

# Toplum Ruh Sağlığı Modelleri: Dünyada ve Türkiye'deki Mevcut Durum

## Community Mental Health Models in the World and the Current Situation in Turkey

<sup>id</sup> Sevcan KARATAŞ<sup>a</sup>, <sup>id</sup> Behice Belkis ÇALIŞKAN<sup>b</sup>

<sup>a</sup>İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, İstanbul, TÜRKİYE

<sup>b</sup>Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, TÜRKİYE

**ÖZET** Toplum ruh sağlığı hizmetleri, ruhsal sorunu olan bireylerin topluma kazandırılmaları, ruhsal problemlerinin üstesinden gelebilmeleri, rehabilite edilmeleri, kaybettikleri toplumsal rol ve yeterliliklerini yeniden kazanmaları amacıyla yürütülen bütün hizmetleri kapsamaktadır. Ruhsal sorunu olan bireylere etkileşimde bulunduğu çevrede sunulan ve 3 basamaktan oluşan koruyucu, tedavi ve rehabilite edici her hizmet toplum ruh sağlığı kapsamında ele alınmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinin sunum modelleri zaman içinde ihtiyaçların değişmesi, sağaltımın gerçekleşmesi, toplumun ruhsal sorunu olan bireylere olan bakış açısının değişmesi ile beraber yön değiştirmiştir. Bu doğrultuda, genel olarak ruh sağlığı hizmetlerinin sunum modelleri; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli olmak üzere temelde 3 kategoriye ayrılmaktadır. Dünyada pek çok ülkede ve ülkemiz genelinde uzun yıllar hastane temelli model uygulanmış olup; günümüzde bu model yeterliliğini kaybetmiş, eksiklikleri ile eleştiri konusu olmuş, yerini toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeline bırakmıştır. Toplum temelli model ise tıbbi müdahalenin eksik kalması nedeni ile uzaklaşılan bir model hâline gelmiş, sonraki yıllarda yerini toplum-hastane denge modeline bırakmıştır. Ağır ruh sağlığı hastalarının tedavisi ve bakımı konusunda toplum-hastane denge modeli geliştirilmiş olup, dikkat edilmesi gereken hususlar ise sunulan hizmetlerin yaşanılan çevreye yakın olması, hastane yatış sürelerinin mümkün olduğu kadar azaltılması ve ruh sağlığına ayrılan bütçenin hastaneler yerine toplum temelli hizmetlere aktarılmasıdır. Türkiye'de toplum temelli model uygulanmaktadır. Fakat ülkemizdeki ruh sağlığı uygulamaları toplum-hastane denge modelini uygulamaya daha yakın olmasına rağmen henüz aktif hâle gelememiştir. Bu bağlamda, modele yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda hastaların topluma kazandırılmalarını önemli ölçüde artıracaktır.

**ABSTRACT** Community mental health services comprise all the services which are conducted for the purpose of reintroducing the individual with mental problems into society, enabling them to overcome their mental problems, rehabilitating them, and enabling them to regain their social roles and capabilities they have lost. Each service which is provided for the individuals with mental problems in the environment they interact with and which consists of three steps including protective, treatment and rehabilitating steps is examined as part of the community mental health. Providing models of mental health services have changed tack along with the change in the needs, in realization of healing, and in the perspective of the society towards the individuals with mental health problems. Accordingly, the mental health service providing models are generally assigned to three main categories including the hospital-based model, the community-based model, and the community-hospital balance model. While it has been applied the hospital-based model for many years both in many countries and in our country in general, today this model has lost its efficiency, its deficiencies has been criticized, and has given its place to the community-based model and the community-hospital balance model. The community-based model has become a shunned model and has given its place to the community-hospital balance model in following years because of that the medical intervention has remained incapable. While it was developed the community-hospital balance model with respect to the treatment and care of seriously mental health patients, the points to take into consideration are that the services provided should be close to the living environment, the hospitalization durations should be reduced as much as possible, and the budgets allocated for mental health should be transferred to the community-based services instead of the hospitals. In Turkey, it has been applying the community-based model. However, although the mental health practices in our country are more inclined to apply the society-hospital balance model, it has not become active yet. In this context, the planning and application of initiatives towards this model will increase the deinstitutionalization of the patients in providing mental health services.

**Anahtar Kelimeler:** Toplum ruh sağlığı; ruh sağlığı modelleri; toplum ruh sağlığı hizmetleri

**Keywords:** Community mental health; mental health models; community mental health services

**Correspondence:** Behice Belkis ÇALIŞKAN

Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, TÜRKİYE/TURKEY

**E-mail:** bhcbkksayan@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine.

**Received:** 28 Jul 2019

**Received in revised form:** 20 Dec 2019

**Accepted:** 26 Dec 2019

**Available online:** 12 Feb 2020

2458-8733 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Toplum ruh sağlığı hizmetleri, bireylerin ruh sağlığı için gerekli olan bütün hizmetleri içerisinde barındıran bir kavramdır. Diğer sağlık hizmetleri gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olarak sınıflandırılan ruh sağlığı hizmetleri, her ne kadar farklı başlıklar altında kategorize edilmiş olsa da birbirini tamamlayan, etkileyen ve gelişmesine katkıda bulunan karmaşık hizmetler süreci olarak ele alınabilir.<sup>1</sup> Bireye etkileşimde bulunduğu çevrede sunulan koruyucu, tedavi ve rehabilite edici her hizmet toplum ruh sağlığı kapsamında ele alınabilir. Bireylerin ruhsal problemlerinin üstesinden gelebilmelerine yardımcı olmak, sahip oldukları hastalıkları nedeni ile kaybettikleri toplumsal rol ve yeterliliklerini yeniden kazanmalarına ve topluma yeniden dâhil olmalarına yardımcı olmak amacı ile yapılan bütün çalışmalar toplum ruh sağlığı hizmetlerinin içerisinde yer almaktadır. Toplum ruh sağlığında sunulan hizmetlerin amaçları; acil bakım, kısmi hastane tedavileri, ayakta ve hastanede tedavi, konsültasyon ve eğitime ek olarak tarama hizmetlerini gerçekleştirmek olarak sıralanabilir. Sunulan bu hizmetlerin kapsamı değerlendirildiğinde, akut dönemde olan mevcut hastalıklara tedavi ve bakım sağlamak, ruhsal hastalıkların oluşumunu önlemek, ruhsal hastalıkların erken tanı-tedavi ve bakımını desteklemek, ruhsal hastalıkların rehabilitasyon ve bakım devamlılığını sağlamaya yönelik girişimleri içine aldığı görülmektedir. Dünyada ruh sağlığı hizmetlerinin sunum modellerine bakıldığında; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli olmak üzere temelde 3 farklı modelden söz etmek mümkündür.<sup>2</sup>

## HASTANE TEMELLİ MODEL

Dünyada ruh sağlığı hastalarının tedavisi ve bakımında 1800'lü yıllardan 1960'lı yıllara kadar kullanılan en geleneksel ve en eski model hastane temelli modeldir.<sup>1</sup> Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ıslah evleri sisteminin terk edilmesi ile şehirlerden uzak alanlara inşa edilen ve 1.500-2.000 yatak kapasitesine sahip olan, yani "depo hastane" görevi gören kurumlardır.<sup>3</sup> O dönemde İngiltere'deki hastanelerde yatak sayısı 120.000'lere kadar ulaşmıştır.<sup>2</sup> Pinel ve Tuke tarafından benimsenen, bireyin yaşadığı çevrenin hasta olmasında etkisinin büyük ol-

duğu ve bu bireylerin ancak buldukları çevreden uzaklaşarak tedavi edilebilecekleri anlayışının (Moral Tedavi) bu hastanelerin kurulmasında etkisinin yadsınamaz derecede fazla olduğu söylenebilir.<sup>4</sup> İngiltere'deki bu gelişmeleri yakından takip eden Dix, ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin tedavi edilebilmesi için kontrollü bir ortama ihtiyaç olduğunu ve psiko-sosyal tedavi yöntemlerinin ancak bu ortamlarda uygulanabileceğini savunarak, bu hastanelerin ABD'de de yaygınlaşmasına öncülük etmiştir.<sup>4</sup> Böylece, 20. yüzyılın başlarında ABD ve Avrupa'nın birçok ülkesinde akıl hastaneleri sistemi yaygın bir hâl almaya başlamıştır. Bu akıl hastanelerinin her biri zamanla; içerisinde binlerce bireyi barındıran, bu bireyleri toplumdaki uzak tutmaya odaklanan, yeterli tedavi ve bakım hizmeti sunulmasına olanak sağlamayan, hastalıkların süregelenleştiği ve hastaların tedavi amacıyla değil gözetim amacıyla ömür boyu kaldığı kurumlar hâline gelmiştir.<sup>5</sup> Psikiyatri alanındaki farmakolojik gelişmelerin gündeme gelmesi ve bazı bilim insanlarının geliştirdiği "antipsikiyatri akımı"nın mevcut akıl hastanelerine getirdiği eleştirilere kadar bu kurumlarda hastalar, insanlık dışı "tedavi" yöntemlerine maruz kalmış ve uzun bir süre toplumdaki tecrit edilerek yaşamaya devam etmiştir.<sup>1</sup>

Ülkemizde de bu durum ne yazık ki çok farklı değildir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (2011), ülkemizde sunulan hastane temelli hizmet modeline eleştiriler getirilmiş ve bu modelin olumsuz yanları ele alınmıştır. Söz konusu eylem planında, ülkemizde var olan hastane temelli sistem, hastalara sunulan poliklinik hizmetleri, alevlenme döneminde hastaneye yatırılma, kimsesi olmayan ya da kimsesi olduğu hâlde bakılamayan hastaların uzun yıllar süresince hastaneye yatırılıp bakımının sağlanması olarak özetlenmiştir.<sup>2</sup> Sunulan hizmet, ağır ruhsal hastalıkların sadece "alevlenme" dönemlerine odaklanmakta, hastalığın alevlenmesine zemin hazırlayan biyopsiko-sosyal etmenlere müdahale olanağı sağlamamakta, hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğine katkıda bulunmamaktadır. Hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra ilaç kullanımı ve kontrole gelmelerinin bazen sadece kendi inisiyatiflerine bazen de bu konuda hiçbir bilgilendirme yapılmayan ailelerinin sorumluluğuna bırakılmaktadır. Sonuç olarak, hastaların hastane dışında hastalıklarıyla baş başa kaldığı ve alevlenmeyi hazırla-

yıcı ve hızlandırıcı etmenlerle baş edemeyerek hastalığının yeniden alevlenmesi ve hastaneye yatışın da kaçınılmaz olduğu aynı rapor da hastane temelli modelin negatif yanı olarak belirtilmiştir.<sup>2</sup>

Uzun yıllar uygulanan hastane temelli model, hastaların sık ve şiddetli atak geçirmesine neden olmakta ve toplumun ruh sağlığı problemi olan bireylere karşı damgalama davranışı pekişmektedir.<sup>1</sup> Aileler çoğunlukla hasta ve hastalıkla ilgili bir eğitim veya kurum desteğine ulaşmakta güçlük çekerek tükenmişlik düzeyleri tekrar artmaktadır. “Dönerkapı” fenomeni olarak adlandırılan bu gidiş, hastane yatak sayılarının ihtiyaca cevap verememesiyle bu yoğun talebe yetişmek zorunda kalan meslek professionellerinin bakım ve tedavi için zaman ve enerji ayıramamalarına, hastaların ihtiyaçlarının karşılanamamasına, en iyi koşullardaki kurumlarda bile minimal düzeyde bakım hizmetiyle yetinilmesine sebep olmaktadır.<sup>6</sup>

## TOPLUM TEMELLİ MODEL

Toplum temelli model; tedavi ve bakım hizmetlerini geleneksel hastanelerde sunmak yerine, kişinin kendi yaşadığı çevrede sunmayı hedefleyen bir modeldir. Bu modelin asıl amacı; ruh sağlığı sorunu olan bireylerin hastaneye yatışının önlenmesine, yani hastaların en az destekle ve başkalarına ihtiyaç duymadan sosyal çevrelerinde yaşayabilmelerine yardımcı olmaktır. Toplum temelli modelde; hastane tedavisine alternatif hizmet sunan bazı kuruluşlara Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), Gündüz Hastaneleri, korumalı iş yerleri ve bakım kurumları örnek olarak verilebilir.<sup>7</sup> Toplum temelli model, hastane temelli modelin tam aksine, ruhsal sağlığı bozuk olan bireylerin kişisel ve insani haklarını ön planda tutan tecrit edilmiş ve kalabalık hastaneler yerine, hastanın yaşadığı yerde soyutlanmadan bakım almasına ve böylece hastaların damgalanmadan toplum içerisinde yaşamasına hizmet eden bir modeldir.<sup>3</sup> Bu modelde, hastaların ihtiyaçlarına yönelik yüksek kazanımların olmasının yanı sıra yönetsel ve finansal açıdan da birçok faydası bulunmaktadır. Örneklendirmek gerekirse, Almanya’da toplum temelli ruh sağlığı modelinin uygulanmaya başlanması ve yaygınlaşması ile birlikte hastanelerdeki yatak sayısı %50 oranında azalmıştır.<sup>8</sup>

Dünyada ilki 1963 yılında ABD’de açılan TRSM’ler, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi önemli ölçüde yeti yitimine sebep olan kronik hastalıklara hafta içi mesai saatleri içerisinde, toplum temelli ruh sağlığı çerçevesinde hizmet sunan, ayaktan hasta kuruluşları olarak varlığını devam ettirmektedir.<sup>1</sup> ABD’de açılan TRSM’den sonra Avrupa ülkelerinden İtalya başta olmak üzere; İngiltere, Fransa ve Almanya’da da eş zamanlı olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün de önerdiği model olan toplum temelli modelin temelleri atılmıştır. DSÖ’nün (2008) yayımladığı bir raporda, 42 ülkenin toplum temelli rehabilitasyon hizmetlerine erişim oranları sunulmuş ve bu sunulan verilerde; İsveç, Azerbaycan, Kıbrıs, Letonya, Karadağ, Portekiz yasalarında toplum rehabilitasyon servislerinin gerekliliğine yer verilirken, henüz uygulamada eyleme geçilmemiş olduğu; Slovakya, Slovenya ve Türkiye’de ise ne yasalarda ne de uygulamada eyleme geçildiği ile ilgili bir bilgi bulunmadığı paylaşılmıştır.<sup>9</sup>

Ülkemizde 2006 yılında hazırlatılan ulusal ruh sağlığı politika metninde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş ve hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı alınmıştır. İlk TRSM 2008 yılında Bolu’da faaliyet göstermeye başlamış, 2015 yılı itibarıyla toplam TRSM sayısı 86 olmuştur ve bu merkezlerin sayısının 81 ilde 236’ya ulaşması mevcut hedefler arasında belirtilmiştir.<sup>10</sup> 2011 yılının Şubat ayı itibarıyla da TRSM’ler için “Çalışma Rehberi” yayımlanmış ve uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığının (2018) yayımlanmış olduğu son raporda ise ülkemizde 163 TRSM’nin hizmet verdiği belirtilmiştir.<sup>11</sup> Türkiye’de uygulanan toplum temelli ruh sağlığı modelinde temel yapı 3 basamak üzerine (1. Basamak-aile hekimliği, 2. Basamak-devlet hastanesi, Ruh sağlığı hastaneleri, 3. Basamak-üniversite) şekillenmiştir.<sup>12</sup> Kısacası, hasta belirli bir süre klinikte tedavi almakta ve taburculuktan sonra kişinin yaşadığı ortamda tedavi ve bakımına devam edilmektedir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti;

- Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması,
- Hizmetin ekip anlayışıyla ve çok yönlü sağlanması,
- Her tanımlanmış bölgeye; sorumlu ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı

iş yerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması şeklinde belirtilmiştir.<sup>2</sup>

Bu model kapsamında, ülke 100-300 bin kişilik alanlara bölünerek her bir alan için bir TRSM açılması planlanmaktadır. Merkezde; psikiyatri uzmanı, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ergoterapist ve diğer yardımcı personelden oluşan dinamik ve sunulan hizmetlerin koordinasyonundan sorumlu bir ekip bulunmaktadır. Her bir TRSM Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bağlı yataklı tedavi kurumları bünyesinde faaliyet göstermekte olup, ekipte yer alacak personelin sayısı da merkezin ihtiyaçlarını karşılayacak doğrultuda artırılabilir. <sup>13</sup> Hastanın tedavi ve takibini yapan ilgili hastane, hastanın iletişim bilgilerini hastanın ikamet ettiği bölgeden sorumlu TRSM'ye gönderir. Hastanede poliklinik hizmeti alan. psikotik bozukluğu olan hastalar hakkında ayda 1, yatarak tedavi alan hastalar da ise taburcu edildikten sonraki en geç 3 gün içerisinde TRSM'ye bildirim yapılması gerekmektedir. Aile hekimleri tarafından da takibi yaptığı hastalar, aylık olarak İl Sağlık Müdürlükleri aracılığı ile TRSM'ye bildirilir. Hastaların merkeze bireysel olarak da başvuruları kabul edilmektedir. <sup>13</sup> Merkezlerde “vaka yönetimi” çerçevesinde hizmet verilerek; her birey ihtiyacı doğrultusunda hastanelere yönlendirilmekte, istihdam konusunda yardım sağlanmakta, barınacak yere ihtiyacı olan hastalara yerel yönetimlerle iş birliği yaparak barınacak yer imkânı sağlanmaktadır. <sup>1</sup> TRSM'lerin fiziki koşulları, personel görev ve sorumlulukları, hastaların merkeze kabulü ve sürecin sonlandırılmasına yönelik uygulama esasları ile ilgili bütün detaylar TRSM'ler için çalışma rehberinde detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

## TOPLUM-HASTANE DENGESİ MODELİ

Bazı ağır ruh sağlığı bozukluklarının tedavi ve bakım sürecinde, hastane temelli ya da toplum temelli modeller tek başlarına ihtiyacı karşılamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda 2 modelin harmanlanarak 1 model oluşturulması daha faydalı olabilmektedir. Denge modelinin uygulanması sırasında dikkat edilmesi gereken en önemli unsurlar; sunulacak hizmetin hastanın yaşadığı çevreye yakın olması, hastaneye yatış sürelerinin minimum düzeyde tutulması ve ruh sağlığı

hizmetlerine ayrılacak olan bütçenin hastanelerden daha çok toplum temelli hizmetlere aktarılmasıdır. <sup>14</sup> Fakat hastanın toplum içerisinde tehlike oluşturması ya da toplum tarafından korunma gereksiniminin olduğu, hastanın tedavi konusunda iş birliği olmadığı ve tedaviye uyum göstermediği, hastaya bakım verecek birisinin olmadığı, tanı koyulmasının gerektiği ve yüksek riskli ilaçların kullanımının olduğu durumlarda hastanın hastaneye yatışı gerekmektedir. <sup>15</sup> Dünya genelinde hastane temelli modelden toplum temelli modele geçişte büyük adımlar atıldığı ortadadır. Psikiyatri hastanelerinin tamamının kapatılmasını hedefleyen bu sistemin maliyetinin oldukça yüksek olduğu da göz ardı edilmemesi gereken bir durumdur. Toplum-hastane denge modeli, yeni açılacak yatakların genel hastaneler içinde olduğu, toplum psikiyatrisi modelinin kurularak ağır psikiyatrik hastaların tedavi ve rehabilitasyonunun toplum içinde sağlandığı ve hafif ruhsal hastalıklar için de hizmetlerin aile hekimliği sistemine entegre edildiği bir yapılandırmanın varlığından söz edilen ülkeler için en uygun modeldir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (2011) ülkemiz için de en uygun modelin toplum-hastane denge modeli olduğu vurgulanmıştır. <sup>2</sup>

## BAZI AVRUPA ÜLKELERİ VE TÜRKİYE'DEKİ MEVCUT DURUM

1961 yılında İtalya'daki Ruh Sağlığı Reformu ile başlayan akımla, Avrupa ülkelerinin birçoğu hastane temelli uygulamaları tamamen terk etmiş ve toplum temelli sisteme geçiş sürecini tamamlamıştır. Avrupa Birliği'ne giriş süreciyle birlikte ruh sağlığı sistemini en son değiştiren ülke Yunanistan olmuştur. <sup>7</sup>

İtalya'da 1978 yılında kabul edilen yasa ile ruh sağlığı hastalarının hastanelere kabulü yasaklanmış, kademeli olarak kapatılan ruh sağlığı hastanelerinin yerine genel hastaneler bünyesinde hizmet verecek en fazla 15 yataklı psikiyatri servislerinin açılması planlara dâhil edilmiş, TRSM'lerin kurulmasının önü açılmış ve ruhsal sorunları olan hastaların hastanelere yatırılmasının önüne geçilmesine yönelik önlemler alınmıştır. <sup>16</sup> 1994 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı planı ile ruh sağlığı hizmetlerinin sunumundaki tüm sorumluluk, oluşturulan ruh sağlığı birimlerine verilmiştir. TRSM'ler de ruh sağlığı birimlerine

bağlı olarak hizmet vermektedir.<sup>17</sup> Ülke genelinde bu uygulamaların yaygınlaşması ile birlikte, 1999 yılında ruh sağlığı hastanelerinin tümü kapatılmıştır.<sup>1</sup> Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin toplum ruh sağlığı verilerinin yayımlandığı bir raporda (2013), İtalya'da 2013 yılı itibarıyla 1.387 TRSM, 763 gündüz hastanesi, 1.679 adet ise bakım evi mevcuttur.<sup>18</sup> Aynı rapordaki verilere göre her 100.000 kişiye 18 psikiyatrist ve 32,4 psikiyatri hemşiresi düşmektedir. İtalya'da toplam sağlık harcamalarına ayrılan bütçe ülke bütçesinin %8,7'sini, ruh sağlığına ayrılan bütçe ise toplam sağlık bütçesinin %5'ini oluşturmaktadır.<sup>18</sup>

Toplumsal temelli ruh sağlığı hizmeti sunan bir diğer ülke ise İsveç'tir. 1970'li yıllarda hastane yatışları ile ruh sağlığı hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. 1995 yılında yapılan köklü değişiklikler ile ruh sağlığı hizmetleri, yürütülmesinden sorumlu olan yerel yönetimlerden alınarak sosyal birimlere aktarılmıştır. Her 100.000 bireye 28,9 psikiyatri hemşiresi, 3,5 ise psikiyatrist düşmektedir. Ülke bütçesinden yıllık sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe ülke bütçesinin %9,4'ünü, ruh sağlığı hizmetleri için ayrılan bütçe ise sağlık için ayrılan bütçenin %10'unu oluşturmaktadır.<sup>18</sup>

Ruh sağlığı hastaneleri tamamen kapatılan İsveç'te, mevcut toplum ruh sağlığı hizmetlerinin tek bir merkez tarafından kontrol edilememesi nedeni ile uygulamada belirli bir standardizasyona ulaşılamamıştır. Hastaların ortalama tedavi süreleri ve zorunlu bakım kullanımları arasında bölgesel farklılıklar ortaya çıkmıştır. Özetlemek gerekirse, ruh sağlığı bakımında sosyal ve tıbbi hizmetler arasında koordinasyonun sağlıklı olmaması İsveç toplum ruh sağlığı uygulamalarının en büyük eksikliği olarak tanımlanmış ve 2006 yılında hükümet tarafından Ulusal Psikiyatri Koordinatörü ataması yapılmıştır.<sup>19</sup>

Birçok Avrupa ülkesi tam anlamıyla toplum temelli ruh sağlığı hizmeti vermese de Almanya, Fransa gibi ülkeler başta olmak üzere birçok ülke ruh sağlığı hastanelerindeki yatak sayılarını azaltmış, toplum temelli hizmet sunacakları kurum sayılarını da artırmıştır. Avrupa Birliği'ne giriş süreci ile birlikte Yunanistan, 5 ruh sağlığı hastanesini kapatmış, kapatılmayan diğer hastanelerin yatak sayılarını büyük oranda azaltmış ve ilerleyen dönemlerde kapatılması

için yapılan planları yazılı hâle getirerek yeni kurum açılış tekliflerini reddetmiştir.<sup>18</sup> Fakat DSÖ'nün 2011 verilerinde Almanya, Yunanistan, Malta, Bulgaristan ve bazı ülkelerin ruh sağlığı hastanelerindeki yatak sayılarını azaltsalar da uzun süre hastane yatışlarının önüne geçemedikleri görülmektedir.<sup>19</sup>

DSÖ'nün yayınladığı atlasta (2017), Avrupa ülkelerinin %10'u hastane yatış sürelerinin ortalama 1-5 yıl, %5'i ise 5 yıldan daha uzun sürelerde olduğunu bildirmişlerdir. Beş yıldan daha fazla hastanede yatış oranının ABD'de Avrupa ülkelerine oranla 3 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Seksen yedi ülkenin verilerinden elde edilen küresel sonuç ise ülkelerin %10'unun hastanede kalış sürelerini ortalama 1-5 yıl, %8'inin ise 5 yıldan daha fazla olarak bildirdiğini göstermektedir.<sup>20</sup> Diğer bir yandan ise 2014 yılındaki verilere oranla ruh sağlığı sistemini ve bilgi alanını güçlendirmek adına çalışma yapan ülke sayılarında da fark edilir bir artış görülmektedir. Görüldüğü gibi, Avrupa ülkelerinde tam olarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş yapılamamış olsa da birçok ülkede ruh sağlığı sistemlerini güçlendirmek adına adımlar atılmıştır.

Bugün İngiltere'de sunulan ruh sağlığı hizmet modeli ise toplum-hastane denge modeline verilecek en iyi örneklerdendir. 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin sunumu ve geliştirilmesinde önemli bir mihenk taşıdır. Ruh sağlığı hastaneleri tamamen kapatılmamakla birlikte küçülmeye giderek, 100.000 kişiye 30 yatak düşecek şekilde düzenleme yapılmış, toplum içinde bakım veren kurumlar da sistemin içine dâhil edilmiştir.<sup>2</sup> Nüfus ve bölge tabanlı hizmet veren ve birbirleriyle paralel olarak çalışan ilgili bölgenin 1., 2., 3. basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu 43 farklı Ruh Sağlığı Vakfı (trust) bulunmaktadır. İngiltere'deki bu 43 vakıf, ruh sağlığı hastalarının akut yataklı bakım hizmetlerini, toplum ve rehabilitasyon ruh sağlığı hizmetlerini yürütmektedir.<sup>21</sup> Ağırlıklı olarak psikiyatri hemşirelerinden oluşan ve psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve uğraşı terapistlerinin yer aldığı ekipler, sorumlu oldukları 60-90 bin kişilik alandaki tedavi ve bakım hizmetlerinden sorumludur. Sosyal çalışma uzmanı veya toplum ruh sağlığı hemşiresi bakım yöneticiliği görevini üstlenmektedir.<sup>1</sup> Hastaların bakım ve tedavisini bakım yöneticisi sağlamaktadır ve en az 5-30

hastadan sorumludur. Doktor ile ayarlanacak randevu, günlük ihtiyaç duyulan tedavi ve ihtiyaç durumunda sosyal kurumlarla iş birliğine aracılık etme görevi bakım yöneticisinin görev tanımları arasındadır. Tedaviye uyumu kötü olan hastalar, yaşlılar ve gençler için özellikli çeşitli müdahale ekipleri bulunmaktadır.<sup>21</sup> İngiltere'deki toplam sağlık harcamaları yurt içi hasılanın %9,6'sını oluştururken, bunun %13'ü ruh sağlığı harcamalarına ayrılmıştır ve bu oran Avrupa ülkeleri arasında ruh sağlığı hizmetleri için ayrılan en fazla bütçeler arasında 2. sırada yerini almıştır.<sup>18</sup>

Günümüzde Türkiye'de uygulanan ruh sağlığı politikalarının temeli ise çok da uzak bir tarih olmayan 1980'li yıllara dayanmaktadır. İlk olarak Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısında yeniden oluşumlar gerçekleşmiş, hemen akabinde Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuş ve bu kuruma bağlı olarak da Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı faaliyet göstermeye başlamıştır. Koruyucu Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı'nın bünyesinde Koruyucu Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü, Madde Bağımlılığı, Kronik Ruhsal Bozukluklar ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şube Müdürlüğü olmak üzere çeşitli alt birimler yapılanmıştır.<sup>1</sup> Bu yapılanma 2011 yılında köklü bir değişime uğramış, "Ruh Sağlığı Programları Daire Başkanlığı" ismi ile "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanseri Birimi" başlığı altında Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna bağlanmıştır.<sup>8</sup>

1980'li yıllarda kentleşmeyle birlikte nüfus oranının artmasına ek olarak, özellikle 17 Ağustos depremi, ülkemizdeki ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirme ihtiyacını açık bir şekilde ortaya koymuştur. Bu süreçte ruh sağlığı hizmetlerine olan ihtiyaç ve talebin artış göstermesi, sisteme ayrılan kaynakların ne kadar yetersiz olduğunu ve personel ihtiyacının da bu talebi karşılamakta bir o kadar yetersiz sayıda olduğunu gözler önüne sermiştir. Birçok problemin ise ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda kurumlar arasındaki iletişimin yetersiz olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda aktif işlevi olan kurumların 3 grupta toplandığı görülmektedir. Birinci grup, ruh sağlığı hastalarına verilen poliklinik ve yataklı tedavi hizmetlerini kapsamakta; 2. grup şiddete uğramış ka-

dınlara yönelik veya ebeveynliği geliştirmeye yönelik hizmetler gibi hasta olmayan kişilere verilen hizmetleri kapsamakta; 3. ve son grup ise adli tıp hizmetleri gibi kurumsal faaliyetler altında yer alan hizmetleri kapsamaktadır.<sup>2</sup>

Türkiye'de ruh sağlığı alanının yakın tarihli geçmişine göz atıldığında, son 10 yılda gerçekleşen en önemli adımın, toplum ruh sağlığı temelli hizmet anlayışının resmî otoritelerce benimsenmiş olmasıdır. Ancak, her ülkenin eşit kaynaklara ve imkânlarla sahip olmaması toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin de her ülkede eşit uygulanamamasına ortam hazırlayan en büyük etkenlerdendir. Ülkemiz sağlık sisteminin, sosyoekonomik koşulları göz önüne alındığında ve insan kaynakları açısından eksikliklerin giderilmesinin onlarca yıl alacağı hesaplandığında en ideal modelin toplum-hastane denge modeli olduğu görülmektedir. Bugün hâlâ Türkiye'de 8 adet ruh sağlığı hastanesi bulunmaktadır ve bu hastanelerdeki yatak sayıları Avrupa ülkelerindeki yatak sayılarından oldukça fazladır.<sup>11</sup> Örneğin; Bolu ve Trabzon'daki hastanelerin yatak sayısı 100 civarında, Samsun ve Erenköy hastanelerinin yatak sayısı ortalama 250, Elazığ, Adana ve Manisa'daki hastanelerin ortalama 650, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin yatak sayısı ise 1.500 civarındadır. Ruh sağlığı yataklı hizmetleri ağırlıklı olarak kamu hastaneleri tarafından sağlanmakta, genel hastaneler ve üniversite hastanelerinin bünyesinde de yataklı ve poliklinik hizmeti vermektedir.<sup>2</sup> Bugün ülkemizde bulunan 8 ruh sağlığı hastanesi, toplamda 3.636 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye devam etmektedir.<sup>11</sup> Türkiye'deki bütün kamu hastanelerinde ruh sağlığı ve hastalıklarına ayrılan toplam yatak sayısı ise 7.115 olarak bildirilmiştir.<sup>11</sup> Ülkemiz 29 sağlık bölgesine ayrılmıştır ve 2011 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda bu bölgelerin hasta yatakları da dâhil olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasına gereklilik duyulduğu belirtilmiştir. Bu yeni yapılanmaya uygun olarak, özellikle bölge hastanelerinin yatak sayılarının azaltıldığı ve psikiyatri yataklarının tüm ülke genelinde yayıldığı bir yapılanma düşünüldüğü de vurgulanmıştır.<sup>2</sup> Yeni açılacak yatakların genel hastaneler içinde olduğu ve eş zamanlı olarak toplum psikiyatrisi modelinin kurulup ağır psikiyatrik hastaların tedavi ve rehabilitas-

yonunun toplum içinde sağlandığı ve hafif ruhsal hastalıklar için hizmetlerin ise aile hekimliği sistemine entegre edildiği bir özgün yapılanmanın ülkemizde en uygulanabilir yöntem olduğu görülmektedir. Fakat bugün Türkiye’de varlığını devam ettiren birçok TRSM, ruh sağlığı hastanelerinin “arka bahçesi” olarak görev yapmakta ve bazı Avrupa ülkelerindeki uygulamaların aksine özerkliğini ele alamamış durumdadır. DSÖ’nün ruh sağlığı politikalarının gelişmesine katkı sağlayacağını düşündüğü 7 öneriyse Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda yer verilmiştir. Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olarak, genel sağlık sistemine ve 1. basamağa entegre edilmesi, rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçenin artırılması, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması, ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması, damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması, ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması şeklinde sıralanan bu önerilerin birçoğunun ülkemizde yalnızca “öneri boyutunda” kaldığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Hastane temelli modelde ayrılan bütçenin tamamını devlet tarafından finans edilirken, toplum temelli uygulamalarda gereken bütçe ise sosyal hizmetler ve yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır.<sup>1</sup> Sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin verilen hizmetin kalitesine de doğrudan etki ettiği bir gerçektir. Sağlık Bakanlığının 2019 yılı bütçe sunumunda, 2002-2017 yılları arasında Gayri Safi Yurt İçi Hasılanın Sağlık Bakanlığına ayrılan payları verilmiştir. 2010-2017 yılları arasında bu payın giderek azaldığı ve 2017 yılında %4,5 olduğu belirtilmiştir.<sup>22</sup> Aynı yıllarda Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerine ayrılan ortalama bütçe %5,4 iken, ABD’de bu oran %8,3 olarak belirtilmiştir. Görüldüğü gibi ülkemizde sağlık harcamalarına ayrılan bütçe Avrupa ülkeleri ve ABD’ye kıyasla düşüktür. Sağlık hizmetlerine ayrılmış bu düşük bütçenin toplum ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan kısmının da bir o kadar az olduğunu tahmin etmek çok da zor değildir. Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçe yeterince şeffaf paylaşılmamakta, kaynakların nasıl kullanıldığı da açık bir şekilde ortaya koyulmamaktadır.<sup>23</sup> Hiçbir Avrupa ülkesinde ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanında halkın kendisinin ödeme yaptığı yöntem

kullanılmamakta ve yaygın olarak genel vergi sisteminden karşılanmaktadır.<sup>23</sup> Vatandaşın kendisinin doğrudan yaptığı ödemelerde sağlanacak ruh sağlığı hizmetine ulaşımında ve yararlanmada kişiler arasında eşitsizlikler doğuracağı düşünülmektedir.<sup>24</sup> Ülkemizde ekonomik kaynaklar ve ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu arasındaki ilişki karamsar bir tablo olarak ortada durmaktadır.

Bütün bu yetersiz koşulların baskısı altında ülkemizde yayımlanmış Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni şüphesiz ki önemli bir kazanımdır. Fakat yayımlanmış olan bu metin, Türkiye’nin ruh sağlığı hizmetlerindeki ihtiyaçlarının çözüme ulaşması için ne yazık ki yetersiz kalmaktadır. Metinde toplum ruh sağlığının önemi vurgulanmış, ancak politika üretiminde etkili olacak tüm paydaşlara yeteri kadar yer verilmemiş, yer verilenlerin ise önerileri yeterince önemsenmemiştir.<sup>23</sup> Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde temel hedeflerden biri olarak, öncelikle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine ağırlık verilmesi gerekliliğinin altı çizilmiş, fakat eylem planında söz konusu hedef için herhangi bir kayda değer gelişme olmamıştır.<sup>23</sup> Tüm bunlara ek olarak, bu metnin yasal bir bağlayıcılığının olmaması da en önemli eksikliklerden biridir.

## SONUÇ

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sunum modelleri değerlendirildiğinde, yalnızca kronik ruhsal bozukluğu olan kişilerin ve istem dışı yatışlarının konu alındığı değil, politika üretimin de destekleyici olarak rol alacak “Ruh Sağlığı Yasası”nın bir an önce çıkarılması gerekmektedir. Ülkemizde uygulanabilirliğinde sorun yaşanmayacak olan toplum-hastane denge modelinin devlet tarafından yeterli desteğin sağlanarak finanse edilmesi, TRSM’lerin hastanelerden bağımsız olarak düşünülmesi ve multidisipliner ekibin TRSM’lerde aktif olması sistemi daha yararlı hâle getirecektir. Bu sayede ruh sağlığı sorunu yaşayan pek çok hasta topluma kazandırılarak takip ve tedavisinin daha güvenli bir ortamda yapılması sağlanmış olacaktır.

### Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet,*

gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

### Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, her-

hangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

### Yazar Katkıları

**Fikir/Kavram:** Sevcan Karataş, Behice Belkis Çalışkan; **Tasarım:** Sevcan Karataş; **Denetleme/Danışmanlık:** Sevcan Karataş, Behice Belkis Çalışkan; **Kaynak Taraması:** Sevcan Karataş, Behice Belkis Çalışkan; **Makalenin Yazımı:** Sevcan Karataş; **Eleştirel İnceleme:** Sevcan Karataş.

## KAYNAKLAR

- Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş. [A comparative examination of mental health services on Europe and Turkey]. Soc Sci Stud J. 2017;3(4):276-89.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Sağlık Bakanlığı Yayın No: 847. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2011. p.105.
- Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M, Yanık M. [Community-based mental health model and project the community mental health centers in Turkey]. Archives of Neuropsychiatry. 2009;46:25-9.
- Ritter LA, Lampkin SM. Community Mental Health. 1<sup>st</sup> ed. USA: Jones & Bartlett Learning; 2012. p.9.
- Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II. 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2011. p.1010.
- Uçanay Sönmez E. Şizofreni hastalarında dönerkapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.
- Yanık M. Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. İstanbul: RCHP; 2007. p.29.
- Akarçay D. Türkiye'de yürütülen ruh sağlığı hizmetleri politikalarının değerlendirilmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2013.
- World Health Organization (WHO). Policies and Practices for Mental Health in Europe; Meeting the Challenges. Denmark: WHO; 2008. p.187.
- Arslantaş H. Toplum ruh sağlığında etik konular. Ünsal Barlas G, editör. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.20-8.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2018. p.248.
- Bağ B, Ekinci M. [Examining of attitudes towards mentally ill people in a sample health professionals working]. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2005;3(11):107-27.
- Karaoğlan A, Redlich C, Yatman E, Akçay E, Lazeri L, Muijen M, et al. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi. İstanbul: TRSM Çalışma Rehberi. p.24. [Internet]. [cited 2019 Feb 1]. [Link]
- Thornicroft G, Alem A, Drake RE, Ito H, Mari J, McGeorge P, et al. World Psychiatric Association. Community Mental Health: Putting Policy Into Practice Globally. 1<sup>st</sup> ed. İngiltere: Wiley-Blackwell; 2011. p.248. [Crossref]
- Arieti S, Eti A, çeviri editörü. Bir Şizofreni Anlamak (Aile ve Arkadaşlar İçin Rehber). 2. Baskı. İstanbul: Doruk Yayınları; 2008. p.210.
- de Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2007;257(2):83-91. [Crossref] [PubMed]
- Burti L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2001;(410):41-6. [Crossref] [PubMed]
- European Commission. 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; 2013. p.585.
- World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas 2011. Italy: WHO Press; 2011. p.82.
- World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas 2017. Switzerland: WHO Press; 2018. p.60.
- Ulaş H. [Psychiatric Services in Western European countries and Turkey]. Türkiye Psikiyatr Derneği Bülteni. 2008;11(2):2-12.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2020 Yılı Bütçe Sunumu; 2019. p.181.
- Soygür H. [Community mental health services: quo vadis?]. Arch Neuropsychiatr. 2016;53:1-3. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's project atlas. J Ment Health Policy Econ. 2003;6(3):135-43. [PubMed]