

DÜNDEN BUGÜNE TOPLUM RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ: NASILDI NASIL OLMALI?

Raşit TÜKEL*

Öz: Ruh sağlığı hastanelerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş, çeşitli nedenlere bağlı olsa da, bu alanda öne çıkan etmenlerin; ruh sağlığı hizmetlerine daha iyi erişebilmek, daha iyi klinik, toplumsal sonuçlar elde etmek, hizmet alanların memnuniyetini sağlamak, bu konuda artan gereksinimleri karşılamak, insan haklarını korumak olduğu görülmektedir. Toplum temelli modelde tedavi ve bakım hizmetlerinin ruh sağlığı hastanelerinin yerine hastanın kendi yaşadığı çevrede sağlanması temel alınırken ruhsal hastalığı olanların hastaneye yatışlarının önlenmesi ve hastaların gerekli düzeyde destek sağlanarak kendi başlarına yaşayabilme becerisini kazanmaları amaçlanır. Ülkemizde 2011 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçilmesini hedefleyen bir Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı oluşturulmuştur. Bu çerçevede yapılması planlananlar arasında, toplum ruh sağlığı alanında çalışan sayısının artırılması, akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesi, aile hekimlerinin toplum temelli ruh sağlığı konusunda eğitilmesi, ruh sağlığı hastanelerinin yatak sayılarının azaltılması, genel hastaneler içinde psikiyatri kliniklerinin oluşturulması ve toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması gibi düzenlemeler yer almaktadır. Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin geldiği aşama, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda belirlenen hedeflerin oldukça gerisindedir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, geleneksel ruh sağlığı hastanelerine alternatif olarak işlev gören gündüz hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, genel hastaneler içindeki psikiyatri servisleri, destekli istihdam modelleri, destekli konutlar gibi yapılanmalar üzerinden verilmelidir. Bu hizmetler aynı zamanda, birinci basamak sağlık hizmetleriyle bütünleştirilerek ruh sağlığını korumayı ve ruhsal hastalık oluşumunu önlemeyi, ruhsal hastalıkların erken dönemde tanısını koymayı, tedavi ve bakımını vermeyi, ruhsal hastalıkların rehabilitasyon ve bakımının sürekliliğini sağlamayı içeren bir çerçevede ele alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, ruh sağlığı hastaneleri, kurumsuzlaştırma

Community Mental Health Services from Past to Present: How Was It, How Should It be?

Abstract: Although the transition from mental health hospitals to community-based mental health services depends on various reasons, the factors that stand out in this field are; better access to psychiatric services, to achieve better clinical and social results, to ensure satisfaction of service users, to meet the increasing requirements in this regard and to protect human rights. While community-based model is based on the provision of treatment and care services in the environment in which the patient lives, instead of mental health hospitals, it is aimed to prevent the hospitalization of mentally ill patients and to provide the necessary level of support to the patients to gain the ability to live on their own. In 2011, a National Mental Health Care Action Plan was established by the Ministry of Health, aiming at the transition to community-based mental health services. The planned activities in this respect are to increase the number of community-based mental health professionals, to encourage rational drug use, to train family physicians on community-based mental health, to reduce the number of beds in mental health hospitals, to establish the psychiatric clinics within general hospitals and to establishment the community mental health centers. The level of community-based mental health services in our country is far behind the targets set in the National Mental Health Care Action Plan. Community-based mental health services should be provided through day hospitals, community mental health centers, psychiatric services within general hospitals, supported employment models, supported housing and similar facilities, which serve as an alternative to traditional psychiatric hospitals. These services should also be integrated into primary health care services and should be addressed in a framework that includes protecting mental health and preventing the occurrence of mental illness, diagnosing mental illnesses in the early period, providing treatment and care, and providing continuity of rehabilitation and care of mental illnesses.

Key words: community-based mental health services, community mental health centers, mental health hospitals, deinstitutionalisation

Giriş

Ruh sağlığı hizmetlerinin tarihine baktığımızda üç dönemin öne çıktığını görürüz. İlk dönem akıl hastaneleri olarak tasarlanan geleneksel hastane hizmetlerinin yükselişi, ikinci dönem akıl hastanelerinin gerilemesi, üçüncüsü ise ruh sağlığı hizmetlerinin dengelenmesidir. Bu üç dönem genellikle ardışık olarak gerçekleşmesine karşın, ülkeler

arasında başladıkları ve bittikleri tarihler açısından farklılıklar görülebilmektedir (**Thornicroft ve Tan-sella, 2002**).

18. yüzyılda toplumsal alandaki gelişmeler psikiyat-riyi de etkilemiştir. Bir yandan hızla ilerleyen sanayi devrimi, ona bağlı oluşan hızlı kentleşme, kentlerde

*Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.
(ORCID No: 0000-0001-9421-4541)

Geliş Tarihi / Received : 02.12.2019

Kabul Tarihi / Accepted : 04.04.2020

nüfus artışı, kırsal bölgelerde nüfus azalması ve tarımsal gerileme sonucu ortaya çıkan sorunlar, öte yandan siyasal ve düşünsel alanlardaki karmaşa, psikiyatryi yeni ve hazır olmadığı sorunlarla karşı karşıya bırakmıştır. Geniş kitlelerin zorlaşan yaşam koşulları, sosyal çalkantılar sonucu bireylerin davranış ve tutumlarında görülen değişiklikler, ruhsal bozuklukların sayısını artırmakla kalmamış, sanayinin ve toplumu yönetenlerin psikiyatriden taleplerini de şekillendirmiştir. Tam da bu noktada, ağır ruhsal sorunları olanlar sanayinin kullanamayacağı insan gücü olarak görülmeye başlanmış; bu tür ruhsal sorunları olanların çalışan kesimden ayırt edilmesi talebi gündeme getirilmeye başlanmıştır (**Babaoğlu, 2002**). Bu dönemin psikiyatri açısından belirleyici özelliği, geniş bir yelpazede klinik düzeyde bozuklukları ve sosyal anormallikleri olan kişilerin, toplumdan uzakta gözetim altında tutulmalarını ve hayatta kalabilmeleri için temel ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan akıl hastanelerinin inşa edilmesidir (**Thornicroft ve Tansella, 2002**). Akıl hastaneleri o dönemin katı ahlaki kurallara sahip toplumlarında, davranışları tuhaf ve garip olarak algılanan ruhsal hastalığı olanları gözden uzak tutma, daha az görünür kılma yönünde bir işlev de göstermiştir.

Akıl hastaneleri, sanayi devrimi sırasında hızlı kentleşmenin ruhsal hastalıkları artırdığının düşünülmesi nedeniyle şehirlerden uzak yerlere kurulmuştur. Yine bu dönemde akıl hastanesi modelinin yaygın olarak kullanılmasında, bireyin tedavi edilebilmesinin hasta olmasına neden olduğu düşünülen yaşadığı çevreden uzaklaştırılmasıyla mümkün olabileceği anlayışı yatar. Akıl hastaneleri üzerinden geleneksel hastane bakım hizmetlerinin yükselişi ise, ekonomik olarak gelişmiş ülkelerin çoğunda yaklaşık 1880-1950 yılları arasında gerçekleşmiştir (**Thornicroft ve Tansella, 2002**). Daha önce ruhsal hastalığı olan kişiler toplum tarafından dışlanır, çok zor koşullar altında yaşamak zorunda bırakılırlarken hareket etme özgürlüklerini kazanmaları, insanca muamele görmelerini sağlayacak koşulların oluşturulması ve ruh sağlığı hastanelerinde daha insani yönetim şekilleriyle iyileştirilmelerinin sağlanması, o dönemde ruh sağlığı alanında yapılan önemli reformlardır.

Akıl hastaneleri 20. yüzyılın başlarında, başvuruların artmaya başlamasıyla birlikte aşırı kalabalıklaşmış ve ruhsal hastalığı olanlara tedavi olanağı ve daha iyi yaşam koşulları sağlamak amacından giderek uzaklaşmışlardır. Yaşanan savaşlar ve ekonomik krizler de hastanelerde yaşam koşullarının bozulmasının nedenleri arasında yer alır. Bu dönemde akıl hastaneleri giderek çok sayıda hastanın toplumdan uzak tutularak yerleştirildiği, tedavi ve bakım hizmetlerinin

yeterli düzeyde verilemediği, yaşam koşulları iyi olmayan, insan haklarının ihlal edildiği, hastaların yaşam boyu kaldıkları "depo" hastanelere dönüştürüldüler (**Çiçekoğlu ve Duran, 2018**). Akıl hastaneleri bu dönemde, ruhsal sorunları olan kişilerin, tedavi edilmelerinden çok, kapatılarak toplumdan tecrit edilmelerine hizmet etmiştir. Günümüzde artık depo hastanesi işlevinden uzaklaşmış olsa da, akıl hastanesi modelinde tedavi ve bakım standartlarının çok zayıf olduğuna ilişkin güçlü kanıtlara sahibiz.

Ruh sağlığı hastanelerine toplum temelli alternatifler

Büyük ruh sağlığı hastanelerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş, çeşitli nedenlere bağlı olsa da, bu alanda öne çıkan etmenler; hizmetlere daha iyi erişebilmek, daha iyi klinik, toplumsal sonuçlar elde etmek, hizmet alanların memnuniyetini sağlamak, bu konuda artan gereksinimleri karşılamak, insan haklarını korumak olarak sıralanabilir (**Caldas de Almeida ve Killaspy, 2011**).

Toplum temelli hizmetlere geçiş, Avrupa'da farklı ülkelerde farklı gelişmelerin sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu ülkelerde ruh sağlığı alanında reformların gerçekleştirilmesi, siyasi ve toplumsal değişim talepleri ile koşutluk göstermekteydi.

Ruh sağlığı hastanelerine toplum temelli alternatif geliştirme çabaları 1920'lere, 1930'lara kadar gitse de, bu konuda önemli adımlar 1950'lerde atılmıştır. O tarihlerde hasta sayılarındaki artışa koşut olarak giderek kötüleşen bakım standartları, toplum temelli alternatiflerin gerek ruh sağlığı çalışanları gerekse halk tarafından daha ciddi olarak değerlendirilmesini getirmiştir.

Birleşik Krallık'ta 1930 yılında Ruhsal Tedavi Yasası'nın kabul edilmesinin, iki önemli gelişmeye yol açtığı görülür. O tarihlerde ruh sağlığı hastanelerine gönüllü kabul işlemleri tanımlanmaya, hastaneye başvuran hastaların gönüllü kabul edilme durumlarını incelemek ve uygun olup olmadıklarını değerlendirmek üzere ayaktan tedavi birimleri kurulmaya başlanmıştır (**Killaspy, 2006**). Bu dönemde sayıları giderek artan ayaktan tedavi birimleri, toplum psikiyatrisi hizmetlerinin kökeni olarak kabul edilmektedir.

İtalya'da faşist ideolojinin baskın siyasal rejim olarak yükselişi ile birlikte, İtalyan ırkının sağlığını korumak ve artırmak konusunda faşizmin sosyal ideolojisi ile tutarlı adımlar atılmaya başlandığı gözlemlenir. Faşizm, ilk yıllarında, psikiyatryi de içeren bir sosyal refah ve sağlık politikası üzerine yoğunlaşmıştı. O dönemde faşist ideoloji ve onun sosyopolitik teorisinin, İtalya'nın ruh sağlığı alanını da içeren sosyal denetim

politikalarında mevcut olan otoriter anlayışı güçlendirme eğilimi içine girdiği görülüyor. 1904 yılına ait bir İtalyan yasasında yer alan, herhangi bir nedenden dolayı ruhsal rahatsızlığı olan insanların, kendileri veya başkaları için tehlikeli olduğu durumlarda ve kamu skandalına yol açtıklarında akıl hastanelerinde tedavi edilecekleri yönündeki bir düzenleme, sosyal ve politik muhalifleri ruhsal olarak hasta kabul eden faşizmin elinde çok tehlikeli bir silah hâline gelmiştir (**Babini, 2014**). II. Dünya Savaşı yıllarında İtalya'da akıl hastanelerindeki ölüm oranı artışı, genel nüfustakinden 60 kat daha yüksektir (**Babini, 2014**).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında psikiyatri hastalarının bakımında iyimserlik ve umut yaygınlaşırken o döneme üç önemli gelişme damgasını vurmuştur. Bu gelişmeler; açık kapı politikası, 1950'lerde antipsikotik ve antidepresan ilaç tedavilerinin uygulanmaya başlanması ve toplumda bakım hizmetlerinin verilmeye başlanmasıdır (**Caldas de Almedia ve ark., 2017**). O yıllarda ruhsal hastalıkların ortaya çıkışında yaşam koşullarının önemi henüz ortaya konabilmiş değildir.

İtalya'da Franco Basaglia'nın, hastaları sadece kendi iyilikleri açısından önemseyen ve herhangi bir sosyal denetim tavrını reddeden devrimci yaklaşımının 1970'lerde popülerlik kazandığı görülür. Basaglia, 1964'te, Londra'da gerçekleştirilen ilk sosyal psikiyatri toplantısında akıl hastanelerinin kaldırılmasının gereği üzerine konuşmuştur. Basaglia'nın 1968 tarihli Kurum Reddi (L'istituzione Negata) kitabı, antipsikiyatrinin yerine kurum karşıtı bir hareketin doğuşuna işaret etmekteydi (**Babini, 2014**).

Bu gelişmeler doğrultusunda, ruh sağlığı hastanelerini kapatma sürecini başlatan ilk Avrupa ülkesi İtalya olmuştur. İtalya'da 1978'de yapılan yasal bir düzenleme ile kurumsuzlaştırma (deinstitutionalisation) programı başlatılmıştır. Gorizia ve Parma'daki iki ruh sağlığı hastanesi ve Trieste hastanesinin kapatılması, İtalya'da kurumsuzlaştırma sürecinin ilk adımlarını oluşturur (**Babini, 2014**).

Avrupa'da akıl hastanelerinin kapatıldığı bir diğer ülke, Birleşik Krallık idi. 1948'de Ulusal Sağlık Sistemi'nin (National Health Service) kurulması, bu sürecin başlangıcı olarak görülebilir. Ardından 1950'lerde fenotiyazin grubu ilaçların piyasaya sürülmesi ve o dönemdeki sosyal ve politik iklim, akıl hastanelerinin kademeli olarak kapatılması üzerinde etkili olmuştur. Aynı dönemde ruhsal hastalığı olanların hastalığın akut dönemini geçirdikten sonra hastanede tutulmaya devam edilmeleri, insan haklarının ihlali olarak görülmeye başlanmıştı. 1957'de ruhsal hastalıklarla ilgili bir kanun üzerinde çalışan Kraliyet Komisyonu, eve gidebilecek aşamaya gelen

hiçbir hastanın hastanede tutulmamasını önerdi (**Killaspy, 2006**). Hastaların tıbbi gereklilik olmadığı hâlde hastanede tutulmalarının insan hakları ihlali oluşturduğuna yönelik farkındalığın bir sonucu olarak, İngiltere'de 1959 yılında çıkartılan Ruh Sağlığı Yasası ile ruh sağlığı hastanelerine zorunlu yatış işlemleri belirlendi; yasal düzenleme ile gönüllü ve istemsiz yatış arasındaki fark netleştirildi (**Killaspy, 2006**).

Ruh sağlığı hizmetlerinde kurumsuzlaştırma süreci

Hastanelerin kapatılması ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi zaman almakta ve çeşitli zorluklar içermektedir. Bunun için iyi bir planlama, finansal yatırım, uzun vadeli politik taahhüt ve sağlık ile sosyal hizmetler arasında eşgüdümün sağlanması gerekiyor. Kurumsallıktan topluma dayalı alternatiflere geçişin önündeki temel zorluklardan biri, kurumlar kapatılırken uygun alternatiflerin yaratılmasıdır (**European Commission, 2009**).

Geçiş dönemine ilişkin yol gösterici ilkeler arasında, hastaların haklarına saygı gösterilmesi ve tüm karar alma süreçlerine dâhil edilmeleri, yeniden kurumsallaştırmayı (reinstitutionalisation) önleyecek bir sisteminin kurulması, toplum temelli hizmetlerin ruh sağlığı hastanelerinin kapanmasına koşut bir şekilde oluşturulması, toplum temelli bakıma uygun becerilere sahip iyi eğitilmiş sağlık çalışanı istihdamı, ailelere yeterli düzeyde destek sağlanması ve toplumda sürekli olarak farkındalığın artırılması yer alır (**European Commission, 2009**).

Kurumsuzlaştırma süreci, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin gelişimi ile birlikte gerçekleşmelidir. Bazı Avrupa ülkelerinde hastanelerin kapatılması planlanırken bir yandan da hastaneden taburcu olan hastalar için ne tür toplum hizmetleri ve destek sağlanması gerektiği de tartışılmaya başlanmıştır. Bu süreçte en önemli eksikliğin ülkelerde ruh sağlığı yasasının yokluğu olduğu söylenebilir. Dikkate alınması gereken bir başka sorun ise, ruh sağlığı hastanelerinde uzun süredir yatan hastaların ağır derecede engelli olmaları ve toplumda ancak destek göreberek yaşamayı başarabilmeleridir (**Clifford ve ark., 1991**).

Psikiyatri hastanelerinin kapatılması ile koşut giden bir gelişme, psikiyatri yataklarının sayısında ve ortalama yatış süresinde azalma, ayaktan hasta bakımı hizmetlerinin kullanımındaki artış olmuştur. Bu süreçte ayaktan tedavi klinikleri, toplum ruh sağlığı hizmeti sunumunun değerlendirme ve takibinde kilit bir rol oynayarak ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçası hâline geldi.

İhtiyaç ve sorunlarının tanımlanarak durumun bir değerlendirilmesinin yapılması; kapsamlı bir kurumsuzlaştırma stratejisi ve eylem planının geliştirilmesi ve mevcut kaynakların iyi bir şekilde kullanılmasında çok önemli kabul edilir. Yasal bir çerçeve oluşturmak, bir dizi toplum hizmeti geliştirmek, geçiş için çeşitli kaynakları tahsis etmek, bireysel planlar oluşturmak, geçiş sırasında bireyi ve toplumu desteklemek, hizmetin niteliğini izlemek ve değerlendirmek geçiş stratejisinin önemli bir parçasını oluşturur. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile güçlü bir eşgüdüm, ağır ruhsal hastalığı olan insanlara bütünlüklü bir bakım sunmanın önemli bir yoludur (**Caldas de Almeida ve Killaspy, 2011**).

Kurumsuzlaştırmaya giden yol doğrusal değildir; değişim karmaşık olma eğilimindedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Gulbenkian Küresel Ruh Sağlığı Platformu, kurumsuzlaştırma için temel ilkeleri; uzun süredir hastanede kalanlar taburcu edilmeden önce toplum ruh sağlığı hizmetlerinin oluşturulmuş olması, sağlık işgücünün değişime kendini adanması, yüksek düzeyde siyasi destek, uygun zamanlama, ek finansal kaynaklar olarak belirlemiştir (**WHO, 2014**). Bu süreçte toplum temelli hizmetlerin mevcut olması, kurumsuzlaştırılmanın evsizliğe, haksızlığa uğramaya veya bakım ihtiyacı olanların ihmeline neden olmasına yol açabilmektedir. Bir diğer önemli nokta ise, sağlık çalışanları ve sağlık meslek kuruluşlarının değişimin planlanması, uygulanması ve izlenmesinde etkin olarak yer almalarıdır.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri

Toplum temelli modelde tedavi ve bakım hizmetlerinin ruh sağlığı hastanelerinin yerine hastanın kendi yaşadığı çevrede sağlanması temel alınır. Hastane temelli modelde hastaneye yatırma temel hedef olarak görülürken, bu modelde ruhsal hastalığı olanların hastaneye yatışlarının önlenmesi ve hastaların gerekli düzeyde destek sağlanarak kendi başlarına yaşayabilme becerisini kazanmaları amaçlanır. Bu hizmetler; toplum temelli ruh sağlığı anlayışıyla geleneksel ruh sağlığı hastanesine alternatif olarak işlev gören gündüz hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, genel hastaneler içindeki psikiyatri servisleri, destekli istihdam modelleri, destekli konutlar gibi yapılar üzerinden verilir.

Toplum temelli ruh sağlığı modeli, ruh sağlığı için gerekli olan hizmetleri; ruh sağlığını korumayı ve ruhsal hastalık oluşumunu önlemeyi (birincil önleme), ruhsal hastalıkların erken dönemde tanısını koymayı, tedavi ve bakımını vermeyi (ikincil önleme), ruhsal hastalıkların rehabilitasyon ve bakımının sürekliliğini sağlamayı (üçüncül önleme) içeren bir çerçevede ele

alan bir sistemdir. Bu modelde, hastaların hastaneye yatmalarının önüne geçilerek toplumsal yaşamdan kopmalarının engellenmesi, işlevselliklerinin geri kazandırılması, takip ve tedavilerinin sürdürülmesi yanında, hastanın yaşadığı çevrede temel yaşam ihtiyaçlarının karşılanması, başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve kendi başına hayatını sürdürmek üzere gerekli desteğin sağlanması amaçlanır (**Çiçekoğlu ve Duran, 2018**).

Toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımında, hastanın yaşadığı yerde tedavi ve bakım hizmetlerinin verilmesi ve ruhsal hastalığı olanların insan haklarının gözetilmesi temel alınır. Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran bu sistem, ruh sağlığı hastalarının damgalanması ve ayrımcılığa uğramasına karşı bir mücadeleyi ve halkta bu yönde bir farkındalık ve duyarlılık oluşturulmasını da hedefler. Bu modelde, hastanın çok gerektiği durumlarda kısa süreli olarak hastanede yatması, hastaneden taburcu olduktan sonra da tedavi ve bakım hizmetlerinin yaşadığı çevrede, toplumsal yaşama katılması sağlanarak verilmesi için çaba gösterilir.

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin temel bir bileşeni, bu hizmeti gerçekleştiren temel unsurlardan biri olan toplum ruh sağlığı ekibidir (**Thornicroft ve Tansella, 2013**). Ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin sağlık dışı desteklere ihtiyacı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle toplum ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçası, toplumsal bakım hizmetleridir. Özellikle de, ağır ve kalıcı ruhsal hastalığı olan kişiler için sağlık hizmetleri ve sosyal bakımın bütünlüklü olarak verilmesi önem taşır.

Farklı ülkelerde farklı toplum bakımı modelleri bulunmaktadır. İngiltere’de 1990 yılında gündeme gelen Bakım Programı Yaklaşımı, sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının değerlendirmesini, bir bakım planını ve düzenli incelemeleri içerecek şekilde ruh sağlığı hizmetlerinin işleyişinde temel bir çerçeve oluşturmuştur (**Killaspy, 2006**). Bu programın uygulanmasıyla ruhsal sağlık sorunları olan kişiler için bakımın sürekliliği geliştirilmeye çalışılmıştır.

İngiltere’de, 1999 yılında çıkartılan Ruh Sağlığı Ulusal Hizmet Çerçevesi ile, toplum ruh sağlığı ekipleriyle etkileşime geçerek belirli gruplara odaklanmak üzere tasarlanmış bir dizi yeni toplum ruh sağlığı hizmeti geliştirilmiştir. Burada yeni bir model olarak tanımlanan erken müdahale hizmetleri ve kriz çözümlenme ekiplerinin, toplum ruh sağlığı ekibi bakımına kıyasla, başvuru olasılığını azalttığı ve hizmet sunumunda hasta memnuniyetinin artmasına yol açtığı gösterilmiştir (**Killaspy, 2006**).

Son 20 yılda, ev temelli toplum ruh sağlığı hizmetlerinin geliştiği gözlenmektedir. Ev temelli toplum ruh sağlığı hizmetleri arasında erken müdahale, kriz çözümleme, evde tedavi ve sosyal yardım hizmeti sunma gibi hizmetler yer alır. Bu tür müdahalelerde; ruhsal hastalık belirtilerinin azaltılması, hastaneye yatışların düşürülmesi ve maliyet etkinliği amaçlanmaktadır (Caldas de Almedia ve ark., 2017). Toplum ruh sağlığı hizmetleri arasında, destekli konutlar olarak tanımlanan ortak konaklama yerlerinde bağımsız bir yaşam veya tek kişilik oda kullanımı da yer almaktadır.

Toplum hastane denge modeli

Özellikle de ağır ruhsal hastalığı olanlara yönelik olarak, hastane temelli ve toplum temelli modeller birleştirilerek "toplum hastane denge modeli" adıyla karma bir model oluşturulmuştur. Ruh sağlığı hastalarına toplum temelli hizmet modeli çerçevesinde tedavi ve bakım hizmetleri sağlanırken, hastanın kendisi ve toplum için tehlike oluşturması, tedavide işbirliği yapmaması, altta yatan hastalığın araştırılması gibi durumlarda hastanın hastaneye yatışı gerekli olabilmektedir (Çiçekoğlu ve Duran, 2018).

Kurumsal ve toplum temelli bakım arasında ruh sağlığı hizmetleri açısından denge kurulması için, yol gösterici ilkelerin oluşturulması önerilir. Bu ilkeler arasında insan haklarının korunması, erişilebilirlik, kapsamlılık, eşgüdüm ve bakımın sürekliliği, etkinlik, eşitlik ve verimlilik yer almaktadır (McDaid ve Thornicroft, 2005). Öncelikle, hizmetlerin toplumda mı yoksa hastane ortamında mı verildiğine bakılmaksızın temel insan haklarına saygı gösterilmelidir. Hizmetler bireylerin özerkliğine saygı göstermeli ve karar vermeleri için yetki vermelidir. Hizmet sunumunda en az kısıtlayıcı tedaviler üzerine odaklanılmalıdır. Hizmetler yerel olarak mevcut olmalıdır; yerel hizmetlerin yokluğu özellikle kırsal alanlarda hizmetlerin alınmasını engelleyecektir. Hizmetler nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli tüm olanakları ve programları içermelidir. Hizmetler bir dizi sosyal, psikolojik ve tıbbi bakım gereksinimini karşılamak için eşgüdümlü bir şekilde verilmelidir. Ruh sağlığı hizmetlerinde kanıta dayalı uygulamalara, izleme ve değerlendirmeye önem verilmelidir. Etkinliğin kanıtı, hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır. Hizmetlere erişim ihtiyaç temelinde olmalıdır. Hizmetler ödeme gücünden bağımsız bir şekilde ihtiyaca bağlı olarak ve ülke genelinde eşit bir şekilde dağıtılarak verilmelidir. Hizmetlerin geliştirilmesinde ve kaynakların tahsisine ilişkin kararların alınmasında maliyet etkinlik kanıtı göz önünde bulundurulmalı; ancak sağlık bakım kaynaklarının kullanımı konusundaki kararlar hiçbir zaman yalnızca maliyet etkinliğine dayanarak alınmamalıdır.

Maliyet etkinliğini kullanmak ancak kaynakları, sağlığı iyileştirmeyi en iyi sağlayacak müdahalelere veya hizmetlere yönlendirmeye yardımcı olabilir (McDaid ve Thornicroft, 2005).

Ruh sağlığı hastanelerinin kapatılması, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinden daha kolaydır. Toplum temelli bakım tam olarak gelişmeden hastane yataklarını kapatılması ruh sağlığı hizmetleri açısından tehlike oluşturmaktadır. Hükümetler, ruh sağlığı hizmetlerinin, hem toplum temelli hizmetler hem de yatan hasta hizmetleri olarak ve birinci basamak hizmetleri aracılığıyla toplumsal bakım desteği ile birlikte verilmesini sağlamalıdır (Caldas de Almeida ve Killaspy, 2011).

Ruh sağlığı hizmetlerinde sadece hastane yaklaşımını destekleyen ikna edici veriler yoktur. Toplum temelli hizmetlerin tek başına kapsamlı bakım sağlayabildiğine ilişkin bilimsel bir kanıt da ortaya konamamıştır. Çalışmalardan elde edilen veriler, dengeli bakım yaklaşımı görüşünü desteklemektedir. Bu, ruh sağlığı hizmetlerinin toplum ortamlarında sağlanması, hastane yatışlarının mümkün olduğunca kısa süreli olması ve yalnızca gerektiğinde kullanılması anlamına gelmektedir (Caldas de Almeida ve Killaspy, 2011).

Thornicroft ve Tansella (2013) tarafından tanımlanan "dengeli bakım modeli"ne göre, düşük düzeyde kaynaklara sahip olunan ortamlarda, ruh sağlığı alanındaki hizmetlerin çoğu temel bakım düzeyinde ve birincil basamak sağlık hizmetinde çalışanlar tarafından verilir. Orta gelir düzeyindeki ortamlarda, yaygın ruhsal bozuklukları olan bireylerin tedavisinde güçlü birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanı sıra, kaynakların izin verdiği ölçüde genel yetişkin ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi de gündeme gelir. Genel yetişkin ruh sağlığı hizmetleri için gerekli unsurlar; toplum ruh sağlığı ekipleri, ayaktan tedavi klinikleri / gezici klinikler, akut yatan hasta bakımı, uzun süreli toplum temelli evde bakım, iş ve meslek hizmetleri olarak sıralanabilir. Dengeli bakım modeli, yüksek kaynaklara sahip olduğunda ise, temel ruh sağlığı bakımının verildiği birinci basamak sağlık hizmetleri ve genel yetişkin ruh sağlığı hizmetlerine ek olarak, kaynakların izin verdiği ölçüde yetersiz karşılanan ihtiyaçlara yönelik uzman müdahalelerini içeren bir dizi özel hizmetin sunulmasını önerir. Dengeli bakım modeli, bir yönüyle, ülkelerin gelir düzeyleri ve sahip oldukları kaynaklara göre, vermeleri beklenen ruh sağlığı hizmetlerini tanımlamaktadır.

Toplum temelli modele geçiş katkıda bulunan etkenler

Caldas de Almedia ve arkadaşları (2017), ruh sağlığı hastanelerinden toplum temelli alternatiflere başarılı

geçişe katkıda bulunan etkenleri şu şekilde tanımlamışlardır:

- Toplumda hastalar ve insanlar arasındaki doğrudan temasın teşvik edilmesi,
- Değişim ve toplum temelli bakım için yeterince eğitilmiş bir işgücüne sahip olunması,
- Topluma dayalı hizmetler geliştirmek için yeterli finansman tahsis edilmesi,
- Yeniden kurumsallaştırmayı önlemek için uygun basamaklı bakım yollarına yatırım yapılması,
- Hasta ve bakıcıların, politika geliştirme, toplum hizmetleri ve bakım için bireysel planlar oluşturma sürecinde doğrudan yer alması için fırsatların yaratılması,
- Ruh sağlığı hastanelerinin kapanmasından önce veya buna koşut olarak kapsamlı bir dizi toplum ruh sağlığı hizmetinin geliştirilmesi,
- Ağır ruhsal bozukluğu olan kişileri desteklemek için birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi,
- Genel hastanelerde psikiyatri birimlerinin kurulması,
- Erken müdahale gibi düşük maliyetli olan toplum temelli bakım modellerine yatırım yapılması,
- Sağlık ve sosyal bakımın eşgüdümünün ve bütünlüğünün sağlanması,
- Yeterli çalışan desteği ile hasta gereksinimlerini karşılayabilecek uygun alternatif konaklama olanaklarının sağlanması ve daha bağımsız ortamlara geçmeleri için hastaların desteklenmesi,
- Sosyal olarak kapsayıcı uygulamaların ve yaklaşımların benimsenmesi, özellikle de toplumda istihdam olanaklarının geliştirilmesi.

Toplum temelli modelin sosyo-kültürel boyutu

Hastane temelli olandan toplum temelli ruh sağlığı ağına geçiş, aslında toplumda büyüyen demokrasi talebine yanıt verme yönünde doğal bir gelişim sürecidir. Ancak bu geçişin, beraberinde çeşitli güçlükleri de getirdiği biliniyor. Kurumsal ruh sağlığı hizmetlerinden başarılı bir şekilde uzaklaşan Avrupa ülkeleri bile toplumda sağlanan hizmetlerde zorluklarla karşılaşmaktadır.

Kurumsuzlaştırmadan çoğu zaman yapısal bir değişiklik yerine mevcut ruh sağlığı hastanelerinde yatakların azaltılması anlaşılmaktadır. Avrupa ülkelerinin hiçbirinde kurumsuzlaştırma süreci tatmin edici bir düzeye ulaşabilmiş değildir. Bu durumun sadece ekonomik zorluklarla açıklanamayacağı belirtiliyor. Kurumsuzlaştırma sürecinin başarılı bir şekilde sonuçlandırılarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin kurulması şeklindeki bir reform, öncelikle uzun süreli ruhsal hastalığı olanların tedavisine ilişkin tutum ve

görüşlerin değiştirilmesi ve toplumun bakımından sorumlu olanların ikna edilerek sürece etkin şekilde katılımlarının sağlanması ile mümkün olabilecektir (**Haug ve Rossler, 1999**).

Ruh sağlığı hastaneleri kapatılırken toplumsal alternatiflerinin oluşturulması, hizmet sunumunda ortaya çıkabilecek boşlukların ve kesintilerin önlenmesi ve hastaneden taburcu edilenlerin klinik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanabilmesi açısından çok önemlidir. Yeterli tıbbi ve sosyal bakım ile birlikte iyi bir hastane temelli modelin, tamamlanmamış, yeterli çalışanı olmayan, yalıtılmış toplum temelli bir modele tercih edilebileceği unutulmamalıdır (**Fioritti ve ark., 1997**).

On Avrupa ülkesinde, ağır ruhsal hastalığı olan kişiler için yapılan 213 uzun süreli bakım biriminde gerçekleştirilen bir araştırmada, birimlere verilen olumlu puanların, hastaların özerkliği, özyönetimi ve bakım deneyimleri ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (**Killapsy ve ark., 2012**). Özerklik üzerindeki etkinin, hastane temelli birimlerden çok topluluk temelli birimlerde olan hastalarda daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ağır ve uzun süreli engellilerin, büyük ve geleneksel kurumlarda mı bakılması, yoksa uzun süreli toplum temelli evde bakım hizmetlerine mi aktarılması gerektiği konusu önemlidir. Kurumsuzlaştırma dikkatli bir şekilde yapıldığında ve daha önce uzun süreli yatan hasta bakım hizmeti almış olan hastalar toplum bakımına geçtiklerinde, sonuçların çoğunluk için öncekine benzer ya da ondan daha elverişli olduğu görülmüştür. Toplumda herhangi bir alanda ihtiyaç duyulacak olan uzun süreli bakım hizmetinin kapsamı ve kapasitesi, yerel olarak hangi hizmetlerin sağlanabileceğine ve aile bakım düzeyi gibi sosyal ve kültürel etkenlere de bağlıdır (**Thornicroft ve Tansella, 2013**).

Ağır ruh sağlığı sorunları olan kişiler için uygun basamaklı bakım yollarına yatırım yapmak, yeniden kurumsallaştırmayı önlemenin önemli bir yoludur. İyi bir rehabilitasyon hizmetinin bileşenleri arasında; yatan hasta ve toplum temelli rehabilitasyon birimleri, toplum rehabilitasyon ekipleri, destekli konaklama ve buna yönelik hizmetler yer almaktadır. Bu hizmetler toplumsal yaşam için gerekli becerilerin ve güvenin kazanılmasını amaçlar. Bu süreçte, mümkün olduğu kadar bireysel özerklik ve bağımsızlığa ulaşma hedeflenerek hastaların sahip olduğu belirtiler ve işlevsel bozukluklar ele alınır ve en aza indirmeye çalışılır (**Joint Commissioning Panel for Mental Health, 2016**). Birleşik Krallık'taki rehabilitasyon hizmetlerinin, yaklaşık beş yılda insanların üçte ikisinin başarılı bir şekilde toplumsal yaşama geçmelerine

yardımcı olduğu gösterilmiştir (**Killaspy ve Zis, 2013**). Rehabilitasyona yönelik bakımın niteliğinin yüksekliği, hastaların özerkliği ve bakım deneyimleri ile olumlu olarak ilişkili bulunmuştur. Bakımın niteliğini iyileştiren müdahaleler hastaların özerkliğini de artırabilmektedir.

Sosyal içerme, toplum ruh sağlığı bakımının önemli bir hedefidir. İstihdam, sosyal katılım ve barınma, ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların, özellikle de ruh sağlığı hastanelerinden taburcu olduklarında toplumla bütünleşmelerini sağlamak açısından çok önemlidir (**Caldas de Almeida ve Killaspy, 2011**). Ağır ruhsal hastalığı olanlar damgalanma ve ayrımcılığı sık olarak yaşarlar. Ayrımcılık; düşük yardım arama sıklığına, bakıma erişememe, yetersiz tedavi, maddi yoksulluk ve sosyal ötekileşmeye neden olabilmektedir (**Thornicroft ve ark., 2009**).

Hem sosyal model hem de kişisel deneyimler açısından engellilik ve sosyal dışlanma iç içe geçmiştir. Hall (2009), 15 niteliksel çalışmanın meta analizinde, ruhsal engelliler için sosyal içerme unsurlarını ve deneyimlerini açıklar. Altı tema belirlenmiştir: Kabul edilmek, ilişkiler, faaliyetlere katılım, konaklama, istihdam ve destek sistemleri. Engellilerin sosyal içermesini teşvik etmek için kullanılan yaklaşımlar, büyük ölçüde engelliliğin doğası hakkındaki anlayışımıza dayanmaktadır. Çağdaş engellilik söylemi, bireysel yetersizliklerden ziyade sosyal engelleri vurgulayan bir sosyal modelin temelinde yer alır (**Cobigo ve Stuart, 2010**). Ruhsal hastalığı olanlarda sosyal içermeyi teşvik etmek için çeşitli araçlar vardır. Bunlar arasında ruhsal hastalığı olanlar için kaynak eşitsizliği konusunda farkındalığı artırma, toplum temelli destek ve hizmetler, ilerici mevzuat ve politika geliştirmek için insan hakları söyleminin kullanılması, başkalarıyla eşit şekilde iş bulma hakkına sahip olma, damgalanma ve ayrımcılıkla mücadele çabaları, sistem izleme ve değerlendirmesi sayılabilir (**Cobigo ve Stuart, 2010**).

Toplum temelli modelin sosyo-ekonomik sonuçları

Kurumsuzlaştırmanın ekonomik sonuçlarının araştırıldığı bir gözden geçirme çalışmasında, hastaların ihtiyaçları ve bakımın niteliği göz önünde bulundurulduğunda bile, toplum temelli modellerin kurumsal temelli bakımdan daha maliyetli olmadığı bulunmuştur (**Knapp ve ark., 2011**). Çalışmada, daha pahalı olabilecek yeni toplum temelli hizmet modelleri, uygun şekilde kurulup yönetildiklerinde daha iyi sonuçlar verebildikleri için, maliyet etkin olarak değerlendirilmiştir. Toplum temelli bakım için yapılan yetersiz harcamaların, ilgili bireyler ve aileleri için zayıf sonuçlara yol açması muhtemeldir. Bu koşullarda

yeniden kurumsallaştırma gündeme gelebilmektedir (**Knapp ve ark., 2011**). Bu da toplum temelli modelin terkedilmesi anlamına gelecektir.

1990'lı yılların ortalarında gerçekleştirilen kurumsuzlaştırma ve topluluk yaşamı ile ilgili 73 çalışmanın gözden geçirilmesi, topluma dayalı hizmetlerin en iyi seçenek olduğunu ortaya koymuştur. Yüksek nitelikli toplum hizmetleri sağlanırsa, daha önce kurumda tedavi edilmiş olan hastaların çoğunun açık olarak toplum yaşamını tercih ettikleri ve daha yüksek seviyede kişisel memnuniyet ve sosyal katılım gösterdikleri gözlenmiştir (**European Commission, 2009**). "Kurumsuzlaştırma ve Topluluk Yaşamı: Sonuçlar ve Maliyetler (DECLOC)" raporundan elde edilen bulgular, toplum temelli bakım modellerinin kurumlardaki tedavi uygulamalarından daha pahalı olduğuna dair bir kanıt bulunmadığını göstermektedir (**European Commission, 2009**).

Ruh sağlığı hizmetleri; ruh sağlığı sorunları ve bozukluklarının tanımlanması, ruh sağlığı sorunlarının ve birincil düzeydeki bozukluklarının tedavisi, psikiyatrik ayaktan tedavi, yatan hasta bakımı ve rehabilitasyonu içerir. Birçok Avrupa ülkesi ruh sağlığı bütçelerinin çoğunu psikiyatri yataklı hasta bakımına ayırmaktadır (**Samele ve ark., 2013**). Yatan hasta bakımına yüksek oranda finansman ayrılması, kaçınılmaz olarak toplum ruh sağlığı hizmetlerini geliştirmeye yönelik yatırım veya kaynak miktarının kısıtlanması anlamına gelmektedir. Sonuçta, toplam hastane bakımı ile toplum bakımı maliyetleri arasında çok az bir fark bulunduğu ve genel olarak toplum bakımının uzun süreli hastane bakımından daha uygun maliyetli olduğu kabul edilmektedir (**Thornicroft ve Tansella, 2002; Thornicroft ve Tansella, 2004**). Kurumlardan toplum hizmetlerine geçiş, kurumsal bakıma ayrılan finansal ve insan gücü kaynaklarının, büyük ruh sağlığı hastanelerinden toplum temelli bakıma aktarılması o alanda kullanılması için olanak yaratacaktır (**Semrau ve ark., 2011**).

Türkiye'de toplum ruh sağlığı alanında ilk uygulamalar

Ülkemizde toplum ruh sağlığı alanındaki ilk uygulamalar, hastalara hastane dışında tedavi ve uyumlandırma hizmetleri ile sağlıklı kişilere koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesinin hedeflendiği ruh sağlığı dispanserlerinin kurulmasını içerir. Bu çerçevede, 1960'lı yıllarda ilk Ruh Sağlığı Dispanseri İstanbul'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı olarak Aksaray'da hizmete girmiş; bunu sırasıyla Kocamustafapaşa, Kasımpaşa, Eyüp, Üsküdar, Sağmalcılar ve Beşiktaş Ruh Sağlığı Dispanserleri izlemiştir. Aynı dönemde, Ankara'da Yenişehir Ruh Sağlığı Dispanseri kurulmuştur (**Doğan, 2016; Kahiloğulları, 2019**).

Toplum ruh sağlığı hastaneleri açısından ikinci uygulama alanı gündüz hastanelerinin açılması olmuştur. İlk kez 1970'de, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı olarak Bakırköy'de gündüz hastanesi açılmıştır (**Kahiloğulları, 2019**). Bir diğer gündüz hastanesi uygulaması 1988 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde başlatılmıştır. 2004 yılında Kocaeli Üniversitesi'nde, üniversite hastanesinden ayrı olarak erişkin ruhsal hastalığı olanlar için bir tedavi ve uyumlandırma birimi olarak gündüz hastanesi kurulmuştur. 2006 yılında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde kurulan Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi ve 2007 yılında Akdeniz Üniversitesi Gündüz Hastanesi bu alandaki diğer uygulamalardır (**Doğan, 2016; Kahiloğulları, 2019**). Türkiye'de gündüz hastaneleri farklı tarihlerde çeşitli kurumlarda açılmış olmakla birlikte süreklilikleri sağlanamamış, bir kısmı toplum ruh sağlığı merkezlerine dönüştürülürken diğerleri kapatılmıştır. Türkiye'de hâlen faaliyet gösteren bir gündüz hastanesi yoktur.

Bu alandaki bir diğer uygulama, 1989 yılında, krize müdahale, intiharı önleme, yas gibi konularda koruyucu ruh sağlığı hizmetleri vermek üzere Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin kurulması olmuştur (**Doğan, 2016**).

Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni

Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde, ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, birinci basamak ve devlet hastanelerinde sunulan ruh sağlığı hizmetleri ve uzmanlar tarafından sunulan ruh sağlığı hizmetlerinden oluşması gerektiği belirtilmektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2006**).

Politika metninde, psikososyal tedavi ve rehabilitasyonda, ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların toplum içinde bağımsız şekilde yaşayabilmeleri için sosyal ve mesleki beceriler kazanmalarını sağlamak amacıyla çeşitli yöntemlerin kullanılması önerilmektedir. Ruh sağlığı alanındaki tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin uygulandığı ortamlar; poliklinikler, gündüz hastaneleri, sosyal klüpler, grup evleri ve hastaların kendi evleri olarak tanımlanmıştır. Ciddi ruhsal bozukluğu bulunan kişilerin toplum içinde yaşama, çalışma, sevme ve öğrenme yeteneklerini kazanarak yaşamlarını daha iyi sürdürebilmelerinin, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin başlıca odak noktaları olduğu belirtilmiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile bütünleştirilmesi, ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğinin artırılması, ruhsal sorunu olan bireylerin temel insan

haklarından yararlanmaları, damgalanma ve ayırimcılığın ortadan kaldırılması için çalışmaların yapılması, ruh sağlığı alanında eğitim ve araştırmaya gereken önemin verilmesi, insan gücünün artırılması yine bu metinde yer verilen konulardır.

Politika metninde ayrıca, ruhsal bozukluğu olan kişilerin toplumla bütünleşmesi, yüksek nitelikte hizmet sunulması, hizmetlere ulaşılabilirliğin artırılması, iş, eğitim ve istihdam gibi önemli konularda insan haklarının korunması için yasal bir çerçeve sağlamak üzere ruh sağlığı yasasının çıkartılmasının önemine vurgu yapılmakta; yasanın ruh sağlığının geliştirilmesi, ruhsal bozukluklarının önlenmesi konusunda önemli bir rol oynayacağı bildirilmektedir.

Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme

Ülkemizde ruh sağlığı alanındaki bir diğer önemli gelişme, 14 Temmuz 2009 tarihinde Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin imzalanarak Resmi Gazete'de yayımlanması olmuştur (**Resmi Gazete, 2009**). Sözleşme, devletin ruhsal sorunları olan bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine yurttaşlık temelinde eşit erişimleri, yaşamlarını insan hak ve özgürlükleri güvence altına alınarak sürdürmelerini sağlamakla yükümlü olduğunu ortaya koyması açısından önemlidir. Sözleşme'nin güvence altına aldığı haklar arasında; yaşama hakkı, kişi özgürlüğü ve güvenliği, yasa önünde eşit tanınma, adalete erişim, işkence yasağı, sömürü, şiddet veya istismara maruz kalmama, bedensel ve ruhsal bütünlüğe saygı, toplum içinde yaşama, düşünce ve ifade özgürlüğü, özel hayata saygı, eğitim hakkı, sağlık hakkı, çalışma hakkı, siyasal ve toplumsal yaşama katılım yer almaktadır.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı

Ulusal Ruh Sağlığı Politikası'nın yayımlanmasından 5 yıl sonra, 2011 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçilmesini hedefleyen bir Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı oluşturulmuştur (**Sağlık Bakanlığı, 2011**).

Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı modeline geçilmesi çalışmaları çerçevesinde oluşturulan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın; Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Korumalı Ev projesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin yürüttüğü Bahçelievler Toplum Ruh Sağlığı Projesi ve hastane bünyesinde kurulan gündüz hastanesi, Akdeniz, Ankara ve Kocaeli Üniversiteleri bünyelerinde kurulan rehabilitasyon merkezleri ve gündüz hastaneleri deneyimleri kullanılarak oluşturulduğu belirtilmiştir. Eylem Planı'nda Mayıs 2008'de açılmış olan Bolu Ruh Sağlığı Hastanesi'ne bağlı Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin çalışmalarının verileri ve yurt dışı gözlemlerin ışığında oluşturulduğu belirtilen toplum

temelli ruh sağlığı modeline geçiş projesinin ana ilkelerine yer verilmiştir (**Sağlık Bakanlığı, 2011**). Toplum temelli ruh sağlığı modelinin hedef kitlesini, ağır ruhsal bozukluğu olan veya hastanede uzun süre yatırılan hastalar oluşturmaktadır.

Bu çerçevede yapılması planlananlar arasında; ruh sağlığı alanında çalışan sayısının artırılması, akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesi, psikiyatri yataklarının sayısının artırılması, aile hekimlerinin toplum temelli ruh sağlığı konusunda eğitilmesi, ruh sağlığı hastanelerinin yatak sayılarının azaltılması, genel hastaneler içinde psikiyatri kliniklerinin oluşturulması ve toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması gibi düzenlemeler yer almaktadır.

Ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri, bölgelere hizmet veren ruh sağlığı hastaneleri üzerinden örgütlenmiştir. Eylem Planı'nda, ruh sağlığı hastanelerini tamamen kapatmayı ve yataklı hizmetleri ülke sathına yaymayı hedefleyen toplum temelli modelin maliyetinin yüksek olmasına ve ülkemizin sağlık sistemi, sosyo-ekonomik koşulları ve insan kaynakları açısından eksikliklerine vurgu yapılarak en ideal modelin "toplum hastane denge modeli" olduğu belirtilmiştir. Bu modelde, yeni açılacak yatakların genel hastaneler içinde olması, eşzamanlı olarak toplum ruh sağlığı modelinin kurulup ağır psikiyatrik hastaların tedavi ve rehabilitasyonunun toplum içinde sağlanması ve hafif ruhsal hastalıklar için hizmetlerin aile hekimliği sistemi ile bütünleştirilerek verilmesi planlanmıştır. Bu çerçevede de, sekiz bölgede yer alan ruh sağlığı hastanelerindeki yatak sayıları azaltılırken psikiyatri yataklarını tüm ülkeye yaymak üzere genel hastaneler içinde yeni yatakların açılması hedeflenmiştir.

Toplum ruh sağlığı merkezleri

Sağlık Bakanlığı toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) açma kararını Nisan 2009'da almıştır. Mart 2014'te de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge yayımlanmıştır. Yönergede TRSM'lerin kapsamı; ağır ruhsal bozukluğu bulunan hastalara ait kayıt ve istatistiklerin tutulması, kayıtlı hastaların güçlendirilmesini ve toplumla bütünleşmesini hedef alan rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmaların yapılması, hastalık durumlarının değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve izlenmesi, topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeli ve diğer ilgili personele ağır ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmesi olarak belirlenmiştir.

Eylem Planı'nda ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin olduğu 7 il ile Ankara ve İzmir'de toplam 9 merkezin birinci halka olarak açılacağı bildirilmiştir. Plana göre, ikinci aşamada bu illerle bağlantılandırılan 26

ilden ekipler bu merkezlerde eğitilecekler; üçüncü aşamada kalan 47 ilde TRSM'ler açılacaktır. Son olarak da, merkez nüfusu 100 bin ve üstü olan her yerleşim alanında bir merkez olmak üzere toplam TRSM sayısı 236'ya çıkartılacaktır.

TRSM'ler açılırken plana uyulmamış; Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü verilerine göre açılan TRSM sayısı da 163'te kalmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2019**).

TRSM'lerde hizmet, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları, sosyal çalışmacılar, klinik psikologlar ve hemşirelerden oluşan birbirine eşit mesafedeki bir ekip ve hastanın yaşamını merkeze alan bir anlayışla sunulmalı, toplum ruh sağlığı çalışanlarına bu model doğrultusunda bir eğitim verilmelidir.

Toplum temelli ruh sağlığı modelinde, 150.000-250.000 arasındaki nüfusa yönelik olarak kurulan TRSM'lerde, özellikle de ağır ruhsal hastalığı olanların tedavi ve bakım hizmetleri, ruh sağlığı ekibi tarafından toplumsal yaşama katılımları hedeflenerek verilmektedir. TRSM'lerde bu hizmet, ağır ruhsal hastalara telefonla veya bizzat gezici ekiplerle ev ziyaretleri yoluyla ulaşıp tedaviye davet edilmeleri şeklinde uygulanmaktadır (**Ensari, 2011**).

Sağlık Bakanlığı TRSM'leri kurarken önüne şu hedefleri koymuştur (**Sağlık Bakanlığı, 2018a**): Ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin hastaneye yatırımlarının önlenmesi, yeti yitiminin asgari seviyeye çekilmesi ve işlevsel düzeyde iyileşme sağlamak amacıyla biyolojik ve psikososyal müdahalelerde bulunulması; ağır ruh sağlığı sorunu bulunan yakınlarına bakan aileler için hasta odaklı destek ve psikoeğitim verilmesi; sosyal işlevin istikrarlı hâle getirilmesi ve bireyin toplum hayatı içerisinde geçirdiği sürenin artırılması; birinci basamak sağlık kurumları ve hastane birimleriyle yakın işbirliği; bireylere ve ailelerine yönelik desteğin azamiye çıkarılması amacıyla diğer kurumlarla ve toplum hizmeti veren kuruluşlarla eşgüdümün sağlanması.

Eylem Planı'nda TRSM'lerin işlevsellik kazanmasından hemen sonra yarı yol evleri, korumalı evler ve korumalı işyerlerinin uygulamaya konmalarının planlandığı belirtilmektedir. Toplum temelli modelde ana hedefin, hastanın mümkünse ailesinin veya yakınlarının yanında yaşamını sürdürmesi olduğu; ancak bunun sağlanamadığı durumlarda hastaları büyük hastanelere yatırmak yerine toplum içinde onun bir parçası olarak yaşayabilecekleri yerlere yerleştirmek gerektiği belirtilmektedir. Eylem Planı'na göre, projenin ilerleyen döneminde açılması düşünülen yarı yol evleri, hastaneden taburcu olabilecek ve

ailesinin yanında kalamayacak hastaların 24 saat boyunca sağlık çalışanları tarafından gözlendiği ve desteklendiği evler olarak planlanmaktadır. Bir sonraki aşamada ise, hasta toplum içinde tek başına veya kısmi destekle yaşayabileceği duruma geldiğinde, korumalı evlere nakledilecektir.

Konulan hedeflere karşın uygulamaya bakıldığında, Ruhsal Sağlık Eylem Planı'nın gerçekleştirilmesi, TRSM'lerin açılmasıyla, ki o da kısmi olarak, sınırlı kalmış, ötesine geçilememiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı uygulamaları olarak bakım hizmetleri

Ruhsal hastalıkların sosyal ve ekonomik sorunlarla ilişkisi iyi bilinmektedir. Uygun sosyal ve ekonomik politikalar geliştirilmediğinde, toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarının bütünlüklü bir biçimde hayata geçirilmesi mümkün olamamaktadır.

Bu çerçevede ruh sağlığı hizmetleri, sosyal ve ekonomik politikalarla bütünleştirilerek bu alanda eğitim görmüş bir ekip tarafından, kişinin ihtiyacını dikkate alan bir çeşitlilik içinde verilmelidir. Eylem Planı'nda TRSM'lerin işlevsellik kazanmasından hemen sonra yarı yol evleri, korumalı evler ve korumalı işyerlerinin uygulamaya konulmasının planlanmasına karşın bu adımların atılmamasında, sağlık hizmetlerindeki özelleştirme sürecinin etkisi göz önünde tutulmalıdır.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri arasında bakım hizmetleri temel bir konuma sahiptir. Bakım evlerinin kurulması kamusal kaynaklarla gerçekleştirilmelidir. Özel bakım evleri kurulması anlayışı terk edilmeli; destekli evlerin kurulması ya da kişilerin kendi evlerinde bakım hizmeti almaları teşvik edilmelidir. Kurumsal temelli ruh sağlığı hizmetinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetine geçilirken, ruh sağlığı sorunu olan kişinin ailesinin yanında yaşamını sürdürmesi ya da bağımsız olarak kendi başına bir yaşam sürdürmesi seçenek olarak sunulmalıdır. Ruh sağlığı sorunu olan kişi çatışmalı bir aile ortamından uzak kalmayı tercih ettiğinde, barınma başta olmak üzere gerekli destek sağlanmalıdır.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri verilirken, ağır ruhsal hastalığı olanlar için gündeme gelen yarı yol evleri ve korumalı evler ile kamusal ruh sağlığı hizmetinin düzenli olarak sunulduğu, toplumsal yaşama katılımı desteklemenin amaçlandığı destekli ev modelleri arasındaki fark önemlidir. Korumalı evlerin yaygınlaştırılması, ruhsal sorunu olan kişilerin toplumsal yaşama katılımlarında bir zorluk oluşturabilir. Ağır ruhsal sorunlarda önem kazanan korumalı evlerden, bağımsız yaşamı teşvik eden destekli evlere doğru giden bir örgütlenme modeli oluşturulmalıdır.

Toplum ruh sağlığı hizmetleri ve aile hekimliği sistemi

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın yaşama geçirilmesi ile ilgili zorlukların başında, Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda yapılan düzenlemeler gelmektedir.

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri ile bütünleştirilmesi Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan planlamalarda sıkça vurgulanmasına karşın, değil bütünleşme, bu konuda herhangi bir adım dahi atılmamıştır. Aile hekimliği sisteminin, mevcut uygulamalarıyla bu tür bir bütünleşmenin zeminini ortadan kaldırdığı söylenebilir.

Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık hizmetleri parçalı hâle getirilmiştir. Bu sistemde, aile hekimine kayıtlı nüfusa, talebe dayalı olarak hizmet verilmektedir. Bölge tabanlı hizmetin terkedilmesiyle toplumun belirli bir kesiminin (kayıtsız nüfus, göçmenler, mevsimsel işçiler vb.) birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmasının olanağı kalmamıştır.

Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetlerinden uzaklaştırılıp polikliniklere hapsedilmişlerdir. Aile hekimlerine toplum ruh sağlığı hizmetleri konusunda bir eğitim verilmemiş, farkındalık oluşturma yönünde bir çalışma yapılmamıştır. TRSM'lerdeki ruh sağlığı hizmetleri ile aile hekimliği çalışmaları arasında bir işbirliği söz konusu değildir. Birinci basamak hekimlerinin temel ruh sağlığı hizmetlerini verebilmeleri, gerektiğinde de uygun yönlendirmeleri yapabilmeleri için, ruh sağlığı alanında yapılacak hizmet içi eğitimlerin önemi açıktır. Sevk zincirinin oluşturulması ve birinci basamak sağlık kurumlarının ruhsal sorunlar için ilk başvuru merkezi hâline getirilmesi, ruh sağlığı hastaneleri/klinikleri ve TRSM'lere olan başvuru yoğunluğunu ortadan kaldırılmasının ve daha nitelikli bir hizmet verilmesinin önünü açacaktır.

Toplum temelli modelin finansmanı

Eylem Planı'nda, hastane temelli model tamamen sağlık sistemi tarafından finanse edilirken toplum temelli modelin daha çok sosyal hizmetler ve yerel yönetimler tarafından finanse edildiği, sosyal hizmetlerin mali yapılanmasının sağlık sistemine göre çok daha esnek olduğu, bu esnekliğin kamu maliyesine önemli faydalar sağladığı belirtilmektedir. Aynı planda, finansmanda dikkat edilmesi gereken noktanın model değişikliği sırasında kaynakların aktarımının yapılması olduğu, bu doğrultuda yataklı kurumlara ayrılan paranın toplum temelli modelde sosyal hizmetlere kaydırılmasının gerektiği belirtilmekte, ancak toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlayacak bir finansman önerisinde bulunulmamaktadır.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modellerinin, kurumsal temelli hizmetlerden daha maliyetli olmadığı çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (**Knapp ve ark., 2011**). Burada ülkemiz için öncelikli konu, ruh sağlığı hizmetlerinin kamu kaynaklarından karşılanması ve bütçede toplum ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan payın artırılması olmalıdır. Oysa ki ülkemizde, kamu özel işbirliği modeliyle yapılan, yönetiminde şirketlerin yer aldığı şehir hastaneleri örneğinde olduğu gibi, kamusal sağlık hizmetlerinde kâr dürtülü piyasa mantığının öne çıkmaya başladığı bir süreç yaşanmaktadır.

Yataklı ruh sağlığı tedavi hizmetleri

Ruh sağlığı alanında yataklı tedavi hizmetleri, bireysel özgürlükleri ve temel insan haklarını koruyan bir sistem oluşturularak verilmelidir. Ruh sağlığı hastaneleri ruhsal sorun yaşayan kişilerin ilk başvuru yerleri olmamalıdır. Hastaneye yatış ancak gerekli durumlarda kısa süreli olarak düşünülmeli, hastanın mümkün olan en kısa sürede topluma geri dönmesi hedeflenmelidir. Hastaneye yatışlarda hastanın onayının alınması sağlanmalı, zorunlu yatış işlemleri yaşamsal tehlikenin söz konusu olduğu ve hastanın ikna edilemediği durumlarda, yasal çerçevesi iyi tanımlanarak istisna bir şekilde, en son aşama olarak uygulanmalıdır. Ruh sağlığı hizmetlerinde bireysel özerklik ve insan haklarına saygı temel olmalıdır.

Ülkemizde, DSÖ 2017 verilerine göre, 100 bin kişiye 11,03 ruh sağlığı yatağı düşmekte; toplam ruh sağlığı yataklarının %46,8'i ruh sağlığı hastaneleri içinde yer almaktadır (**WHO, 2019a**). DSÖ verileri, Avrupa bölgesinde en az psikiyatri yatağına sahip ülke konumunda olduğumuzu göstermektedir (**WHO, 2019b**).

Eylem Planı'nda ruh sağlığı hastanelerinde yatak sayısının azaltılmasının hedeflenmesine karşın, bunun gerçekleştirilemediği gözlenmektedir. Bu konuda son dönemde yaşanan bir gelişme, Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü verilerine göre, İstanbul Bakırköy, Diyarbakır ve Van'da toplam 800 yatağı olan üç psikiyatri hastanesi ile İstanbul Bakırköy, Diyarbakır, Erzurum, Samsun ve Van'da toplam 700 yatağı olan dört yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanesi için, kamu-özel işbirliği modeliyle yapmak üzere sözleşme imzalanmış olmasıdır (**Sağlık Bakanlığı, 2018b**). Bu konuyla ilgili son aylara ilişkin bir diğer gelişme ise, Sağlık Bakanlığı'nın kamu-özel işbirliği modeliyle şehir hastaneleri yapma projesinden geri adım atmasıdır. Bu arada, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin bulunduğu araziye kamu-özel işbirliği modeliyle yapılması planlanan ruh sağlığı hastanesinin imar planı, kamu yararı görülmediği ve planlama ilkelerine uyulmadığı gerekçesiyle

İstanbul 6. İdare Mahkemesi tarafından geçtiğimiz aylarda iptal edilmiştir.

Vurgulanması gereken diğer bir nokta, psikiyatri yatıklarının artırılması için izlenen yolun, kamu-özel işbirliği modeliyle yapılan şehir hastanelerinde psikiyatri ve yüksek güvenlikli adli psikiyatri bölümleri açmak yönünde olmasıdır. Şu ana kadar 10 şehir hastanesi açılmıştır; 9 şehir hastanesinin ise yapımı sürmektedir. Kamu-özel işbirliği modeliyle yapılan ve şirketlerin yönetimine bırakılan şehir hastanelerindeki psikiyatri klinikleri aracılığıyla, toplum temelli ruh sağlığı modelinin hastane ayağının oluşturulması olanaklı görünmemektedir.

Ülkemizde çok sayıda psikiyatri yatağına ihtiyaç duyulmayacak bir toplum ruh sağlığı örgütlenmesinin, bu açıdan da yatak sayısından çok yatakların bölgelere göre dağılımının sağlanması önem kazanmaktadır.

Ülkemizde istemsiz yatışla ilgili yasal düzenlemeler, Türk Medeni Kanunu'nun 432-437'nci maddeleri ile yapılmıştır. Eylem Planı'nda, bu maddelerin toplumu ve toplum düzenini korumaya yönelik bir bakış açısıyla düzenlendiğinden hasta hakları konusunda oldukça yetersiz olduğu, bu maddelerin nasıl uygulanacağı hakkında gerekli düzenlemelerin yapılmadığı belirtilmektedir. Bu nedenle de bu maddeler ya hiç uygulanmamış ya da çok yetersiz uygulanmış; istemsiz yatışa hangi durumda, kimler tarafından karar verileceği, sürecin nasıl takip edileceği ve hastaneden taburcu olmanın nasıl yapılacağı gibi konular hukuki olarak belirlenmeden kalmıştır. İstemsiz yatış, Ruh Sağlığı Yasası içinde düzenlenmelidir. Ancak bu konuda da, geçen 8 yılda, meslek örgütleri ve konuyla ilgili sivil toplum örgütlerinin gösterdiği belirli çabalar dışında bir gelişme yaşanmamıştır.

Eylem Planı'nda ruh sağlığı hizmetlerinde eşgüdümü sağlaması için kurulması önerilen Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulu için de herhangi bir adım atılmamıştır. Bilindiği kadarıyla, kurul içinde tanımlanan "meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşları" ile bugüne kadar herhangi bir ilişki kurulmamış ya da süreçle ilgili bir bilgilendirme yapılmamıştır.

Ruh sağlığı alanında uzman insan gücü

Diğer bir sorun alanı, ruh sağlığı profesyonellerinin sayısının artırılmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017 verilerine göre, 25 Avrupa Birliği ülkesinde 100 bin kişiye ortalama 9,9 psikiyatri uzmanı düştüğü; aynı verilere göre ülkemizde 100 bin kişiye düşen psikiyatri uzmanı sayısının ise 1,64 olduğu görülmektedir (**WHO, 2019a; WHO, 2019b**).

Bir uzmanlık alanında uzman işgücü ve iş yükü üzerine olan çalışmaların, esas olarak sağlık çalışanlarının sunduğu hizmetin yapısına dayanması gerekir. Bu doğrultuda önce uzmanlık alanının kendine özgü dokusunu yansıtan "uzmanlık iş standardı" oluşturulmalı, bunun üzerinden "uzmanlık iş yükü standardı" belirlenmeli, son olarak da uzmanlık iş yükü standardı ile var olan sağlık tesisleri üzerinden "insan gücü" hesaplanmalıdır. Sadece uluslararası karşılaştırmalara dayanan psikiyatri uzmanı sayısının artırılması yönündeki bir yaklaşım, bilimsel bir temele oturmamaktadır.

Ülkemizde diğer uzmanlık alanlarında olduğu gibi, psikiyatri alanında da uzman hekim sayısının artırılmasına sadece nicelik yönünden yaklaşılmaktadır. Psikiyatri uzmanı sayısını artırmak amacıyla, altyapı ve eğitici kadroların yeterliliği dikkate alınmadan psikiyatri uzmanlık eğitimi veren kurum sayısı artırıldığı, özellikle de uzmanlık eğitiminin niteliği ve yeterli donanıma sahip psikiyatri uzmanı yetiştirilmesi açısından önemli sorunlar yaşanabilmektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerine erişim

On yedi yıldır uygulamakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel ayaklarından birini, sağlık hizmetleri ile hizmetlerin finansmanının ayrıştırıldığı, prime dayalı Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi oluşturuyor. Her ay ödenen GSS primlerinin yanı sıra, hastaneye başvurulduğunda muayene katılım bedeli, ilaç katılım bedeli, tıbbi malzeme katılım payı gibi 15 ayrı kalemden katkı payı ödenmekte ya da diğer bir ifadeyle cepten ödeme yapılmaktadır. İşsizliğin rekor kırdığı, asgari ücretin açlık sınırının altında olduğu ülkemizde yoksullukla boğuşan yurttaşlarımız, aylık GSS prim ücretini ya da katkı ve katılım paylarını ödeyemediğinde sağlık hizmeti alamamaktadır. Bilindiği gibi, SGK, sadece aylık geliri asgari ücretin üçte birinden az olan yurttaşların prim ödemediğinde sağlık hizmeti almalarına olanak tanıyor.

Prime dayalı GSS sisteminde, ruhsal hastalığı olan bireylerin bir işte çalışma ile zorlukları, düzenli gelirlerinin olmaması, sağlık hizmetine erişimi engelleyebiliyor. Erken dönemde psikiyatrik müdahale olanağını ortadan kaldıran, izlem ve tedavi sürecini kesintiye uğratabilen böylece durumlar, hastalığın ağırlaşması, sürengenlik kazanması gibi sonradan telafi edilmesi zor durumlara neden olabiliyor. Ruh sağlığı da dâhil olmak üzere sağlık hizmetleri tüm yurttaşları kapsayacak şekilde genel bütçeden finanse edilmeli ve ücretsiz olmalıdır.

Ruhsal hastalığı olanlar için istihdam olanakları

Ruhsal hastalığı olan kişiler için istihdam olanaklarının kısıtlılığı, bir diğer önemli sorun olarak karşımıza

çıkıyor. 4857 sayılı İş Kanunu uyarınca, elli ya da daha fazla işçi çalıştıran özel sektöre ait işyerlerinde, mesleki, bedensel ve ruhsal durumlarına uygun olması koşuluyla yüzde üç oranında engelli işçi çalıştırma yükümlülüğü, ağır ruh sağlığı hastalıkları olan kişiler için istihdam olanağı yaratmaktadır. Ancak ruhsal hastalığı olan belirli sayıda kişi bu olanağı elde edebilmekte; işyerlerinin yaklaşımına da bağlı olarak, söz konusu yükümlülük çoğu kez ruhsal sorunları olan kişilerin işyerinde çalışıyor olarak görünmelerini sağlamaktan öte bir işlev görmemektedir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 53. maddesinde engelli memur istihdamına yer verilmiş ve uygulanabilirliğin sağlanması amacıyla, Engelli Kamu Personel Seçme Sınavı ve Engellilerin Devlet Memurluğuna Alınmaları Hakkında Yönetmelik, 2014 yılında Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu yönetmelik uyarınca, doğuştan veya sonradan bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yetenekleri bakımından engel oranının yüzde kırk veya üzerinde ve çalışabilir durumda olduğunu sağlık kurulu raporu ile belgeleyen kişilere, engellilik ve eğitim durumlarına göre yapılan Engelli Kamu Personel Seçme Sınavına girme ve başarılı olanlara kadro bildiren kamu kurum ve kuruluşlarında kura ve yerleştirme işlemleri yoluyla çalışma olanağı tanınmaktadır.

Ağır ruhsal sorunları olan hastalar için, 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun'a göre kurulan korumalı işyerlerinin sayısı ise birkaçı geçmemektedir. Mevcut yasal düzenlemelerin, ruhsal sorunu olan kişilerin istihdamı konusunda yaşanan sorunları çözmekten uzak olduğu görülmektedir.

Damgalama ve ayrımcılıkla mücadele

2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninin yayımlanması, 2009 yılında Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin imzalanması, son olarak da 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın oluşturulmasıyla, ülkemizde ruhsal hastalığı olan kişilerin yaşama hakkı, kişi özgürlüğü ve güvenliği hakkı, sağlık, eğitim ve çalışma hakkı, siyasal ve toplumsal yaşama katılım hakkı gibi temel insan haklarının güvence altına alındığı beyan edilmiş; ancak bu hakların kullanımıyla ilgili gerekli düzenlemeler yapılmamıştır.

Toplum ruh sağlığı hizmetleri ile amaçlanan, ruhsal sorunu olan kişilere yaşamlarını özerk olarak sürdürebilmeleri ile ilgili becerilerin kazandırılması ve toplumsal düzeyde işlevselliklerinin artırılması olmalıdır. Bu da ancak, hastanın yaşamının merkezde olduğu hizmet örgütlenmesi ve hastanın etkin katılımının sağlandığı o kişiye özgü bir ruhsal tedavi süreci ile

mümkün olabilecektir. Ruhsal sorunu olan kişilerin, gerek ruhsal tedavi süreçlerinde gerekse destekleyici mekanizmaların oluşturulmasında, karar süreçlerine katılabilmelerine olanak verilmeli, kararlarını bağımsız olarak verebildikleri bir ortam yaratılmalıdır. Bu da ruhsal sorunu olanlara bireysel özgürlük alanı açan, insan haklarını gözetilen bir hizmet anlayışını gerektirmektedir.

Eylem Planı'nda yer almasına karşın, damgalama ve ayrımcılıkla mücadele konusunda sistemli bir çalışma şu ana kadar yürütülmemiştir. Eylem Planı'nın oluşturulması aşamasından başlayarak Sağlık Bakanlığı, konuyla ilişkili meslek kuruluşları ve sivil toplum örgütleriyle işbirliğine girmemiş, hasta ve hasta yakınlarının oluşturduğu yapılarla bir bağlantı kurmamış, görüş almamış, çeşitli kurum ve kuruluşların bu kapsamda gösterdikleri faaliyetlere uzak durmuştur. Yine bu süreçte toplumda ruhsal hastalıklara bağlı damgalanma, dışlanma ve ayrımcılıkla mücadeleye ilişkin bir adım atılmamış, halkı bilinçlendirme yönünde anlamlı bir çaba gösterilmemiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı uygulamaları sırasında damgalanmaya ve ayrımcılığa karşı duyarlı bir kamuoyu yaratılması, bu konuda halka gerekli bilgilendirmelerin yapılması, eğitimlerin verilmesi; ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içinde bağımsız, eşit yurttaşlar olarak yaşayabilmelerinin öncelikli bir koşuludur.

Sonsöz olarak

Ülkemizde toplum temelli; ruh sağlığı hizmetlerinin geldiği aşama, Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında oluşturulan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda belirlenen hedeflerin oldukça gerisindedir. TRSM'ler planlandığı sırayla açılmamıştır. Açılan TRSM sayısı, hedeflenen toplam sayının %69'una karşılık gelmektedir. Barınma hizmeti verecek kurumların açılması ve istihdamın sağlanması konusu planlandığı gibi ilerlememiştir. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleriyle bütünleştirilmesi yönünde herhangi bir adım atılmamıştır. Ruh sağlığı hastanelerinin yatak sayılarında bir azaltmaya gidilmemiş; aksine kamu-özel işbirliği modeliyle üç farklı bölgede ruh sağlığı hastanesi yapılması için sözleşme imzalanmıştır. Genel hastaneler içinde olması ve tüm ülkeye yayılması hedeflenen psikiyatri yatan hasta ve ayaktan hasta tedavi birimleri, şehrin içindeki kolay ulaşılabilen Sağlık Bakanlığı hastanelerinin kapatılmasıyla şirketler tarafından yönetilen ve genellikle şehrin dışına kurulan ulaşımı zor şehir hastanelerine kaydırılmıştır.

Gerek Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde gerekse Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda Ruh Sağlığı Yasası'nın çıkartılmasının önemine vurgu yapılmasına, bu konuda bir çalışma takvimi de oluşturulmasına karşın, söz konusu yasa çıkartılmamış; bu çalışmaların ilk aşaması olarak planlanan ilgili dernek ve kurumlardan görüş istenmesi dahi gerçekleştirilmemiştir.

Ülkemizde ruh sağlığını korumayı ve ruhsal hastalık oluşumunu önlemeyi, ruhsal hastalıkların erken dönemde tanısını koymayı, tedavi ve bakımını vermeyi, ruhsal hastalıkların rehabilitasyon ve bakımının sürekliliğini sağlamayı içeren ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle bütünleşmiş bir toplum ruh sağlığı modeli oluşturulmalıdır. Bu model, hastaların hastaneye yatışının önüne geçilerek toplumsal yaşamdan kopmalarının engellenmesi, işlevselliklerinin geri kazandırılması, takip ve tedavilerinin sürdürülmesine ve yanı sıra, hastanın yaşadığı çevrede temel yaşam ihtiyaçlarının karşılanması, başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve kendi başına hayatını sürdürmek üzere gerekli desteğin sağlanmasına yönelik bir örgütlenmeyi içermelidir. Ruh sağlığı hizmetlerinin yasal çerçevesi ise, Ruh Sağlığı Yasası çıkartılarak sağlanmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulandığı, eşitsizliklerin, hak ihlallerinin, işsizliğin, güvencesizliğin hâkim olduğu bir sağlık ortamı, toplumsal gereksinimlere karşılık gelecek bir toplum ruh sağlığı sisteminin kurulmasının önündeki en önemli engel olarak durmaktadır. Kamusal kaynaklarla finanse edilen, koruyucu hekimliği önceleyen, sağlık hizmetlerine erişimi herkes için mümkün kılan ve bu hizmetlerden gelir durumuna bakılmaksızın her yurttaşın eşit düzeyde ve ücretsiz olarak yararlanmasına olanak sağlayan bir sağlık sistemi, toplum ruh sağlığı modeli için en uygun koşulları oluşturacaktır.

Kaynaklar

- Babaoğlu, A.** (2002) *Psikiyatri Tarihi*. Okuyan, İstanbul.
- Babini, V.P.** (2014) *Looking back: Italian psychiatry from its origins to Law 180 of 1978*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6): 428-431.
- Caldas de Almeida, J.M., Killaspy, H.** (2011) *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. European Union.
- Caldas de Almeida, J.M., Mateus, P., Tomé, G.** (2017) *Joint Action on Mental Health and Well-Being. Towards Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care*. Co-funded by the European Union.
- Clifford, P., Charman, A., Webb, Y., Best, S.** (1991) *Planning for community care. Long-stay populations of hospitals scheduled for rundown or closure*. *British Journal of Psychiatry*, 158: 190-196.

- Cobigo, V., Stuart, H.** (2010) Social inclusion and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(5): 453-7. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833bb305.
- Çiçekoğlu, P., Duran, S.** (2018) Dünyada ve Türkiye’de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. Ünsal Barlas G (Ed) *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği*. Türkiye Klinikleri, Ankara, s. 8-14.
- Doğan, O.** (2016) Düünden bugüne Türkiye’de sosyal psikiyatri uygulamaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(2): 136-142.
- Ensari, H.** (2011) Koruyucu psikiyatri açısından Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Koruyucu Psikiyatri Özel Dergisi*, 4(4): 86-93.
- European Commission.** (2009) Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care.
- Fioritti, A., Lo Russo, L., Melega, V.** (1997) Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. *American Journal of Psychiatry*, 154(1): 94-98.
- Hall, S.A.** (2009) The social inclusion of people with disabilities: A qualitative meta-analysis. *Journal of Ethnographic and Qualitative Research*, 3: 162-73.
- Haug, H.J., Rössler, W.** (1999) Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(3): 115-122.
- Joint Commissioning Panel for Mental Health.** (2016) Guidance for commissioners of rehabilitation services for people with complex mental health needs.
- Kahiloğulları, A.H.** (2019) Dünyada ve Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri. *Psikiyatride Güncel*, 9(2): 121-131.
- Killaspay, H.** (2006) From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin*, 79-80: 245-258.
- Killaspay, H. ve ark.** (2012) Quality of longer term mental health facilities in Europe: validation of the quality indicator for rehabilitative care against service users’ views. *PLoS One*, 7: e38070. doi: 10.1371/journal.pone.0038070.
- Killaspay, H, Zis, P.** (2013) Predictors of outcomes for users of mental health rehabilitation services: a 5-year retrospective cohort study in inner London, UK. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6): 1005-12. doi: 10.1007/s00127-012-0576-8.
- Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T., Smith, M.** (2011) The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health and Social Care in the Community*, 19(2): 113-125.
- McDaid, D., Thornicroft, T.** (2005) *Mental Health II. Balancing Institutional and Community-based Care*. WHO European Centre for Health Policy, Brussels.
- Resmî Gazete.** (2009) Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme. Sayı: 27288, 14 Temmuz.
- Sağlık Bakanlığı.** (2006) *Ulusal Ruh Sağlığı Politikası*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı.** (2011) *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı.** (2018a) *Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) Hakkında Duyuru*, 22.06.2018-95796091-279. Erişim Tarihi 18 Kasım 2019, <https://www.saglikaktuel.com/haber/toplum-ruh-sagligi-merkezi-trsm-hakkinda-duyuru-62525.htm>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2018b) *Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri*. Güncellenme tarihi: 30.03.2018, Erişim Tarihi 18 Kasım 2019, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2019) *Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) listesi*. Güncellenme Tarihi 26 Haziran 2019, Erişim Tarihi 18 Kasım 2019, <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html>.
- Samele, C., Frew, S., Urquía, N.** (2013) *Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health*. The Institute of Mental Health, Nottingham. Erişim Tarihi 18 Kasım 2019, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf.
- Semrau M, Barley EA, Law A, Thornicroft G.** (2011) Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10(3): 217-225.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M.; INDIGO Study Group.** (2009) Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 373 (9661): 408-15.
- Thornicroft, G., Tansella, M.** (2002) Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*, 1(2): 84-90.
- Thornicroft, G., Tansella, M.** (2004) Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185: 283-290.
- Thornicroft, G., Tansella, M.** (2013) The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental health care. *British Journal of Psychiatry*, 202(4): 246-248.
- WHO** (2014) *Innovation in Deinstitutionalization: a WHO Expert Survey*. World Health Organization, Geneva.
- WHO** (2019a) *Mental Health Atlas, 2017. Member State Profile, Turkey*. World Health Organization, Geneva.
- WHO** (2019b) *Mental Health Atlas, 2017*. World Health Organization, Geneva.