

İngiltere’de psikiyatrik hizmetlerin sunumu

Halis ULAŞ

Uzm.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, İZMİR

İngiliz sağlık sistemi için 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetinin (USH-National Health Service) yürürlüğe girmesi bir dönüm noktasıdır. USH öncesi genel sağlık hizmetleri ve psikiyatrik hizmetler yardım dernekleri ve vakıflar tarafından yürütülen örgütsüz bir yapıya sahipti.^{1,2}

İkinci Dünya Savaşı sırasında İngiltere’de ortaya çıkan karışıklık ve morbidite artışı toplumun sağlık ve sosyal güvenlik hizmeti beklentilerini artırdı. Savaştan sonra yönetime gelen İşçi Partisi, temel ilke olarak herkese eşit ve parasız sağlık hizmeti sunmayı kararlaştırdı. Böylece 1948’de ülkede yaşayan tüm bireylere parasız hizmet sunmak üzere USH yürürlüğe girmiş oldu.² USH’nin temel amacı, toplumun gereksinimlerine yönelik, sağlık hizmetinin her yönünü sağlayan, bütünlükçü ve yerel bir sistem oluşturmaktır. Ancak USH’nin kurulduğu 1948’den günümüze kadar temel amacından sapan birçok değişiklik geçirmiştir. Özellikle 1979 yılında M. Thatcher öncülüğündeki Muhafazakar Parti’nin İngiltere’de seçimi kazanmasının ardından USH’nde köklü değişiklikler yapılmıştır. Bu dönemde ülkenin ekonomik sıkıntılarının sorumlusu olarak kamu harcamaları görülmüş ve özelleştirmeler başlamıştır. USH de bu anlayış değişikliğinden payını almıştır. İlk olarak uzun süreli yatış gerektiren tüberküloz ve psikiyatrik hasta yatakları başta olmak üzere on binlerce hasta yatağı kapatıldı. Ardından 1983’te USH’nde özel sektör ilkelerinin ve karlılığın geçerli olacağı açıklanarak sağlıkta pazar ekonomisi uygulamasının yolu açıldı; sağlıkta iç pazar yapısının getirildi. Bu yapılanmada sağlık ortamının sağlıklı satan ve alan olmak üzere ikiye ayrılmasına karar verildi. Hastaneler kar amaçlı birer vakfa (trust), aile hekimleri de fon sahibi hekimlere dönüştürüldü. Bu hekimler rekabet ve karlılık ilkelerine göre USH’nden hizmet satın almaya başladı, ancak birçok aile hekimi işletmeci olamayacağını belirterek fon sahibi olmayı reddetti. Sonuç olarak

fon sahibi olan ve olmayan hekimlerin arasında hizmete ulaşım süresi ve niteliği açısından eşitsizlikler ortaya çıkmaya başladı ve sistemin temel amaçlarından olan eşitlik ilkesi zarar gördü. Bu eşitsizlik hasta hoşnutsuzluğunu da artırdı. 1997’de İşçi Partisi’nin yeniden seçimi kazanmasının ardından sağlık alanında yapılan yeni düzenlemelerle USH’nde pazar ekonomisinin etkisi tam olarak kaldırılamasa da, yerini işbirliği ve paylaşıma dayalı bir sistem almaya başlamıştır.³ Böylece İngiltere’de sağlık hizmetlerine kamudan ayrılan pay artmaya başlamıştır. 1999’da İngiltere’nin toplam sağlık harcamasının gayri safi yurt içi hasılaya oranı %7.2 iken, bu oran 2003’te %8’e yükselmiştir. 1999’da toplam sağlık harcamalarının %80.6’sı genel vergiden karşılanırken, bu oran 2003’te %85.7’ye yükselmiştir.⁴

GÜNÜMÜZDE USH’NDE SAĞLIK HİZMETİNİN SUNUMU

İngiltere’de USH’nin merkezi finansmanı ve idaresi sağlık bakanlığı tarafından yürütülmektedir. USH’nin yerel düzeyde yönetimi, denetimi ve hizmetlerin iyileştirilmesi ise 2002’de oluşturulan Stratejik Sağlık Otoriteleri (SSO) tarafından gerçekleştirilmektedir. Başlangıçta İngiltere’deki sağlık hizmetleri 28 SSO bölgesi tarafından yürütülürken; 2006’da SSO bölge sayısı 10’a düşürülmüştür.

SSO’nin 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 SSO bölgesinde ise birincil, ikincil ve üçüncül basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu, nüfus ve bölge tabanlı hizmet veren ve

eşgüdüm içinde 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.

Birincil Bakım Vakıfları: Bu vakıflar USH bütçesinin %80’ine sahiptir. Hastaların bir sağlık sorunu nedeniyle ilk kez doktor, diş hekimi ya da eczacı ile karşılaştığı vakıflardır. Hastaların sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini, yeterli sağlık hizmeti alabilmesini, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinden birlikte yararlanabilmesini sağlamaya çalışır.

Akut Vakıfları: Hastaneler bu vakıflar tarafından yönetilir, USH’nde çalışanların çoğu Akut Vakıflarında hizmet vermektedir. Bazı Akut Vakıfları bölgesel ya da ulusal düzeyde özelleşmiş sağlık hizmeti de sunabilmektedir. Ayrıca bölgelerindeki üniversitelerle de ilişkisi bulunmakta ve sağlık profesyonellerinin eğitimine katkı sağlamaktadır.

Ambulans Vakıfları: Tüm İngiltere’de yaşamsal tehlikesi bulunan ve bulunmayan hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlamak üzere kurulmuş toplam 13 Ambulans Vakfı vardır.

Bakım Vakıfları: Hem sağlık, hem de sosyal bakım alanında hizmet üreten vakıflardır. Ruh sağlığı ve birincil bakım gibi sosyal hizmet gerektiren hizmetleri yürütmektedir.

Ruh Sağlığı Vakıfları: Bu vakıflar psikiyatri hastalarının sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini diğer vakıflarla işbirliği içerisinde yürütmektedir.⁵

PSİKİYATRİK HİZMET SUNUMUNUN TARİHÇESİ

İngiltere’de psikiyatri hizmetlerinin tarihçesi 13. yüzyıla kadar gitmektedir. Bu dönemde özellikle manastırlar hasta ve düşkünlerin barınmasını sağlamaktaydı. 1330 yılında Londra’da barınak hizmeti veren bu kurumlardan biri Bethlem Hastanesi adını almıştır. Bethlem Hastanesi 1676 yılında sadece psikiyatri hastalarına hizmet vermeye başlayarak İngiltere’nin ilk depo psikiyatri hastanesi olmuştur. Sonrasında İngiltere’de birçok depo psikiyatri hastanesi açılmıştır.¹

1948’de USH’nin kurulması ve ardından fenotiyazinin psikiyatride kullanıma girmesiyle İngiltere’de büyük depo hastaneler kapatılmaya başlanmıştır. Depo psikiyatri hastanelerinin kapatılmaya başlamasının ardından 1962’de psikiyatri servisleri genel bölge hastanelerinin bir parçası olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Psikiyatri yatak sayısının azalması sonucu hastaların toplum içinde tedavi ve bakım gereksinmesi ortaya

çıkmiştir. İngiltere Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 1975’te ‘Psikiyatri Hastaları için Daha İyi Hizmet’ adlı bir yönerge yayımlanmıştır. Bu yönerge ile psikiyatri hastalarına toplum tabanlı hizmet yaklaşımının yapısı tanımlanmıştır. Ancak o dönemde İngiltere’de ekonomik durgunluk olması nedeniyle tanımlanan yaklaşımın tam anlamıyla yürürlüğe girmesi 1990’lı yıllara kadar gecikmiştir.^{1,6}

İngiltere’de 1980’li yıllarda sağlık alanında uygulanan politikalar sonucu büyük şehirlerin sokaklarında evsiz psikiyatri hastalarının sayısında belirgin bir artış olduğu için, Sağlık Bakanlığı tarafından 1990’da, Olgu Yönetiminin (Case Management) İngiltere’deki karşılığı olarak, Bakım Program Yaklaşımı (Care Programme Approach) yürürlüğe girmiştir.^{7,8}

1997’de İngiltere’deki hükümet değişikliğinin ardından sağlığa ayrılan bütçede belirgin bir artış olmuştur. Yeni hükümetin Sağlık Bakanlığı tarafından 1999’da yayımlanarak yürürlüğe giren ‘Ruh Sağlığı için Ulusal Hizmet Çerçevesi’, İngiltere’nin günümüzdeki psikiyatrik hizmet sunumunun temel çerçevesini oluşturmaktadır.⁹

GÜNÜMÜZDE PSİKİYATRİK HİZMETLERİN SUNUMU

İngiltere’nin ruh sağlığı kaynakları değerlendirildiğinde en önemli değişikliğin yatak sayısının azalmasında yaşandığı görülmektedir. İngiltere’de depo hastanelerin kapatılmasının ardından psikiyatri yatağı sayısında dramatik bir düşüş yaşanmıştır. 1954’te USH kapsamında toplam psikiyatri yatağı sayısı yaklaşık 154.000 iken, bu sayı günümüzde 35.000’e kadar düşürülmüştür.^{6,10} İngiltere’nin diğer ruh sağlığı kaynakları incelendiğinde, 100.000 kişiye düşen psikiyatrist sayısının 11, psikiyatri hemşiresi sayısının 104, psikolog sayısının 9 ve sosyal hizmet uzmanı sayısının 58 olduğu görülmektedir. Ruh sağlığının finansmanı için toplam sağlık harcamalarının %10’u ayrılmaktadır.¹⁰

İngiltere’de psikiyatrik hizmetler USH, sosyal hizmetler, özel ve gönüllü kuruluşların eşgüdümü ile verilmektedir. Ancak psikiyatrik hizmetlerin yürütülmesinde temel sorumluluk Birincil Bakım Vakıflarındadır. İngiltere’de toplam 43 Ruh Sağlığı Vakfı bulunmaktadır. Bu vakıflar, Birincil Bakım Vakıfları ve Bakım Vakıfları ile eşgüdüm içinde akut yataklı bakım hizmetlerini, toplum psikiyatrisi ve rehabilitasyon hizmetlerini yürütmektedirler.¹¹

Akut Yataklı Bakım Hizmetleri: İngiltere’de depo hastanelerin kapatılmaya başlamasının ve

hastaların toplum içinde tedavisinin yaygınlaşmasının ardından psikiyatri hastalarının yatış sayısında belirgin bir düşüş saptanmıştır. İngiltere'de yataklı psikiyatri hastaneleri temel olarak 4 farklı kategoride sınıflandırılmaktadır: Bunlar depresme dönemindeki psikiyatri hastalarına hizmet verilen psikiyatri yatakları, hastanede uzun süre yatarak bakım gereksinmesi 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.⁷

Toplum Psikiyatrisi Hizmetleri: İngiltere'de toplum psikiyatrisi hizmetleri büyük ölçüde Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (TRSE-Community Mental Health Teams) tarafından yürütülmektedir. TRSE ağırlıklı olarak psikiyatri hemşirelerinden oluşmakta; psikiyatri hemşiresi dışında psikiyatristler, psikologlar, uğraş terapistleri ve sosyal hizmet uzmanları da yer almaktadır. TRSE Birincil Bakım Vakıfları ve Bakım Vakıfları ile eşgüdüm içinde çalışarak bölge ve nüfus tabanlı psikiyatri hizmeti üretir. İngiltere genelinde 800'ün üzerinde TRSE hizmet vermektedir. TRSE'ne psikiyatri hastaları hizmet verdikleri bölgedeki aile hekimleri ya da sosyal hizmet uzmanları tarafından yönlendirilir. Ayrıca psikiyatrik yardım arayan psikiyatri hastaları da TRSE'yle doğrudan bağlantı kurabilir. TRSE ile bağlantıya geçen hastaların gereksinmesine 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 (KÇE-Crisis Resolution Teams), Girişken Sosyal Yardım Ekipleri (Assertive Outreach Teams), Psikoz Erken Müdahale Ekipleri (Psychosis Early Intervention Teams) ve Bakım Program Yaklaşımı sayılabilir.

KÇE, hastaneye yatma riski yüksek olan hastaların hastaneye yatış oranını ev temelli yoğunlaştırılmış destekle, gündüz hastaneleri aracılığı ile ve diğer toplumsal hizmetlerle olabildiğince azaltmaya çalışır. KÇE'nin çoğu haftanın 7 günü 24 saat hizmet verir, İngiltere'de 119 ekip vardır. Girişken Sosyal Yardım Ekipleri, tedaviye 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 toplumsal ve tedavi uyumunu artırmayı amaçlar. İngiltere'de 220'nin üzerinde ekip hizmet vermektedir.

Psikoz Erken Müdahale Ekiplerinin amacı, çalıştıkları bölgede yaşayan genç nüfusta erken psikoz tanısı koymak ve tedaviye erken başla-

arak hastalara gerekli yaşamsal uyum desteğini sunmaktır. İngiltere'de 50 Psikoz Erken Müdahale Ekibi bulunmaktadır.

Bakım Program Yaklaşımı İngiltere'de 1990'da uygulanmaya başlamıştır. Bu yaklaşımın amacı, yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarının taburculuk sonrası bakım gereksinmelerinin belirlenmesidir. Hastanedeki tedavi ekibi, hastanın yaşadığı bölgedeki yerel sosyal hizmet görevlileri ve TRSE ile bir araya gelerek hasta için uygun bir program belirler.^{1,6-8,12-15}

Rehabilitasyon Hizmetleri: İngiltere'de son 30 yılda psikiyatri yatağı sayısının hızla azalması ve psikiyatri hastalarının toplum içinde tedavi anlayışı ile psikiyatrik rehabilitasyon 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 veya toplum içinde yer alan rehabilitasyon servisleri aracılığı ile verilmektedir. Yataklı rehabilitasyon hizmetleri süre açısından kısa süreli (1 yıldan kısa), ya da uzun süreli (1 yıldan uzun); nitelik açısından da yüksek destekli (24 saat psikiyatri hemşiresi gözetiminde olan) ve düşük destekli olarak sınıflandırılmaktadır.^{7,16}

İngiltere'de yüksek destekli psikiyatrik rehabilitasyon yatağı sayısı yaklaşık 16.200'dür. Bu yatakların 4200'ü USH'ne, geri kalanı ise özel ve gönüllü kuruluşlara aittir. İngiltere'de USH dışında aile yanı, destekli evler, grup evleri ve yurtlar gibi düşük destekli yataklı rehabilitasyon birimleri de vardır. İngiltere'de düşük destekli psikiyatrik rehabilitasyon yatağı sayısı yaklaşık 20.000'dir.⁷

İngiltere'de rehabilitasyon hizmet modeli olarak büyük ölçüde üçüncül akış modeli (tertiary flow model) uygulanmaktadır. Bu modele göre, akut depresme sonrası yatırılan hastalardan rehabilitasyon gereksinmesi olanlar kısa ya da uzun süreli rehabilitasyon servislerine yönlendirilmektedir. Yataklı rehabilitasyon gereksinmesi sonlanan hastalar bölgelerindeki Toplum Rehabilitasyon Ekiplerine (TRE-Community Rehabilitation Teams) yönlendirilerek taburcu edilmektedir.¹⁶

TRE toplum içinde rehabilitasyon gereksinmesi olan psikiyatri hastalarının barınma, gelir, meslek ve sosyal gereksinmelerini karşılamak için hizmet vermektedir.¹⁷ İngiltere'de 72 TRE vardır. Bu ekipler ağırlıklı olarak psikiyatri hemşireleri ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşmaktadır. Her ekipte psikiyatrist, klinik psikolog ve uğraş terapisti de bulunmaktadır. TRE'nin bulunmadığı bölgelerde bu hizmeti TRSE, ya da Girişken Sosyal Yardım Ekipleri üstlenmektedir.⁷

İngiltere’de GH de psikiyatri hastalarının rehabilitasyonunda önemlidir. İngiltere’de 2004 yılı verilerine göre toplam 102 GH vardır. GH’nin çoğu hastane binası ya da arazisi içinde bulunmasına karşın, hastane dışında bulunan GH de vardır. GH’inde hastalara uğraşı terapisi, spor etkinlikleri, sosyal sorunlara yönelik danışman-

lık, tedavi ve belirtilerle baş etme becerisi, müzik müzik terapisi, dans terapisi, ev idaresi ve aşçılık gibi günlük yaşam eğitimleri, biyolojik ve psikolojik girişimler gibi hizmetler verilmektedir. Ayrıca meslek terapisi de GH’nin hizmetleri arasında yer almaktadır.¹⁸

KAYNAKLAR

1. Killaspy H. *From the asylum to community care: learning from experience*. Br Med Bull 2006; 79-80:245-58.
2. McCulloch A, Muijen M, Harper H. New developments in mental health policy in the United Kingdom. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23(3-4):261-76.
3. Aksakoğlu G, Giray H. Birleşik Krallık’ta Ulusal Sağlık Hizmetinin öyküsü. *Toplum ve Hekim* 2006; 21(5-6):335-43.
4. World Health Organization. *World Health Report 2006. Working together for health*. Geneva: WHO 2006.
5. NHS authorities and trusts. [http://www.nhs.uk/aboutnhs/HowtheNHSworks/authorities_and_trusts/Pages/ Authoritiesandtrusts.aspx](http://www.nhs.uk/aboutnhs/HowtheNHSworks/authorities_and_trusts/Pages/Authoritiesandtrusts.aspx).
6. Johnson S, Zinkler M, Priebe S. Mental health service provision in England. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104(Suppl.410):47-55.
7. Glover G. Adult mental health care in England. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257:71-82.
8. Simpson A. The impact of team processes on psychiatric case management. *J Adv Nurs* 2007; 60(4):409-18.
9. Department of Health. *The national service framework for mental health. Modern standards and service models*. Department of Health, London, 1999.
10. World Health Organization. *Project Atlas: Resources for mental health 2005*. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_t_z.pdf.
11. The NHS Confederation. *About Mental Health Trusts*. <http://www.nhsconfed.org/mental-health/mental-health-1759.cfm>.
12. England E, Lester H. Integrated mental health services in England: a policy paradox? *Int J Integr Care* 2005; 5:1-8.
13. Goldberg D. The future pattern of psychiatric provision in England. *Eur Arch Clin Neurosci* 1999; 249:123-7.
14. Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23(3-4):277-91.
15. Killaspy H. Assertive community treatment in psychiatry. *BMJ* 2007; 335:311-2.
16. Killaspy H, Harden C, Holloway F, King M. What do mental health rehabilitation services do and what are they for? A national survey in England. *J Ment Health* 2005; 14(2):157-65.
17. Department of Health. *The national service framework for mental health. Modern standards and service models*. Department of Health, London, 1999.
18. Kallert TW, Glöckner M, Priebe S, Briscoe J, Rymaszewska J, Adamowski T, et al. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:777-88.