandırılmış aktivite alanı uygulandığı gündüz hastanesi, 11 adet ayaktan bakım ve toplum psikiyatrisi merkezi ve 4 adet de profesyonel olmayan kendine-yardım (self-help) merkezinin bulunduğu saptanmıştır. Bu merkezlerdeki temel amacın ev temelli krize müdahale, akut yataklı tedavi hizmeti, uzun süreli hastane içi ve hastane dışı bakım hizmeti, hastalara iş sağlama, hastalara yaşadıkları evde destek sunma, hasta eğitimi ve danışma hizmetlerinin sunumu olduğu belirtilmektedir (Becker ve ark. 2002).

Danimarka'da 1960'lı yıllarda başlayan yeniden yapılanma sürecinde hızlı bir şekilde psikiyatri yataklarının azaltılması ve yerine yeterli toplum psikiyatrisi hizmetlerinin konulamaması sonucu genel psikiyatri hizmetlerinde önemli sorunlara yol açmıştır. Örneğin organik olmayan psikotik hastaların intihar oranlarında %100'lük bir artış ortaya çıkmıştır. Ayrıca psikiyatri hastalarının suç işleme oranında 1980 ile 1997 yılları arasında yıllık %6,7'lik artış ortaya çıkmıştır. Psikiyatrik yatak

sayılarının azaltılması sonucu yatak doluluk oranları %100'e ulaşmıştır. Akut psikiyatri başvurularında da artış ortaya çıkmıştır. Örneğin 1985 yılında tüm hasta gruplarında psikiyatri kliniklerinin yatan hasta başvuruları %75-80 arasında değişirken, bu oran 1997 yılında %85-90'a ulaşmıştır (Munk-Jørgensen 1999).

Psikiyatri hizmetlerindeki olumsuzluklar nedeniyle Danimarka Psikiyatri Derneği 28 Şubat 1997 günü yaptığı genel kurul sonrasında Sağlık Bakanlığına bir önerge sunmuştur. Bu önergeye göre; psikiyatri kliniklerindeki aşırı yükün kabul edilemez olduğu, son yıllarda psikiyatri alanındaki gelişmelerin birçok psikiyatri hastasının tedavisini kötüleştirdiği, psikiyatri hastalarındaki intihar oranlarının arttığı belirtilmiştir. Bu nedenle bu gelişimin tersine çevrilmesi girişimi amacıyla yarısı Kopenhag'da olacak şekilde ülke genelinde toplam 500 yeni psikiyatri yatağının açılması gerektiğini vurgulanmıştır (Munk-Jørgensen 1999).

Fransa

Fransa'da, günümüzde yürürlükte olan, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yapılanması 1960'lı yıllarda başlamıştır. Erişkin toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu 20 yaş üzerindeki erişkinlere hizmet veren, 54.000 nüfusluk tarama alanını içeren "sektör" adı verilen toplam 839 tarama alanından oluşmaktadır. Bu yapılanmanın temel amacı ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması ve toplum psikiyatrisi hizmetlerinin geliştirilmesidir.

Fransa'da psikiyatrik yatakların azaltılması diğer Avrupa ülkelerine göre daha geç başlamıştır. Özellikle 1990'lı yıllarda maliyet azaltma ihtiyacı nedeniyle 1987 yılından itibaren psikiyatrik yatakların %47'si azaltılmıştır. 1987 yılında 84.000 olan yatak sayısı 2000 yılında 43.173'e gerilemiştir. Fransa'da akut yataklı servislerin %30'u genel hastanelerdeki psikiyatri birimlerinde bulunmaktadır. Ayrıca yaklaşık 10.000 psikiyatri yatağı özel psikiyatri kurumlarında bulunmaktadır. Fransa'da ciddi yeti yitimi olan psikiyatrik hastaların rehabilitasyonu amacıyla hastane dışında destekli barınma hizmetleri de oluşturulmuştur. Bu amaçla özelleşmiş korunaklı evler (specialised sheltered houses), korunaklı apartmanlar ve daha kapsamlı psikiyatrik hizmet sunulan terapötik apartmanlar bulunmaktadır.

Fransa'da ayaktan tedavi hizmetleri her "sektörde" en az 1 adet bulunan toplam 2200 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) tarafından sunulmaktadır. Sektörlerin %97'sinde en az 1 tane haftanın 5 günü hizmet veren TRSM bulunmaktadır. TRSM'lerinin bir kısmı gündüz hastaneleri ve gündüz merkezleri ile kombine hizmet sunmaktadırlar.

Fransa'da psikiyatri yataklarının azaltılması sonrasında toplum psikiyatrisi hizmetleri yürürlüğe girmiş olsa da; toplum ruh sağlığı uzmanları ve ruh sağlığı hizmet planlayıcılarının büyük çoğunluğu Fransız psikiyatrisinin büyük bir krizde olduğu konusunda hem fikirdir. Kapatılan psikiyatri yataklarının yerine konulan toplum psikiyatrisi ve korunaklı barınma

hizmetleri yetersizdir. Bu nedenle akut psikiyatri hastaları için yatak bulunması Fransa'da önemli bir sorundur (Verdoux H 2007, Provost ve Bauer 2001).

Hollanda

Hollanda'da 1970'li yıllara kadar psikiyatrik hizmetleri özel ve dini özelliklere sahip belirsiz bir yapılanmaya sahipti. 1974 yılında Hollanda Hükümeti tarafından yayınlanan raporla Toplum Ruh Sağlığı Bakımı için Bölgesel Enstitülerinin (Regional Institutes for Community Mental Health Care-RIAAG) oluşturulacağını deklare etti. Bu enstitülerin temel amacı olarak herkese ulaşılabilir ruh sağlığı hizmeti sunmak, psikiyatri hastalarının hastaneye yatmasını ve damgalanmasının engellenmek olarak tanımlandı. RIAAG'ler 8 yıllık hazırlık süreci sonrası 1982 yılında hizmete girdi. Sonrasında tüm ülkeyi kapsayan 200.000-350.000 tarama alanını kapsayan toplam 58 RIAAG kuruldu.

RIAAG'lerin kurulması sonrasında ayaktan psikiyatrik hizmetlerde önemli bir artış sağlanmıştır. 1970 yılında ülke çapında sadece 5 adet olan ayaktan psikiyatrik tedavi birimi sayısı, 1980'de 60, 1996 yılında da 74'e ulaşmıştır. Ayaktan psikiyatrik tedavi birimlerinde artışla birlikte psikiyatrik yatak sayısı da kontrollü bir şekilde azaltılmıştır. 1955 yılında psikiyatrik yatak sayısı 28.000 iken; bu sayı 1980 yılında 25.400, 1996 yılında 22.885'e, 2006 yılında ise 21.760'e azalmıştır. Psikiyatri yataklarının %66'sı 1 yıldan daha uzun süre tedavi gören psikiyatri hastaları tarafından kullanılmaktadır. Geri kalan yataklar ise akut psikiyatri hastaları için kullanılmaktadır.

Hollanda'da psikiyatri hastalarının eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlandığı ülke çapında gündüz hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri bulunmaktadır. Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan hastaların barınmaları için korunaklı barınma hizmetleri de sunulmaktadır. Korunaklı barınma hizmetleri 2 ayrı kategoride verilmektedir. İlki uzun süreli hastanede yatarak tedavi görmesi gereken hastalar için ayrılmış yataklı tedavi birimlerini içermektedir. İkinci kategori ise toplum içerisinde psikiyatri personeli destekli grup evlerini içermektedir.

Hollanda'da psikiyatrik yatakların azaltılmasının yavaş ve uzun bir sürece yayılmış olması ve bu geçiş sürecinde toplum psikiyatrisi hizmetlerinin yeterli düzeyde yapılandırılmış olması nedeniyle psikiyatri hizmetlerinin yüksek kalitede sunulduğu belirtilmektedir (Schene ve Faber 2001). Her ne kadar Hollanda'da psikiyatri yataklarının sadece %20'si kapatılmış olsa da; Priebe ve arkadaşları (2008) Hollanda'da özelleşmiş psikiyatri yataklarında artış olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada 1990 ila 2006 yılları arasında adli psikiyatri yataklarında %200 artış saptanmıştır. Ayrıca aynı dönem içerisinde istem-siz hastane yatışlarında %30 ve hapisanedeki psikiyatrik hasta sayısında da yaklaşık %200'lük bir artış ortaya çıkmıştır.

İngiltere

İngiliz sağlık sistemi için 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizme-

tinin (National Health Service-USH) yürürlüğe girmesi çok önemli bir dönüm noktasıdır. İngiltere'de USH'nin merkezi finansmanı ve idaresi sağlık bakanlığı tarafından yürütülmektedir. USH'nin yerel düzeyde yönetimi, denetimi ve hizmetlerin iyileştirilmesi ise 2002 yılında oluşturulan Stratejik Sağlık Otoriteleri (Strategic Health Authorities) tarafından gerçekleştirilmektedir. Başlangıçta İngiltere'deki sağlık hizmetleri 28 Stratejik Sağlık Otorite Bölgesi tarafından yürütülürken; 2006 yılında Stratejik Sağlık Otorite Bölge sayısı 10'a azaltılmıştır.

Stratejik Sağlık Otoritelerinin temel sorumlulukları; yerel bölgelerinde sağlığın iyileştirilmesi için planlar geliştirmek, yerel sağlık hizmetlerinin sunumunun kalitesini denetlemek, yerel sağlık hizmetlerinin kapasitesini artırmak ve ulusal sağlık önceliklerinin yerel sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlamak şeklinde özetlenebilir.

Her Stratejik Sağlık Otorite Bölgesi'nde ise birincil, ikincil ve üçüncül basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu, nüfus ve bölge tabanlı hizmet veren ve eşgüdüm içerisinde hizmet üreten Birincil Bakım Vakıfları (Primary Care Trusts), Akut Vakıfları (Acute Trusts), Ambulans Vakıfları (Ambulance Trusts), Bakım Vakıfları (Care Trusts) ve Ruh Sağlığı Vakıfları (Mental Health Trusts) bulunmaktadır.

İngiltere'nin ruh sağlığı kaynakları değerlendirildiğinde en önemli değişikliğin yatak sayısının azalmasında yaşandığı görülmektedir. İngiltere'de büyük psikiyatri hastanelerin kapatılmasının ardından psikiyatrik yatak sayısında dramatik bir düşüş yaşanmıştır. 1954 yılında USH kapsamında toplam psikiyatri yatağı sayısı yaklaşık 154.000 iken, bu sayı günümüzde 35.000'e kadar azalmıştır (Johnson ve ark. 2001, World Health Organization 2005).

İngiltere'de psikiyatrik hizmetler USH, sosyal hizmetler, özel ve gönüllü kuruluşların eşgüdümü ile verilmektedir. İngiltere'de toplam 43 Ruh Sağlığı Vakfı bulunmaktadır. Bu vakıflar, Birincil Bakım Vakıfları ve Bakım Vakıfları ile eşgüdüm içerisinde akut yataklı bakım hizmetlerini, toplum psikiyatrisi ve rehabilitasyon hizmetlerini yürütmektedirler (The NHS Confederation 2008).

Akut Yataklı Bakım Hizmetleri: İngiltere'de depo hastanelerin kapatılmaya başlamasının ve hastaların toplum içerisinde tedavisinin yaygınlaşmasının ardından psikiyatri hastalarının yatarak tedavi sayılarında belirgin bir düşüş saptanmıştır. İngiltere'de yataklı psikiyatri hastaneleri temel olarak 4 farklı kategoride sınıflandırılmaktadır. Bunlar alevlenme dönemindeki psikiyatri hastalarına hizmet verilen psikiyatri yatakları; hastanede uzun süre yatarak bakım ihtiyacı olan hastalara hizmet verilen psikiyatrik rehabilitasyon yatakları, yüksek güvenlik gerektiren psikiyatri hastalarına hizmet verilen psikiyatri yatakları ve USH'nin dışında yer alan ve özellikle rehabilitasyon hizmeti veren özel sektör yataklarıdır (Johnson ve ark. 2001).

Toplum Psikiyatrisi Hizmetleri: İngiltere'de toplum psikiyatrisi hizmetleri büyük ölçüde Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (Com-

munity Mental Health Teams-TRSE) tarafından yürütülmektedir. TRSE'ler ağırlıklı olarak psikiyatri hemşirelerinden oluşmaktadır, psikiyatri hemşiresi dışında bu ekipte psikiyatristler, psikologlar, uğraşı terapistleri ve sosyal hizmet uzmanları da yer almaktadır. TRSE Birincil Bakım Vakıfları ve Bakım Vakıfları ile eşgüdüm içerisinde çalışarak bölge ve nüfus tabanlı psikiyatri hizmeti üretir. İngiltere genelinde 800'ün üzerinde TRSE hizmet vermektedir. TRSE'ye psikiyatri hastaları hizmet verdikleri bölgedeki aile hekimleri ya da sosyal hizmet uzmanları tarafından yönlendirilirler. Ayrıca psikiyatrik yardım arayan psikiyatri hastaları da TRSE'lerle doğrudan bağlantı kurabilirler. TRSE ile bağlantıya geçen hastaların ihtiyacına göre ya toplum ruh sağlığı merkezlerinde ayakta tedavi hizmeti ya da farklı ekipler tarafından özelleşmiş hizmet sunulur. İngiltere'de TRSE ile birlikte hizmet üreten özelleşmiş ekipler arasında; Kriz Çözüm Ekipleri (Crisis Resolution Teams), Girişken Sosyal Yardım Ekipleri (Assertive Outreach Teams), Psikoz Erken Müdahale Ekipleri (Psychosis Early Intervention Teams) ve Bakım Program Yaklaşımı sayılabilir.

Kriz Çözüm Ekipleri, hastaneye yatma riski yüksek olan hastaların hastaneye yatış oranını ev temelli yoğunlaştırılmış destekle, gündüz hastaneleri aracılığı ile ve diğer toplumsal hizmetlerle mümkün olduğu kadar azaltmaya çalışırlar. Kriz Çözüm Ekipleri'nin büyük çoğunluğu haftanın 7 günü 24 saat hizmet verirler ve İngiltere genelinde 119 ekip bulunmaktadır. Girişken Sosyal Yardım Ekipleri, tedavi uyumu kötü olan az sayıdaki psikiyatri hastası için uzun süreli bakım sunmaktadır. Bu ekipte personel sayısının hasta sayısına oranı oldukça yüksektir. Ekip hastayı sık ziyaret ederek hastanın toplumsal ve tedavi uyumunu artırmayı amaçlar. İngiltere genelinde 220'nin üzerinde ekip hizmet vermektedir.

Psikoz Erken Müdahale Ekipleri'nin amacı çalıştıkları bölgede yaşayan genç nüfusta erken psikoz tanısı koymak ve tedaviye erken başlayarak hastalara gerekli yaşamsal uyum desteğini sunmaktır. İngiltere genelinde toplam 50 Psikoz Erken Müdahale Ekibi bulunmaktadır.

Bakım Program Yaklaşımı İngiltere'de 1990 yılında uygulanmaya başlamıştır. Bu yaklaşımında hedef yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarının taburculuk sonrası bakım ihtiyaçlarının belirlenmesidir. Bu amaçla hastanedeki tedavi ekibi, hastanın yaşadığı bölgedeki yerel sosyal hizmet görevlileri ve TRSE bir araya gelerek hasta için uygun bir program belirler (Killaspy 2006, Killaspy 2007, Johnson ve ark. 2001, Glover 2007, England ve Lester 2005, Goldberg 1999, Jenkins ve Strathdee 2000).

Rehabilitasyon Hizmetleri: İngiltere'de son 30 yılda psikiyatri yatak sayısının hızla azalması ve psikiyatri hastalarının toplum içerisinde tedavi anlayışı ile psikiyatrik rehabilitasyon oldukça önem kazanmıştır. İngiltere'de rehabilitasyon hizmetleri USH, sosyal hizmetler, gönüllü ve özel kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri yataklı ve ayakta hizmetler olarak ikiye ayrılabilir. Yataklı rehabilitasyon hizmetleri hastane içerisinde veya toplum içerisinde yer alan

rehabilitasyon servisleri aracılığı ile verilmektedir. Yataklı rehabilitasyon hizmetleri süre açısından kısa süreli (1 yılın altı) ya da uzun süreli (1 yılın üzeri); nitelik açısından da yüksek destekli (24 saat psikiyatri hemşiresi gözetiminde olan) ve düşük destekli olarak sınıflandırılmaktadır.

İngiltere'de yüksek destekli psikiyatrik rehabilitasyon yatağı sayısı yaklaşık 16.200'dür. Bu yatakların 4200'ü USH'ye, geri kalanı ise özel ve gönüllü kuruluşlara aittir. İngiltere'de ayrıca USH dışında; aile yanı, destekli evler, grup evleri ve yurtlar gibi düşük destekli yataklı rehabilitasyon birimleri de bulunmaktadır. İngiltere'de düşük destekli psikiyatrik rehabilitasyon yatağı sayısı yaklaşık 20.000'dir.

Toplum Rehabilitasyon ekipleri toplum içerisinde rehabilitasyon ihtiyacı olan psikiyatrik hastaların barınma, gelir, meslek ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için hizmet vermektedirler. İngiltere genelinde toplam 72 Toplum Rehabilitasyon Ekibi bulunmaktadır. Bu ekipler ağırlıklı olarak psikiyatri hemşireleri ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşmaktadır. Ancak her ekipte ayrıca psikiyatrist, klinik psikolog ve uğraşı terapisti de bulunmaktadır. Toplum Rehabilitasyon Ekiplerinin bulunmadığı bölgelerde bu hizmeti TRSE ya da Girişken Sosyal Yardım Ekipleri üstlenmektedir.

İngiltere'de gündüz hastaneleri de psikiyatri hastalarının rehabilitasyonunda oldukça önemlidir. İngiltere'de 2004 yılı verilerine göre toplam 102 gündüz hastanesi bulunmaktadır. Gündüz hastanelerinin çoğunluğunun hastane binası ya da arazi içerisinde bulunmasına karşın; hastane dışında bulunan gündüz hastaneleri de mevcuttur. Gündüz hastanelerinde hastalara uğraşı terapisi, sportif aktivite, sosyal sorunlara yönelik danışmanlık, tedavi ve semptomlarla baş etme becerisi, müzik terapisi, dans terapisi, ev idaresi ve açlık gibi günlük yaşam eğitimleri, biyolojik ve psikolojik müdahaleler gibi hizmetler verilmektedir. Ayrıca meslek terapisi de gündüz hastaneleri hizmetleri arasında yer almaktadır (Glover 2007, Killaspy ve ark. 2005, Kallert ve ark. 2004).

İspanya

İspanya'da 1980'li yıllara kadar ruh sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak özel kurumlar tarafından dinin önemli olduğu bir yapılanma içerisinde sunulmaya çalışılıyordu. İspanya'da psikiyatri reform süreci 1983 yılında İspanyol Hükümeti tarafından oluşturulan "Psikiyatri Reform Komisyonu"nun 1985 yılında yayınladığı raporla başlamıştır. İspanyol sağlık yasasına göre sağlık hizmeti 200.000–250.000 nüfusa bölünmüş sağlık bölgelerine göre planlanmıştır. Reform sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin planlamasının da bu bölgeleri kapsayacak şekilde yapılması planlanmıştır. Bu bağlamda psikiyatrik hizmetlere birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığı ile ulaşılması ve yataklı psikiyatri birimlerinin genel hastaneler içerisinde hizmet vermesi planlanmıştır. Ayrıca reformun amaçlarından biri de toplum psikiyatrisi hizmetlerinin yapılandırılmasıdır.

Reform sürecinde ilk gerçekleştirilen adım büyük psikiyatrik hastanelerdeki yatak sayılarının azaltılmasıdır. 1983 yılında 43.000 (1000 nüfusa 1.9 psikiyatrik yatak) olan psikiyatri yatağı sayısı 1995 yılında neredeyse 1/3'ü kapatılarak 14.989'a azaltılmıştır (1000 nüfusa 0.38 psikiyatrik yatak). 1995 yılından sonra bu hızlı azalma yavaşlamıştır ve 2006 yılında 1000 nüfusa düşen yatak sayısı 0.37'dir. Psikiyatri yatak sayılarının azaltılma oranı İspanya'da bölgesel farklılık göstermektedir.

1985 yılındaki rapordan sonra genel hastane içerisindeki psikiyatri birimlerinin sayıları artırılmaya başlanmıştır. 1990 yılında genel hastane içerisinde yer alan psikiyatri birimi sayısı 74, yatak sayısı 1784 iken, 1995 yılına gelindiğinde birim sayısı 105'e, yatak sayısı da 2401'e artırılmıştır.

Psikiyatri yatak sayısının azaltılması, psikiyatri hastalarının toplum içerisinde tedavi ihtiyacını da beraberinde getirmiştir. Bu amaçla İspanyada Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmuştur. 1985 yılından itibaren hızla açılmaya başlayan Ruh Sağlığı Merkezlerinin sayısı 1991 yılında 387'e, 1995 yılında ise 550'ye ulaşmıştır. Ruh Sağlığı Merkezlerinin sayısı ve personel kaynakları bölgesel farklılıklar gösterse de; her merkezde en az 1 psikiyatrist, 1 psikolog, 1 psikiyatri hemşiresi ve 1 de idareci bulunmaktadır.

İspanya'da ayrıca "Ara Toplum Hizmetleri" (Intermediate Community Services) bulunmaktadır. Bu hizmetlerin kapsamında korunaklı barınma, rehabilitasyon hizmetleri, sosyal bütünleşme gibi hizmetler bulunmaktadır. Bu hizmetler ülkede bölgesel anlamda çok büyük farklılıklar göstermektedir. İspanya'da "Ara Toplum Hizmetleri" nin büyük bir bölümü gündüz merkezleri ve gündüz hastanelerinde verilmektedir. Gündüz merkez ve hastaneleri ülke çapında hizmet vermektedir ve 1996 yılında 100.000 nüfusa 9.3 merkez düşmekteydi.

İspanya'da reform sonrası ruh sağlığı kaynaklarında görece bir artış olmasına karşın; diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında özellikle toplum psikiyatrisi ve psikososyal bakım hizmetleri açısından oldukça yetersiz olduğu belirtilmektedir (Vazquez-Barquero ve ark 2001, Becker ve Vazquez-Barquero 2001).

İspanya'da 1985 yılında başlayan psikiyatri reformu sonrasında ruh sağlığı hizmetlerin sunumunda önemli başarılar elde edilmiştir. Bölgesel tabanlı yeni bir ruh sağlığı sistemi kurulmuş olması, psikiyatri hizmetlerinin genel hastane sistemi ile bütünleştirilmiş olması, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin oluşturulmuş olması bunlardan bazılarıdır. Ancak ruh sağlığı hizmetlerinin ciddi bölgesel farklılıklar göstermesi ve özellikle "Ara Toplum Hizmetleri"nin rehabilitasyon ve hastaların barınmaları için ülke düzeyinde yeterli gelişmişlikte olmaması önemli bir kısıtlılık olarak tanımlanmaktadır (Vazquez-Barquero ve ark 2001).

İsveç

1960'lı yıllarda ortaya çıkan anti psikiyatri akımı İsveç'te ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılanmasını tetiklemiştir ve

1973 yılında İsveç Ulusal Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurulu bir rapor yayınlamıştır. Yeniden yapılanma öncesi İsveç'te psikiyatri hizmetleri büyük psikiyatri hastanelerinde sunulmaya çalışılıyordu. 1000 kişilik nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 5'ti ve alternatif ayaktan psikiyatrik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri bulunmamaktaydı. Bu nedenle Ulusal Kurul ayaktan tedavi hizmetlerini güçlendirmeyi ve psikiyatri hastalarının hospitalizasyonunu azaltmayı amaçlamıştır. Bu amaçla ayaktan tedavi hizmetlerine psikiyatri hemşireleri, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları dahil edilerek, yataklı birimlerle eşgüdüm içerisinde çalışan tedavi ekipleri oluşturulmuştur ve psikiyatri hizmetlerinin belirli bir tarama alanı içerisinde hizmet sunması planlanmıştır. 1985 yılında kurulun tanımladığı prensiplere uygun 135 psikiyatri kliniği oluşturulmuştur. Ancak bu kurumların sunduğu hizmetler değerlendirildiğinde sosyal hizmetlerin yetersiz olduğu saptanmıştır ve sosyal hizmetlerin reform çerçevesinde sorumlulukları ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Sosyal hizmetler hastaların psikiyatri kurumları dışında yaşamlarını kolaylaştırmak, sosyal bütünleşmesini sağlamak ve hasta ailelerini de tedavi sürecine dahil ederek rehabilitasyon hizmetlerini kolaylaştırmayı sağlamaya çalışmıştır (Stefansson ve Hansson 2001).

İsveç'teki reform sürecinde de psikiyatrik hastaların hospitalizasyonunun azaltılması amacıyla büyük psikiyatri hastanelerindeki yatak sayıları azaltılmıştır. Örneğin 1990 yılında 100.000 nüfusa düşen psikiyatrik yatak sayısı 168,6 iken, bu sayı 2002 yılında 58,3'e gerilemiştir (Priebe ve ark. 2005). Yatak sayısının azaltılması sonucu hastaların toplum içerisinde tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri konusunda önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Ancak bu amaçla özgül Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmamıştır ve bu hizmet daha çok sosyal hizmetlerin sorumluluğunda geliştirilmiştir. Sosyal hizmetlerin temel görevleri arasında psikiyatri hastalarına evde destek sunmak, eğer tek başına yaşayamayacak durumda ise bu hastaların özel konaklama imkânları sunmak, hastaların günlük aktivitelerini planlamak ve hastaların korunaklı iş sağlamak sayılabilir (Stefansson ve Hansson 2001).

İsveç'te ruh sağlığı reformunun, özellikle büyük şehirlerde daha az olmak üzere, %40–75 oranında gerçekleştirildiği, ruh sağlığı hizmetlerinin sadece %10 oranında birinci basamak sağlık hizmetleri ile bütünleştiği; ancak sosyal hizmetlerle bütünleşmenin %100 oranında gerçekleştirildiği belirtilmektedir (Becker ve Vazquez-Barquero 2001).

Reform sonrası İsveç'te halen ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların psikiyatri hizmetlerine ulaşımında ve özürüllük yaşalarına göre uygun destek almada güçlükleri bulunmaktadır (Stefansson ve Hansson 2001).

İtalya

İtalya'da 1978 yılında çıkarılan 180 sayılı yasa ile psikiyatrik hizmetlerin sunumu köklü değişikliğe uğramıştır. Yasanın 1978 yılında yürürlüğe girmesine özellikle Franco Basaglia'nın geliştirdiği model öncülük etmiştir. Franco Basaglia ve ar-

kadaşları Kuzey İtalya'da yer alan Gorizia'da bir psikiyatri hastanesindeki işleyişi tamamen değiştirmişlerdir. Öncelikle kademeli olarak kapalı servisleri açarak hastaların hastane içerisinde serbestçe dolaşmasına izin vermişlerdir. Ardından hastaların tecrit ve tespit edilmesini yasaklamışlardır. Sonrasında da hastaların taburcu edilebilmeleri için bir program geliştirmişlerdir. Basaglia ve arkadaşlarının küçük bir psikiyatri hastanesinde başlattıkları değişim daha sonra İtalya'nın diğer şehirlerindeki psikiyatri hastanelerinde de uygulanmaya başlamıştır ve 1978 yılındaki reformun alt yapısını oluşturmuştur (Burti 2001).

Yasanın yürürlüğe girmesiyle birlikte psikiyatri hastanelerine yeni hasta başvuruları sonlandırılarak psikiyatri hastanelerinin kademeli olarak kapatılması, genel hastaneler içerisinde 15 yatak kapasitesini geçmeyen psikiyatri birimleri kurulması, zorunlu yatışların kısıtlanmasına yönelik düzenlemeler ve bölge temelli hizmet sunacak TRSM'lerin kurulması planlanmıştır (Burti 2001, De Girolama ve ark. 2007).

1984 yılında reform sonrası gelişmelerin değerlendirilmesi amacıyla ülke çapında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre; ayaktan ve yataklı psikiyatrik hizmetlerin ülke çapında oluşturulduğu saptanmıştır. Ülke çapında oluşturulmuş 694 TRSM'nin 675'inin aktif olduğu, genel hastanelerde toplam 3113 adet psikiyatrik yatağına sahip 236 adet psikiyatri biriminin açıldığı saptanmıştır. Ayrıca 1977 yılında 100.000 nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 389 iken bu oranın 1984 yılında 332/100.000'e gerilediği saptanmıştır.

1994 yılında İtalyan Parlamentosu psikiyatrik hizmetlerde ortak bir standart sağlamak için bir Ulusal Ruh Sağlığı Planı kabul etmiştir. Bu plana göre TRSM'lerin hizmet tanımları standartlaştırılmıştır. Genel hastanelerdeki psikiyatri yatağı sayısının 100.000 nüfusa 1 olması, 10.000 nüfusa 1 adet yarı-barınma (semi-residential) olanağı sağlayan gündüz merkezi veya gündüz hastanesi kurulması, 10.000 nüfusa 1 adet uzun süreli psikiyatrik rehabilitasyon yatağı oluşturulması ve grup evlerinin kurulması planlanmıştır (Burti 2001). Ulusal Ruh Sağlığı Planının uygulanması ile birlikte İtalya'da reform öncesi hizmet veren 76 psikiyatri hastanesinin tamamı kapatılmış ve psikiyatri hastaları ağırlıklı olarak toplum içerisinde tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri almaya başlamıştır. Toplum psikiyatrisi hizmetlerinin yaygınlaşması hasta yatışlarında ve zorunlu yatışlarda azalmayı beraberinde getirmiştir. Örneğin 1987 yılında hastaneye yatış oranı 100.000 nüfusa 278 iken bu oran 1994 yılında 222/100.000'e ve 2001 yılında 198/100.000'e gerilemiştir. 1977 yılında tüm psikiyatrik yatışların %50'si zorunlu yatış iken, 1984 yılında bu oran %20'ye, günümüzde ise %12'ye gerilemiştir (Burti 2001, De Girolama ve ark. 2007).

Günümüzde akut psikiyatri yatağı sayısı 100.000 nüfusa 17'ye kadar gerilemiştir. Bununla birlikte hastane dışında psikiyatri hastalarına uzun süreli yataklı rehabilitasyon hizmeti sunulan yatak sayısı 30/100.000'dir. İtalya'da toplam 707 TRSM, 309 gündüz hastanesi ve 612 gündüz merkezi bulunmaktadır.

Ancak İtalya'daki ruh sağlığı hizmetleri 1990'lı yıllarda belirginleşen sağlık sistemindeki özelleştirmelerle birlikte ciddi şekilde etkilenmiştir. Özellikle ekonomik kısıtlamalar ve sağlık harcamalarını azaltma çabasının da etkisi ile 1996-1998 yılları arasında 26 psikiyatri hastanesi resmi olarak kapatılmıştır. Psikiyatri hastanelerinin kapatılması reformun bir parçası olarak görülebilir. Ancak hızlı bir şekilde psikiyatri yataklarının azaltılması İtalya'da da özellikle akut ve uzun süreli yataklı psikiyatri hizmetlerinde sorunlara neden olmuştur. Bu nedenle de son yıllarda psikiyatri yatak sayıları artırılmıştır. Örneğin, 1990 yılında İtalya'da 100.000 nüfusa düşen psikiyatrik yatak sayısı 4.5 iken bu sayı 2002 yılında 17.6'ya yükseltilmiştir (Priebe ve ark. 2008).

İtalyan psikiyatri sistemindeki diğer sorunlar ise hizmet sunumundaki bölgesel eşitsizlikler ve akut psikiyatri yataklarının önemli bir bölümünün özel sağlık kurumlarında bulunmasıdır. İtalya'da bölgesel psikiyatri yatağı sayısı önemli farklılıklar göstermektedir. Örneğin İtalya'nın kuzey ve orta bölgelerindeki 100.000 nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı güneye göre 2 kat daha fazladır. Ayrıca bu bölgelerde özel ve devlet kurumlarına ait psikiyatri yatak oranlarında da önemli farklılıklar bulunmaktadır. Devlet kurumlarına ait psikiyatri yatak sayılarının yetersiz olduğu bölgede özel kurumlara ait psikiyatri yatak sayısının fazla olması dikkat çekicidir. İtalya'nın güneyinde psikiyatri yatak sayısının yetersizliği ile de ilişkili olarak zorunlu yatış oranları ülkenin diğer kesimlerine göre 2 kat fazladır.

İtalya'da özel kurumlara ait psikiyatri yatak sayısı 4862'dir. Bu sayı toplam psikiyatri yataklarının %54'ünü oluşturmaktadır. Özel psikiyatri kurumlarının çok büyük bir çoğunluğu İtalyan reformu öncesinde kurulmuştur. Bu kurumlar reformun temel amaçlarından olan psikiyatri yatak sayılarının azaltılmasından ve bölge ve nüfus tabanlı hizmet sunumu prensiplerinden etkilenmemiştir ve günümüzde de belirli bir tarama alanına sahip değildir (Priebe ve ark. 2008, de Giralama ve ark. 2007).

Yunanistan

Yunanistan'da psikiyatrik hizmetler 1980 yılına kadar 9 büyük devlet ve 40 özel psikiyatri hastanesinde sunulmaya çalışılıyordu. Bu dönemde psikiyatri hizmetleri merkezi bir yapı içerisinde toplum psikiyatrisi hizmetleri olmadan sunuluyordu. Ayrıca psikiyatri hizmetlerinde önemli bölgesel eşitsizlikler bulunuyordu ve ruh sağlığı profesyonelleri sayı ve nitelik açısından yetersizdi (Madianos ve ark. 1999a).

Yunanistan psikiyatrik reformu 1981 yılında Avrupa Birliği'ne dahil olduktan sonra başlamıştır. 1984 yılında Avrupa Topluluğu (European Community) tarafından Yunanistan'a psikiyatrik hizmetlerin iyileştirilmesi amacıyla özel bir fon ayrılmıştır. 5 yıllık bir plan çerçevesinde gerçekleştirilecek reformların bürokratik ve idari prosedürler nedeniyle gecikmesi nedeniyle bu süreç 1995 yılına kadar uzatılmıştır. Psikiyatrik reformun temel eksenleri, psikiyatri hastanelerindeki hasta

sayısının azaltılması; psikiyatri kurumlarının iyileştirilmesi ve psikiyatri hastanelerinde uzun süreli bakım gören hastaların yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve genel hastanelerde psikiyatri kliniklerinin açılmasını ve toplum psikiyatrisi hizmetlerinin oluşturulmasını içermekteydi (Bellali ve Kalafati 2006).

Madianos ve arkadaşlarının (1999) reformun psikiyatri hizmetlerine etkilerini değerlendirdikleri çalışmalarında; 1984 yılında ülkede nöropsikiyatrist sayısının yetersiz olduğu ve ülke çapında yoğunluklarının bölgesel farklılık gösterdiği saptanmıştır. Nöropsikiyatristlerin yoğunluklarının sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kentsel bölgelerde fazla olduğu belirlenmiştir. 1984 yılında 100.000 nüfusa düşen nöropsikiyatrist sayısı 6.6 iken bu sayı 1990 yılında 10.5, 1996 yılında 15.4'e yükselmiştir. Nöropsikiyatristler dışında diğer ruh sağlığı çalışanlarının sayısında da önemli artışlar sağlanmıştır. 10 yıllık süre içerisinde psikolog sayısında %107, sosyal hizmet uzmanı sayısında %148, hemşire sayısında %21 ve uğraşı terapisti sayısında da %300'lük artış sağlanmıştır. Ayrıca bölgesel farklılıklar da önemli ölçüde azaltılmıştır (Madianos ve ark. 1999a, Madianos ve ark. 1999b).

Reformun diğer parçaları olan psikiyatri yatak sayılarının azaltılmasında ve toplum psikiyatrisi hizmetlerinin oluşturulmasında da önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Örneğin 1984 yılında 100.000 nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 138 iken, bu sayı 1996 yılında yaklaşık %30 azalarak 96'ya inmiştir. Yatak sayısının azalması ile hastaların toplum içerisinde tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanabilmesi için toplum psikiyatrisi ve rehabilitasyon merkezleri oluşturulmuştur. Hastane dışı psikiyatri hizmetleri (extramural facilities) olarak tanımlanan TRSM'leri ve ayaktan psikiyatri hizmetlerinde çok büyük ilerlemeler sağlanmıştır. TRSM'leri 80.000-150.000 nüfusluk tarama alanlarını kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. TRSM'lerinin toplam sayısı 1984 yılında sadece 7 iken 1996 yılında bu sayı 33'e çıkmıştır. Ayrıca ayaktan tedavi kliniklerinin sayısı da aynı dönem içerisinde 20'den 56'ya artmıştır (Madianos ve ark. 1999b).

Yunanistan'da reform süresince hastaların rehabilitasyon ve hastane dışındaki barınma hizmetlerine de önem verilmiştir. Bu amaçla yetersiz olan gündüz hastanesi sayısı, psikososyal rehabilitasyon merkezi sayısı ve hastane dışında korunaklı psikiyatri yatağı sayısı artırılmıştır. 1984 yılında 1000 nüfusa düşen gündüz hastanesi sayısı 55 iken, 1996 yılında bu sayı 369'a çıkmıştır. Bununla birlikte aynı dönem içerisinde psikososyal rehabilitasyon merkezi sayısı %742, hastane dışında korunaklı psikiyatri yatağı sayısı da %6913 artırılmıştır (Madianos ve ark. 1999a, Madianos ve ark. 1999b).

Yunanistan'da gerçekleştirilen yapısal ve idari reformun olumlu sonuçları olarak psikiyatri hastalarının hastane başvurularında ve yatış sürelerinde azalma saptanırken, hastaların taburculuk oranlarında da artış saptanmıştır (Madianos 1999b).

Yunanistan'da 1999 yılında Avrupa Birliği düzenlemeleri çerçevesinde ruh sağlığı hizmetlerinin modernizasyonu ve geli-

şimini amaçlayan "Psychargos" adlı 10 yıllık ulusal bir eylem planı kabul edilmiştir. "Psychargos" 2 aşamalı olarak planlanmıştır. İlk aşamada psikiyatri hastanelerinin ve TRSM'lerinin geliştirilmesi ve ruh sağlığı personeline kapsamlı eğitim programlarının sunulması amaçlanmıştır. İkinci aşamada ise; yarı-yol evleri (half-way houses) ve hemşire evlerinin kurulması, psikiyatri hastalarına mesleki eğitim programlarının oluşturulması ve ruh sağlığı personelinin psikososyal rehabilitasyon alanında eğitilmesi planlanmıştır (Bellali ve Kalafati 2006).

Türkiye

Türkiye'nin psikiyatri tarihi düşünüldüğünde oldukça zengin ve uzun bir geçmişi vardır. Özellikle Anadolu'da yaşamış eski medeniyetlerin ve Osmanlı İmparatorluğunun psikiyatri hastalarına yaklaşımı, hastaları dışlamaması, damgalanmaması ve onlara insani hizmet sunma çabası Türkiye'de hala etkisini sürdürmektedir. Ancak psikiyatri hizmetleri açısından zengin bir geçmişi olsa da Türkiye modern anlamda ulusal bir psikiyatri reformunu halen gerçekleştirememiştir.

Psikiyatri hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla ilk girişimler 1960'lı yıllarda başlamıştır. Bu dönemde Türkiye'de psikiyatri hastalarının tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Ankara ve İstanbul'da ruh sağlığı dispanserleri kurulmuştur. Ancak ruh sağlığı dispanserlerinin psikiyatri hastanelerinin uzantısı şeklinde hizmet vermesi nedeniyle ruh sağlığının güçlendirilmesi ve korunması anlamında sınırlı kalmıştır (Coşkun 2004).

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin koordinasyonunun sağlanması amacıyla 1983 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. Günümüzde de koordinasyonun sağlanması ile görevli Daire Başkanlığı'na bağlı 4 şube müdürlüğü bulunmaktadır. Bu müdürlükler; Koruyucu Ruh Sağlığı, Madde Bağımlılığı, Kronik Ruhsal Bozukluklar ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şube Müdürlükleridir. Bakanlığın ruh sağlığı ile ilgili taşra örgütü ise illerde Valiliklere bağlı olarak faaliyette bulunan İl Sağlık Müdürlükleri bünyesindeki Ruh Sağlığı Şube Müdürlüklerinden oluşmaktadır.

1980'li yıllarda Sağlık Bakanlığının ruh sağlığı politikası geliştirme çabaları olmuştur. Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri ile bütünleşmesine çalışılmıştır. Sektörler arası ve disiplinler arası koordinasyonun sağlanması amacıyla Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile farklı bakanlıklar, üniversiteler ve sivil toplum örgütleri çalışmalara dahil edilmeye çalışılmıştır. O dönemdeki psikiyatri hastaneleri merkezde olacak şekilde 5 bölge oluşturulmuştur ve hastaların sevk ve taburculuk sonrası izlemleri planlanmaya çalışılmıştır. Ancak hazırlanan planlar yürürlüğe girmemiştir ve bu çabalar bazı toplantı notları dışında sonuçsuz kalmıştır (Coskun 2004, T.C. Sağlık Bakanlığı 2006).

1999 Marmara depremi Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesi için önemli bir dönüm nokta-

sı olmuştur. Marmara depremi on binlerce insanın ölümüne ve ülke ekonomisini ciddi anlamda etkileyen yıkıma neden olmuştur. Deprem sonrası Türk Hükümeti ve Dünya Bankası arasında 23 Kasım 1999 tarihinde 4517-TU sayılı Marmara Depremi Yeniden Yapılandırma Projesi (MEER) Anlaşması imzalanmıştır. Bu çerçevede; 5.15 milyon dolarlık bütçesi olan ve 2001-2004 tarihleri arasında kapsayacak projede bileşenlerden biri de ulusal ruh sağlığı politikasının geliştirilmesi olarak planlanmıştır.

MEER Projesi kapsamında ulusal ruh sağlığı politikası geliştirilmesi amacıyla üç ayrı ruh sağlığı konferansı düzenlenerek ruh sağlığı ile ilgili sektör temsilcileri bir araya getirilmiş ve görüşleri alınmıştır. Ülkede ruh sağlığı ile ilgili tüm sektör temsilcilerinin davetli olduğu bu konferanslarda bir yandan bu sektörlerin hedef, strateji ve kaynakları hakkında bilgi toplanmış, bir yandan da konuyla ilgili uluslararası girişimler aktarılmış, bunlar yerel uzmanlar tarafından incelenmiş ve Türkiye'nin ihtiyaçlarına uygulanabilirliği konusu yüz yüze tartışılmıştır. Ülkedeki ruh sağlığı ile ilgili meslek örgütlerinin ulusal ruh sağlığı politikası hakkındaki yazılı görüşleri derlenmiştir.

Yapılan konferanslar, görüşmeler, derlenen raporlar ve bilimsel literatür ışığında Dünya Sağlık Örgütü tarafından tasarlanan "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası Kapsamının Geliştirilmesi İçin Hizmet Kılavuzu Paketi" temel alınarak Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu oluşturulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün Kılavuzu toplumun ruh sağlığının geliştirilmesi için ülkelere yardım edecek uygulama bilgilerini sağlamaktadır. Bu paket içerisinde modüler bir yapı ile ruh sağlığının çeşitli boyutları incelenmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikasında Dünya Sağlık Örgütü'nün söz konusu modülleri ülke koşullarına uyarlanmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası toplam 8 modülden oluşmaktadır. Bu modüller; ruh sağlığının organizasyonu, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, çocuk ve ergen ruh sağlığı politikası, ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı, ruh sağlığında kalitenin geliştirilmesi, ruh sağlığı alanında yasal düzenlemeler, ruh sağlığı alanında savunuculuk ve ruh sağlığında eğitim, araştırma ve insan gücüdür. Her modülde ele alınan başlıkta önce ülkedeki mevcut durum incelenmiş, ardından o konudaki hedefler ve bunlara ulaşmak için öngörülen stratejiler sıralanmış, ayrıca ilgili ve sorumlu kuruluşlar da belirtilmiştir. Sonuç ve öneriler bölümünde ise Türkiye'nin ruh sağlığı alanındaki stratejik öncelikleri tartışılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2006).

Türkiye Cumhuriyeti 2006 da resmi nitelik kazanmış bu "Ruh Sağlığı Politikası" ülkemizde halen sürmekte olan "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" ve sağlık alanının piyasa koşullarına uyarlanması sürecine uygun bir çerçevede düzenlendiği için ruh sağlığı sorunlarını çözebileceği tartışmalıdır. Ayrıca bu rapor 2006 yılında yayınlanmış olmakla birlikte bu politikaların ülkemizde uygulanması amacıyla önemli bir adım atılmamıştır. Türkiye'de halen psikiyatrik kaynaklar ve insan gücü, yasal

mevzuat ve toplum psikiyatrisi alanında çok büyük yetersizlikler bulunmaktadır. Ayrıca "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" ile sağlık alanının piyasa koşullarına açılmak istenmesi ve sağlık hizmetinin bölge ya da nüfus temelli olmaması nedeniyle bu dönüşümden ruh sağlığı hizmetlerinin olumsuz etkileneceği öngörülebilir. Bu nedenle ulusal ruh sağlığı politikalarının oluşturulma aşamasında Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından belirtilen önerilerin, politikaların uygulanma aşamasında mutlaka dikkate alınması gerekmektedir.

Bu öneriler doğrultusunda ruh sağlığı örgütlenmesindeki temel yapı olan Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı değiştirilerek Genel Müdürlüğe dönüştürülmelidir ve Genel Müdürlük mutlaka bir psikiyatri uzmanı tarafından yönetilmelidir. Genel müdürlük yeterli sayıda psikiyatrist, psikolog ve diğer uzmanlarla desteklenmeli ve ruh sağlığı hizmeti veren tüm kurumların faaliyetlerinin eşgüdümünü sağlamalıdır. Böylece Sağlık Bakanlığında Ruh Sağlığı hizmeti veren tüm birimlerin genel müdürlüğe bağlanması ve daha etkin çalışma fırsatı verebilir.

Ruh Sağlığı Genel Müdürlüğünü ile çalışacak özerk bir Ulusal Ruh Sağlığı Konseyi oluşturulmalıdır. Sağlık, Milli Eğitim, Çalışma Bakanlıkları, üniversiteler, Türkiye Psikiyatri Derneği, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği ve Türk Psikologlar Derneği, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu temsilcilerinden oluşan bu konsey ülkenin genelindeki ruh sağlığı ile ilgili işlevleri olan tüm kurumlar arasında planlama, eşgüdüm ve standardizasyonu sağlayacaktır.

Ruh sağlığı çalışanlarının sayısındaki yetersizlik nedeni ile önümüzdeki 10 yıllık sürede ruh sağlığı çalışanlarının sayısının 5 kat artırılabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca Avrupa ortalamasının çok altında olan psikiyatri yatağı sayısının artırılması amacıyla, nüfusu 100.000'i geçen her ilçede hizmet veren genel hastanelerde ve yatak sayısı 100'ün üzerinde olan genel hastanelerde psikiyatri klinikleri açılmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2006).

Kaynaklar

- Bauer M, Kunze H, von Cranach M ve ark.(2001) Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatr Scand*; 104 (Suppl. 410): 27-34.
- Becker T, Vazquez-Barquero J L (2001) The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand*; 104 (Suppl. 410): 8-14.
- Becker T, Hülsmann S, Knudsen HC ve ark. (2002) Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 37: 465-474.
- Becker T, Kilian R (2006) Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatr Scand*; 113 (Suppl. 429) 9-16.
- Bellali T, Kalafati M (2006) Greek psychiatric care reform: new perspectives and challenges for community mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 13:33-9.
- Brand U (2001) Mental health care in Germany: carers' perspectives. *Acta Psychiatr Scand*; 104 (Suppl. 410): 35-40.
- Coskun, B. (2004) Psychiatry in Turkey. *International Psychiatry*; 3:13-15.

- Burti L (2001) Italian psychiatric reform 20 plus years after Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 41-46.
- de Girolamo G, Bassi M, Neri G ve ark. (2007) The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 257:83-91
- England E, Lester H (2005) Integrated mental health services in England: a policy paradox? Int J Integr Care; 5: 1-8.
- Goldberg D (1999). The future pattern of psychiatric provision in England. Eur Arch Clin Neurosci; 249: 123-127.
- Glover G (2007) Adult mental health care in England. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 257: 71-82.
- Jenkins R, Strathdee G (2000) The integration of mental health care with primary care. Int J Law Psychiatry; 23(3-4): 277-291.
- Johnson S, Zinkler M, Priebe S (2001) Mental health service provision in England. Acta Psychiatr Scand; 104(Suppl. 410): 47-55.
- Kallert TW, Glöckner M, Priebe S ve ark. (2004) A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 39: 777-788.
- Killaspy H, Harden C, Holloway F ve ark. (2005) What do mental health rehabilitation services do and what are they for? A national survey in England. Journal of Mental Health; 14: 157-165.
- Killaspy H. (2006) From the asylum to community care: learning from experience Br Med Bull; 79-80: 245-258.
- Killaspy H (2007) Assertive community treatment in psychiatry. BMJ; 335: 311-312.
- Knapp M, McDaid D, Amaddeo F ve ark. (2007) Financing mental health care in Europe. Journal of Mental Health; 16:167 – 180.
- Madianos MG, Zacharakis C, Tsitsa C ve ark. (1999a) The mental health care delivery system in Greece: regional variation and socioeconomic correlates. J Ment Health Policy Econ; 2:169-176.
- Madianos MG, Tsiantis J, Zacharakis C (1999b) Changing patterns of mental health care in Greece (1984-1996). Eur Psychiatry; 14:462-467.
- McDaid D, Knapp M, Medeiros H ve MHEEN grubu (2007) Mental health and economics in Europe: Findings from the MHEEN group. Eurohealth; 13:1-6.
- Munir K, Ergene T, Tunaligil V ve ark. (2004) A window of opportunity for the transformation of national mental health policy in Turkey following two major earthquakes. Harv Rev Psychiatry; 12:238-251.
- Muijen M (2008) Mental health services in Europe: An overview. Psychiatric Services; 59:479-482.
- Munk-Jørgensen P (1999) Has deinstitutionalization gone too far? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 249 :136-143.
- Murray CJL, Lopez AD. The global burden of diseases: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health, WHO and World Bank 1996.
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A ve ark. (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. BMJ; 330:123-6.
- Priebe S, Frottier P, Gardini A ve ark. (2008) Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. Psychiatr Serv; 59:570-3.
- Provost D, Bauer A (2001) Trends and developments in public psychiatry in France since 1975. Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 63-68.
- Rutz W (2001) Mental health in Europe: problems, advances and challenges Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 15-20.
- Saxena S, Sharan P, Saraceno B (2003) Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's Project Atlas. J Ment Health Policy Econ; 6:135-143.
- Schene AH, Faber AME (2001) Mental health care reform in the Netherlands Acta Psychiatr Scand;104 (Suppl. 410): 74-81.
- Stefansson C-G, Hansson L (2001) Mental health care reform in Sweden, 1995 Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 82-88.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2006) Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Politikası. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ankara.
- The NHS Confederation. About Mental Health Trusts. <http://www.nhsconfed.org/mental-health/mental-health-1759.cfm>. Erişim tarihi: 12.08.2008.
- Vazquez-Barquero JL, Garcia J, Torres-Gonzalez F (2001) Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience? Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 89-95.
- Verdoux H (2007) The current state of adult mental health care in France. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 257:64-70.
- World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks. Promoting Healthy Life. Geneva: WHO 2002.
- World Health Organization (2005) Mental Health Atlas: 2005. Revised Edition. Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, Geneva.