rusihak
Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi
Human Rights in Mental Health Initiative

İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında

Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler

VOLKAN YILMAZ
İstanbul Bilgi Üniversitesi
Kasım 2012

İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında

Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler

VOLKAN YILMAZ
İstanbul Bilgi Üniversitesi
Kasım 2012

RUSİHAK
Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği

Adres: Ergenekon mah. Prof. Dr. Celal Öker Sok. 11/5 Harbiye ŞİŞLİ İstanbul
Tel: 0212 225 27 81
Tel: 0212 225 27 65
Faks: 0212 225 27 64
E-mail: rusihak@gmail.com
www.rusihak.org

Proje Koordinatörü: Can İlbey
Kapak Tasarım: Ferruh Erkem
Basım: Karika Matbaacılık
Kasım 2012





Bu kitap, Açık Toplum Vakfı ve İsveç Başkonsolosluğu tarafından desteklenen "Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Politika Önerisi Geliştirme" projesi kapsamında hazırlanmıştır. Kitapta geçen görüş ve düşüncelerden Açık Toplum Vakfı ve İsveç Başkonsolosluğu sorumlu tutulamaz.

İçindekiler

Teşekkürler ..... **v**

Yönetici özeti ..... **vi**

RUSİHAK'ın sunuşu ..... **x**

Temel kavramlar ve genel çerçeve **1**
Ruh sağlığı alanının tanımlanması **1**
Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler, engellilik ve sosyal politikalar **2**

Ruh sağlığı politikaları alanında reformlar: Kurum temelli hizmetlerden toplum temelli hizmetlere geçiş **4**

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi ışığında ruh sağlığı hizmetlerinde hak temelli yaklaşım ve temel ilkeler **5**

Bazı Avrupa ülkelerinde ruh sağlığı hizmetleri **8**
İsveç **10**
Hollanda **13**
İtalya Trieste **15**

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri ve ruh sağlığı politikaları reformu **17**
Ruh Sağlığı Eylem Planı ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin dönüşümü **19**

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerini sosyal refah sistemi içerisinde düşünmek: Ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik sosyal politikalar **30**
Barınma **31**
İstihdam **34**
Gelir desteği **37**

Politika önerileri **38**

Kaynakça **41**

Ek: Ziyaret Edilen Kişi ve Kurumlar **42**

Teşekkürler

Bu çalışma Açık Toplum Vakfı ve İsveç Başkonsolosluğu'nun katkılarıyla yürütülen "Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Politika Önerisi Geliştirme Projesi" kapsamında hazırlanmıştır.

RUSİHAK'ın bugüne kadar yürüttüğü çalışmalar kapsamında görülmüştür ki, ruh sağlığı alanında insan haklarına duyarlı, bireylerin ihtiyaçlarını dikkate alan somut sosyal politikalara ihtiyaç vardır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda ruh sağlığı hizmetleri alanında kurum-temelli hizmetlerden toplum-temelli hizmetlere geçiş yapılması planlamaktadır. Ancak bu geçiş ile ilgili kapsamlı ve somut akademik çalışmalar henüz gerçekleştirilmemiştir. 1960'lardan başlayarak dünyada, özellikle Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde toplum-temelli hizmetler giderek yaygınlaşmakta ve önem kazanmaktadır. Bu çalışma Avrupa'da toplum-temelli hizmetlere ilişkin iyi örneklerden ve RUSİHAK'ın önceki çalışmalarından elde edilen verilerden yararlanarak hazırlanmış bir akademik çalışma ve sosyal politika önerileri metni niteliğindedir.

Çalışma kapsamında sırasıyla Trieste (İtalya), İsveç ve Hollanda'ya inceleme ziyaretleri yapılmıştır. Bu ziyaretlerde RUSİHAK yetkilileri 3 ya da 4 kişilik ekipler halinde, yaklaşık bir hafta süreyle ruh sağlığı alanında iyi uygulamaları yerinde inceleme fırsatı bulmuş ve ruh sağlığı olanında sosyal hizmetlerin ve sosyal politikaların olumlu ve olumsuz yönleri tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın oluşmasında yardımlarını bizden esirgemeyen Yeşim Kara ve Çiğdem Akbaba'ya, yurt dışı gezilerinde bize yardımcı olan Henry Steenvoorden (Hollanda), Emma Melander Borg (İsveç) ve Irini Karavalaki'ye (Trieste) çok teşekkür ederiz .
Ayrıca sosyal politika alanında engin bilgisinden faydalanmamıza fırsat veren Volkan Yılmaz'a teşekkür borçluyuz.

Yönetici özeti

Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler başlıklı bu çalışma toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımı ve ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin insan hakları konularında ülkemize önemli yayınlar kazandıran Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği'nin (RUSİHAK) son yayınıdır. Bu çalışma RUSİHAK'ın Türkiye'de ruh sağlığı alanına getirdiği insan hakları yaklaşımını bir adım öteye götürmekte ve bu yaklaşımı sosyal politikalar alanına taşımaktadır.

Çalışmada ruh sağlığı politikaları sosyal politikaların bir parçası olarak değerlendirilmekte ve insan hakları yaklaşımına paralel olarak ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ne tür ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyduklarına, bu hizmetlere eşit yurttaşlık temelinde nasıl ulaşabileceklerine dair değerlendirmeler içermektedir. Yapılan değerlendirmeler ülkemizde ruh sağlığı politikaları reformu sürecinde Sağlık Bakanlığı ve ilgili kamu kurum ve kuruluşları tarafından yayınlanan dokümanları, RUSİHAK temsilcilerinin ilgili kamu kurum ve kuruluşlarının yetkilileri ile yaptığı görüşmeleri, yine RUSİHAK temsilcilerinin İsveç, Hollanda ve İtalya Trieste'de ruh sağlığı alanında çalışan sivil toplum kuruluşları, hizmet sunucuları ile kamu temsilcileriyle yaptıkları görüşmeleri ve RUSİHAK adına Bakanlığa ve diğer kurumlara yapılan bilgi edinme başvurularına gelen cevapları temel almaktadır.

Bu çalışmanın bir diğer özelliği ise ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin sosyal ve ekonomik sorunlarını bütünsel olarak incelemeye almasıdır. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin sorunları yalnızca sağlık hizmetleri ile ortadan kaldırılması mümkün olan sorunlar değillerdir. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin sorunları çok boyutludur. Bu sorunların çözümü de çok boyutlu olmak durumundadır. Bu nedenle elinizdeki çalışma, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin sosyal ve ekonomik sorunlarını hem ayrımcılık hem de sosyal haklar bağlamında ele almaktadır. Bu yaklaşımın bir sonucu olarak çalışmanın son bölümü ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin barınmaları, istihdamları ve yaşanabilir bir gelire sahip olmalarına yönelik sosyal politika değerlendirmelerine ayrılmıştır.

Çalışma ruh sağlığı alanına dair temel kavramları ve genel çerçeveyi sunarak başlamaktadır. Bu çerçevede detaylı olarak incelendiği üzere, ruhsal sorunlar yaşayan bireyler ulusal sosyal politikalar mevzuatlarında engelli statüsü içerisinde değerlendirilmektedirler. Çerçevenin sunulmasının ardından, çalışmanın ikinci bölümünde başta Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde gerçekleşen kurum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş süreci aktarılmaktadır. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'ne ayrılan üçüncü bölümde ise ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin sosyal ve ekonomik sorunlarının

insan hakları çerçevesinde nasıl ele alındığı detaylı bir biçimde aktarılmış ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin uluslararası insan hakları mevzuatında edindiği yer açıklanmıştır. Çalışmanın dördüncü bölümünde, RUSİHAK temsilcilerinin İsveç, Hollanda ve İtalya Trieste'de gerçekleştirdikleri görüşmelerin ışığında, bu üç Avrupa ülkesindeki ruh sağlığı hizmetleri tasvir edilmektedir. Beşinci bölüm ülkemizdeki ruh sağlığı politikalarındaki dönüşümün temel dinamiklerini tartışmaya açmaktadır. Çalışmanın altıncı bölümünde ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik barınma, istihdam ve gelir desteği alanındaki sosyal politikaların durum değerlendirmesi yer almaktadır. Çalışmanın yedinci ve son bölümünde ise politika önerileri yer almaktadır.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin hakları insan haklarıdır. Bu çalışma ruh sağlığı hizmetlerinin ve ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik sosyal politikaların bu bireylerin insan haklarını gözeten bir biçimde kurgulanması gerektiğini vurgulamaktadır. Sorunu yaşayan bireyler ve bu bireylerin oluşturduğu hak temelli örgütler ruh sağlığı politikalarının ve tüm sosyal politikaların oluşturulmasına ve bu politikaların uygulanmasının denetim süreçlerine aktif olarak katılabilmelidirler. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylere sunulan sağlık hizmetleri ve sosyal desteklerin tümünün temel amacı bu bireyleri güçlendirmek ve bu bireylerin herkes gibi toplum içerisinde aktif ve bağımsız yaşamlar sürebilmeleri olmalıdır. Ruhsal sorun yaşayan bireyler ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanabilmek ya da diğer tüm sosyal destek mekanizmalarından faydalanabilmek amacıyla bireysel hak ve özgürlüklerinden feragat etmek durumunda bırakılmamalıdırlar.

Türkiye'de tarihsel olarak ruh sağlığı hizmetlerine gereken önem verilmemiştir. Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı politikaları yetersiz olmakla birlikte, ruh sağlığı alanında çalışan işgücü ve kamu kaynaklarından ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan pay hayli kısıtlıdır.

Ülkemizde yakın dönemde gündeme gelen reform ilkesel olarak toplum temelli ruh sağlığı anlayışını benimsemektedir. Bu ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin insan haklarını gözeten bir ruh sağlığı anlayışının gelişimi için bir fırsat penceresi oluşturmaktadır. Fakat reformun yarattığı değişime dair ilk izlenimler, kurum temelli anlayışın değişmediği, yalnızca kapalı ve yatılı kurumlardan gündüzlü kurumlara (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri) geçiş sürecinin başladığını göstermektedir. Ayrıca bu gündüzlü kurumlara da yeterli kadro sağlanmamıştır. Halbuki toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri yaklaşımına geçiş gündüzlü kurumların hizmet sunumunda ağırlık kazanmasından çok daha kapsamlı bir politika değişikliğini gerektirmektedir ve bu yaklaşımın olmazsa olmaz öğeleri raporda detaylı olarak açıklanmıştır. Reform sürecinin yarattığı değişime dair bir diğer izlenim ise, reformu oluşturan ve

uygulayan kamu otoritelerinin ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ailelerinin yanında ikamet etmelerine yönelik bir tercihlerinin olmasıdır. **Toplum temelli** modeli hastanenin tek alternatifi olarak aileyi işaret etmek biçiminde algılamamak gerekmektedir. Bu tür bir yaklaşım ruhsal sorun yaşayan bireylerin iyileşmelerini ve kişisel bağımsızlıklarını kazanmalarının önünde engel oluşturabilir. Bu nedenle ülkemizde yeni kurulacak olan **toplum temelli** modelin ruhsal sorun yaşayan bireyleri merkeze alan, bu bireylere ailesinin yanında ya da ailesinden bağımsız yaşama olanaklarını eşit ölçüde sunan ve tercihi bireylerin kendilerine bırakan bir biçimde oluşturulması büyük önem taşımaktadır.

Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler başlıklı bu çalışmada yer verilen politika önerileri dört ana başlıkta toplanmıştır. Bu başlıklar şöyledir: genel yaklaşıma dair öneriler, aktif katılıma dair öneriler, ruh sağlığı hizmetlerin sunum biçimine yönelik öneriler ve sosyal politika önerileri.

Genel yaklaşıma dair bu çalışmada şu öneriler yapılmaktadır: Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin gerek toplumun genelinde gerekse ruh sağlığı hizmetleri sunan kurumlarda karşılaştıkları ayrımcı tutumların ve damgalanmanın ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar yapılması; engelliliğin tüm politika alanlarında **ana akımlaştırılması**; ruh sağlığı hizmetlerinin ücretsiz ve kaliteli olarak tüm yurttaşlara sunulması yoluyla ruh sağlığı hizmetlerine erişimin arttırılmasına dair önlemler alınması; koruyucu ve önleyici ruh sağlığlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilecek hane içi şiddet, cinsel istismar, zorunlu göç, madde kullanımı gibi toplumsal risklere karşı topyekun bir stratejinin geliştirilmesi; ruh sağlığı alanına ayrılan kamu kaynaklarının arttırılması ve artırılan kaynakların **toplum temelli** hizmet anlayışının yerleşmesine yönelik hizmetlere ayrılması; ruh sağlığı alanında çalışacak iş gücünün ve bu alana ayrılan kamu kadrolarının sayısının arttırılması; ruh sağlığı alanına yönelik eğitim ve araştırma faaliyetlerinin desteklenmesi; ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik hizmetlerin bütüncül bir yapıya kavuşturulması amacıyla kamu kurumları arasında eşgüdümü sağlayacak bir kurumsal yapılanmanın geliştirilmesi; ruh sağlığı alanında maliyet kaygılarının insan haklarına dair kaygıların önüne geçmesinin engellenmesi, vesayet sisteminin norm olarak kabul edilmesinden vazgeçilerek yerine **destekli karar vermenin** norm olarak kabul edilmesi.

Aktif katılım alanında çalışma şu önerileri yapmaktadır: Ruh sağlığı yasasının ilgili tüm paydaşlarla birlikte katılımcı ve bu yasadan etkilenecek bireylerin ve bu bireylerin örgütlerinin aktif katılımıyla hazırlanması ve yasalaşması; ruh sağlığı hizmetlerinin her aşamada ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin katılımıyla planlanması, sunumu ve

denetimi amacıyla hastane düzeyinde **hasta kurulları** modeli ile ülke çapında Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulu modelinin uygulamaya geçirilmesi.

Çalışmanın ruh sağlığı hizmetlerinin sunum biçimine yönelik önerileri şunlardır: Ruh sağlığı hizmetlerinin temel felsefesinin **bireylerin ihtiyaçlarını ve yapabilirliklerini merkeze alan** ve **iyileşme yönelimli** olarak yeniden kurgulanması; ruh sağlığı sisteminin **toplum temelli** niteliğinin ruh sağlığı alanında çalışacak insan gücünün eğitiminde merkeze oturtulması, ruh sağlığı hizmetlerinin aile hekimleri tarafından sağlanan birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi; aile hekimlerinin görevleri arasında sayılan ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin yaşadıkları krize müdahale durumunda klinik psikologlarla eşgüdümün sağlanması; Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne yeterli sayıda psikiyatrist, klinik psikolog ve sosyal hizmet uzmanı kadrosunun tahsis edilmesi, bu personelin özlük haklarının verilen hizmetin niteliği gereğince azami derecede güçlü olarak tanımlanması ve bu merkezlerde çalışacak personelin **toplum temelli** ruh sağlığı anlayışı çerçevesinde kapsamlı bir eğitimden geçirilmesi; ruh sağlığı sisteminin **toplum temelli** niteliğinin psikiyatrist, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı, avukat ve psikiyatri hemşiresinden oluşan ve hiyerarşik olarak yapılanmamış olan ekiplerce verilmesi, ruh sağlığı hizmetlerinde ruhsal sorun yaşayan bireylerin özerkliklerini gözetmek amacıyla **bireysel ombudsmanlık** ya da **hasta savunuculuğu** sisteminin kurulması ve bu bireylere gerektiğinde ücretsiz avukat desteğinin sağlanması, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda **bireysel tedavi planı** uygulamasına geçilmesi; ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin kendi kaderlerini tayin haklarının hayata geçirilmesi için **aydınlatılmış onam** prensibinin uygulanmasına azami özen gösterilmesi ve kriz kartı vb. uygulamalara geçilmesi.

Çalışma sosyal politikalar alanında şu önerileri yapmaktadır: **Toplum temelli hizmetlere** geçiş süreci kapsamında özel bakım evlerinin özendirilmesine son verilmesi ve **toplum temelli** bakım hizmetlerinin desteklenmesi; kişinin özgür iradesinin kısıtlanmasının kişinin kamusal desteklerden faydalanmasının ön koşulu olarak sunulmaması, ruhsal sorunlar yaşayan bireylere hastane ve aile yanı dışında yarı-yol evleri, **destekli evler** gibi barınma olanaklarının sağlanması, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istihdam oranlarının arttırılması için pozitif ayrımcılık yapılması, ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik mesleki rehabilitasyon faaliyetlerinin yaygınlaştırılması ve korumalı işyerlerinin kurulması ve yaygınlaştırılması, ruhsal sorunlar yaşayan bireylere düzenli asgari gelir desteği sağlanması.

RUSİHAK'ın sunuşu[1]

RUSIHAK 6 yıl önce, ruh sağlığı alanında sorun yaşayan bireylerin hakları için savunuculuk derneği olarak kuruldu. Bu alanda en görünür yer olan büyük ruh sağlığı hastanelerindeki kötü koşulların iyileştirilmesine yönelik çalışmalar RUSIHAK'ın ilk çalışma alanını oluşturmuştu. Ancak gerek Avrupa'da bulunan ruh sağlığı hastanelerinin iyi örneklerini gördüğümüzde gerekse bu ülkelerdeki sivil toplum örgütlerinin tartışmalarına ortak oldukça, ruh sağlığı alanında sorunlar yaşayan bireylere sadece tıbbi hizmet veren bu kurumlardaki koşulları düzeltmenin yeterli olmadığını, bu hastanelerin her koşulda eşitsizlikleri artırdığını hatta "tedavi" başarılarının toplumdan izolasyonu teşvik eder şekilde düşük olduğunu görmeye başladık.

Bu sırada karşılaştığımız bir kavram **toplum temelli hizmetler** idi. Toplum temelli hizmetlerin tanımını yapmak ise zor bir iştir çünkü hiyerarşik yapılanmış merkezi yönetimli bir kurum olan ve esas olarak ilaç tedavisi temelli tıbbi hizmetin verildiği kapalı ruh sağlığı kurumlarının aksine toplum temelli hizmetler dağınıktır ve bireyin toplum içinde bir özne olmasına yardımcı olacak her türlü farklı hizmetin sunulmasını içerir. İkinci olarak bu hizmetler birbirlerinden çok farklı ülkelerde farklı siyasal ve toplumsal koşullarda gelişmiştir. Örneğin, Trieste'de barınma ya da rehabilitasyon sorununu çözen kurumlar Hollanda'dakine pek benzememektedir. Ayrıca bir ülkedeki yaygın olarak kabul gören rehabilitasyon kavramı bir başka ülkede aynı şekilde kabul görmemektedir.

Toplum temelli hizmetler kavramının ortaya çıkışına bakmakta fayda var. 1960'lara kadar, günümüzde artık psiko-sosyal sorun yaşayan bireyler olarak da adlandırılan kişiler çoğunlukla, tedavisi çok da mümkün olmayan, sosyal becerilerden tamamen yoksun, toplumsal düzeni bozma ihtimali güçlü olan ve bu yüzden kapalı kurumlarda tutulmaları gereken kişiler olarak görülüyordu. Ancak İkinci Dünya Savaşı sonrasında oluşan sosyal refah ortamı ve 60'ların özgürlükçü atmosferi ruh sağlığı alana yaklaşımda önemli değişimleri beraberinde getirdi. Ruh sağlığı alanı, sorun yaşayan bireyin evrensel hakları ve vatandaşlık hukuku kavramları çerçevesinde düşünülmeye başlandı, diğer bir değişle bu alan giderek siyasallaştı. Burada olan şey toplumun ve tıbbi bakışın değişimi değildi. Değişimlere neden olan, önceden var olmayan yeni bir şey, gelişen toplumsal koşullarda ve özgürlük atmosferinde sorun yaşayan kişilerin ve onlarla ilişkili insanların bir araya gelmeye başlamaları ve örgütlenmeleriydi. Zamanla bu örgütlerin bir bölümü büyüdüler ve savunuculuk gruplarına dönüşerek kamu kaynaklarının hastane dışı hizmetlere yatırım yapmasını sağladılar, bir kısmı da

[1] Can İlbey, RUSİHAK.

ruh sağlığı hastanelerinin dışında barınma, istihdam, rehabilitasyon gibi hizmetler veren kurumlara dönüştüler, zamanla ruh sağlığı hizmetlerinin bir parçası oldular.

Bu yeni anlayışın nispeten etkin olduğu ülkelerde, yaşanan dönüşümlerin psikiyatri hastanelerindeki tedavi-rehabilitasyon anlayışını değiştirdiği bile görülebilir. Eskiden kişi önce "tedavi olur", eğer olamazsa (ki genelde olmazdı) hastanede ya da kapalı bir kurumda kalır, sonra toplumsal hayata karışır anlayışı terk edilmeye başlandı. Bu yaklaşım yerini kişinin özgür olduğu ve kararlarına saygı duyulan bir birey olarak ele alınan bir yaklaşıma bıraktı. Bireysel tedavi planı buna bir örnektir.

Bu yeni yaklaşım şu görüşten beslenir. Hepimizin hayatta sahip olduğu sosyal rollere sahip olduğu varsayılır: Bir baba olmak, bir çalışan olmak, öğrenci olmak, ya da bağımsız olarak yaşayan bir kişi olmak gibi. Bireysel tedavi planında, kişinin ruhsal rahatsızlıkları nedeniyle kaybolan bu rolleri yeniden kazanması için geliştirmesi ya da tekrar kazanması gereken yetilerini aşamalı olarak, zamanla ve sürelikli pratikle geliştirmesi sağlanır. Bireyin kendi iradesini ve onun belirleyeceği ihtiyaçlarını merkeze alan, kişiye özel sunulan destek hizmetlerinin tamamına toplum temelli hizmetler denebilir. Hatta buna toplum temelli tedavi bile denebilir.

Bu tür bir tedavi planını uygulanabilmek için yaygın, yerel ve pek çok farklı alanda hizmet sunucuların bulunması gerekir. İşte bunu sağlayabilecek olan şey ise toplum temelli hizmetler anlayışını benimsemiş bir sosyal politika yaklaşımının ulusal çapta uygulanmasıdır. Böyle bütünsel bir sosyal politika anlayışının olmadığı durumda ise yoksa hastanede uygulanacak bireysel tedavi planının hiçbir etkinliği kalmaması ve bu tedavi yaklaşımının kağıt üstünde kalması çok olasıdır.

Bir ülkede uygulanan sosyal politikaların o devletin siyasal-kurumsal örgütleniş şekliyle birebir ilişkisi olduğunu gözlemleyebiliyoruz. Yerel yönetimler bu bakımdan bizler için çok önemli. Çünkü toplum temelli hizmetler bireylerin kendi yaşam çevrelerinde, yani yerelde uygulanmak zorunda. Örneğin İsveç'te barınma ile ilgili sorun yaşayan bir engellinin özel bir engelli merkezine başvurmasına gerek kalmıyor. Belediyeye başvurması yeterli oluyor. Çünkü belediyenin sahip olduğu kaynaklardan yararlanabiliyor. Bu barınma desteği, ulusal düzeyde kurumların denetiminde zaten ulusal çapta ve desteğe ihtiyaç duyan herkese açık olarak kurgulanmış durumdadır.

Bazı ülkelerde sivil toplum örgütleri de hizmet sunumunda rol oynuyor. Örneğin İsveç'te ilgili kişilerin terapi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlandığı, bu kişilere yönelik çeşitli sosyal aktivitelerin yürütüldüğü Fountain House derneği faaliyetlerini belediyenin tahsis ettiği şehir merkezindeki bir mülkte gerçekleştiriyor. Bu ülkede belediyeler şehir planlaması kanunu gereği sahip oldukları mülklerin bir bölümünü

ücretsiz olarak kamusal fayda sağlayan ve sosyal faaliyet yürüten kuruluşlara ayırmak zorunda.

Trieste'de ise yerel yönetim maddi kaynağı tüm faaliyetleri koordine eden Trieste Ruh Sağlığı Birimi'ne aktarıyor. Sosyal faaliyetlere ya da diğer kamusal fayda yaratan kurumlara bina ve maddi yardım yapılsa da İsveç'in aksine bireylere ev desteği sunulmuyor. Bu destek Trieste Ruh Sağlığı Birimi'nin yönetiminde, aynı zamanda tedavi planlarının bir parçası olarak sağlanan grup evleri (birkaç kişinin bir araya gelerek kaldıkları destekli evler) ile sağlanıyor. Hollanda'da merkezi devlet sadece tıbbi ruh sağlığı hizmetleri veriyor. Geri kalan hizmetler ya sigorta şirketleri tarafından sağlanan hizmetlerle ya da yerel yönetimler tarafından karşılanıyor.

Toplum temelli hizmetlerin hangi koşullarda ortaya çıktığını anlamak için tarihe baktığımızda bir hizmet sağlayıcı olarak yerel yönetimlerin önemli görevler üslendiğini görebiliriz. Önceden var olan tek hizmet olan büyük ruh sağlığı hastaneleri büyük oranda merkezi yönetimler tarafından kurulmuştur ve finanse edilmiştir. Zamanla ortaya çıkan, sorun yaşayan kişiler ve yakınları tarafından belirlenen toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini üretecek olan sosyal talepler ise hatırı sayılır bir oranda güçlü yerel yönetimler tarafından karşılandı. Aynı şekilde bugün Hollanda da bulunan 22.000 psikiyatrik yatağın büyük çoğunluğu merkezi hükümete ya da ilişkili özel kurumlara ait. Ancak hastane dışında yoğun şekilde verilen evde bakım, barınma, gündüz merkezi vb. gibi hizmetler büyük oranda yerel yönetimlerin desteği ile faaliyetlerini sürdürmektedirler.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini değerlendirirken bu terimin her zaman izafi olarak kullanıldığı unutulmamalıdır. Gelişmiş ülkelerde bu gün uygulanan modeller aslında medikal modelle toplum temelli modelin bir tür karma modeli olarak değerlendirilebilir. Bir ülkede uygulanan model diğer bir ülkeye görece daha toplum temelli olabilir diyebiliriz. Tıpkı RUSIHAK gibi, pek çok ülkede faaliyet gösteren ve halen devam eden dönüşümlerin bir parçası ve öznesi olan ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin hak temelli çalışan örgütleri, 30-40 yıl önce çıkılan yolda çok önemli mesafelerin alındığını ancak toplum temelli bir ruh sağlığı modelini tam olarak sağlamak adına sorunların hiçbir yerde tam olarak çözülmediğini düşünüyor.

Türkiye de bulunan 7000'i aşkın hastane yatağının Hollanda ya da diğer ülkelerden daha az olduğu görülmektedir. Ancak Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin yetersiz olmasının asıl nedeni hastane dışında verilen destek hizmetlerin bulunmamasıdır. Verilen ruh sağlığı hizmetlerin hemen tamamı kapalı ruh sağlığı hastanelerinde sunulan ve genellikle sadece ilaç tedavisine dayanan bir medikal modeldir. Ancak bu model de çok kısıtlı kaynaklarla sunulan "yetersiz" yatak oranıyla veriliyor. Avrupa

da bu alanda yol kat etmiş ülkeler ise ruh sağlığı alanında medikal yaklaşımı geçmişte büyük kaynaklar aktararak etkin şekilde uygulamayı başarmıştı. Bu gün ise bu ülkeler psikiyatri hastanelerini ve yüksek yatak sayısını bir sorun olarak görüyor. Giderek yaygınlaşan toplum temelli hizmetler, kurum temelli hizmetlerdeki yatak sayısını azaltmaya zorluyor. AB katılım ortaklığı belgesi (Şubat 2008) orta vadeli öncelikler bölümü 28. maddesinde ruh sağlığı hizmetlerinde toplum-temelli hizmetlere geçişin sağlanması ve bu geçişin sağlanması için gerekli finansal kaynağın ayrılması ifadesi yer almaktadır. Tüm AB ülkeleri tarafından onaylanan BM Engelli Hakları Sözleşmesi ise engellilerin ihtiyaç duyduğu desteği toplumdan izole olmadan sağlamayı garanti altına almaktadır.

Pahalı bir servis olan kurum temelli hizmetlere geçmişte büyük kaynak ayıran gelişmiş ülkeler buraya harcadıkları kaynakları kıstıklarında anlamlı tasarruflar yapabiliyorlar ve bu kazanımlar toplum temelli hizmetlere yatırım için kullanılabiliyor. Türkiye'de ise medikal model hiçbir zaman yeterli kaynakla uygulanmadı (sadece 8 ilde psikiyatri hastanesi var). Genel olarak sağlığa ayrılan bütçenin az olması özel olarak ruh sağlığı alanına daha da kaynak aktarılması nedeniyle, bu genel iddia Türkiye için geçerli olmayabilir. Bu noktada Türkiye'nin ruh sağlığı alanında önemli bir ikilemle karşı karşıya olduğu söylenebilir: ya biz de Avrupa ve ABD'nin geçtiği yoldan ilerleyerek aynı hataları yapacak, kapalı kurumların sayısını artıracağız ve hemen ardından da bu kurumları kapatıp kaynakları kişinin toplumsal entegrasyonu için destekleyici hizmetlere harcayacağız ya da bu hizmetleri bu anlayışa göre şimdiden sağlamaya çalışacağız.

Son olarak, yaptığımız geziler ve diğer birikimlerimiz ile şunları söylemek mümkün. Tüm dünyada, ruh sağlığı alanında sorun yaşayan bireyler için damgalanma ve sosyal dışlanma neticesinde oluşan problemler hiç de kolay çözülmüyor. Buna bir de kişinin yaşadığı aslında büyük oranda geçici olması gereken sorunlar nedeniyle (en önemlilerinden biri çalışma hayatından geri kalmasının yarattığı sosyal statü kaybı olan) ve yaşamak zorunda kaldığı maddi kayıpları yüzünden kişinin toplumdan iyice izole olmasını ekleyebiliriz. Sorun yaşayan birey, toplumsal hayata katılımı için gerekli desteği almazsa giderek "öğrenilmiş çaresizlik" içinde yaşamaya adapte olabiliyor. Ruh sağlığı alanında toplumsal ve bireysel tutumları ya da kurumsal gelenekleri kolaylıkla değiştiremeyebiliriz ancak başka bir şeyi, **sosyal adalet**i sağlamak için değişiklikler yapmak mümkündür. Bunun için de etkin şekilde uygulanan, tasarlanmasında, uygulanmasında ve denetlemesinde sorun yaşayan bireylerin merkezi rol aldığı sosyal politikalara ihtiyaç var.

Temel kavramlar ve genel çerçeve

Ruh sağlığı alanının tanımlanması

Dünya Sağlık Örgütü sağlıklılık durumunu yalnızca hastalığın olmaması durumu olarak değil, fiziksel, ruhsal ve toplumsal tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda ruh sağlığı politikalarının, ruhsal sorunların oluşmasını önleyici, iyi olma halini destekleyen ve ruhsal sorunları bulunan bireylerin rehabilitasyonunu ve tedavisini içeren politikalar bütünü olarak tanımlamak mümkündür.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ruhsal sorunlar anormal düşünceler, duygular, davranışlar ile diğer insanlarla ilişkilerin farklı tür bileşimleri olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal sorunlarçok farklı semptomları olan geniş bir spektruma yayılan sorunların tümünü nitelemektedir. Ruhsal sorunlara örnek olarak, şizofreni, depresyon, zihinsel engellilik ve madde bağımlılığına bağlı bozukluklar verilebilir. Kişinin aile geçmişi, kişinin tarihi (yaşadığı önemli olaylar), genetik yapısı, kişinin bedensel biyokimyasal dengesi, fiziksel sağlık problemleri ve toplumsal sorunlar ruhsal sorunlara neden olabilmektedir.

Psikiyatrik teşhis almış bireyler ise ruhsal sorunlar yaşayan bireylerden (bu raporda ruhsal sorunlar yaşayan bireyler kavramı, ruhsal/duygusal/psikiyatrik sorunlar yaşayan bireylerin tümüne gönderme yapmak üzere kullanılmaktadır) tıp otoritelerine başvuran ve uluslararası ruhsal hastalık sınıflandırmaları kullanılarak (örn. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı DSM) tıp otoriteleri tarafından hastalık teşhisi alan bireyleri nitelemektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve psikiyatri otoriteleri ruhsal sorunların büyük bir çoğunluğunun tedavi edilebileceğini bildirmektedir. Psikiyatrik teşhis alan bireylere sıklıkla psikiyatrist gözetiminde ilaç tedavisi ve/veya psikiyatristler ve klinik psikologlar eşliğinde terapi uygulamaları önerilmektedir. Hakim olan bu anlayışın yerine 1970li yıllardan itibaren ruhsal sorunları olan bireylerin toplumdan ve toplumsal rollerinden soyutlanmaksızın iyileşmelerini esas alan **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetleri anlayışı geçmeye başlamıştır.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler arasından suça karışanlar adli psikiyatri servislerine yönlendirilmektedirler. Adli psikiyatrist uzman hekimler suça karışmış 16 yaş üzerindeki kişinin ceza ehliyeti olmadığına (bilinç ve eylem özgürlüğünün bulunmamasına) hükmedebilme yetkisine sahiptirler. Bu hüküm Türk Ceza Kanunu'nun 32. Maddesine göre ancak "akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî

anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan" kişileri kapsamaktadır. Bu durumda olan bireylere ceza verilmez, ancak kendilerine yönelik güvenlik tedbirleri uygulanır. İkinci olarak ise, yukarıda tarif edildiği kadar ağır olmayan yalnız "işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan" kişilere yönelik ise ceza indirimine gidilir. Türk Ceza Kanunu'na göre bu durumdaki bireylere yönelik verilen cezalar aynı süre boyunca güvenlik tedbiri biçiminde de uygulanabilir. Maddenin her iki bölümünün de gönderme yaptığı güvenlik tedbirlerinden kasıt suça karışmış ruhsal sorun yaşayan bireylerin ruh hastalıkları hastanelerinde diğer hastalardan ayrı ve yüksek güvenlikli koğuşlara ya da yüksek korumalı adli psikiyatri hastanelerine zorunlu yatışlarının sağlanmasıdır. Bu rapor kapsamı gereği, özel olarak çalışılması gereken adli psikiyatri hizmetleri alanına dair kapsamlı değerlendirmeler içermemektedir.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler, engellilik ve sosyal politikalar

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre engellilik ruhsal sorunlar yaşayan bireyleri de kapsayan şemsiye bir kavramdır. Bu kavram farklı tür sakatlık durumlarını, bireylerin aktivitelerinin sınırlanmasını ve katılımlarının sınırlanmasını nitelemektedir. Sakatlık bireyin bedensel ya da ruhsal işlevlerinde ortaya çıkan durumu, aktivitelerin sınırlanması kişinin bir işi ya da eylemi gerçekleştirmesinde ortaya çıkan durumu, katılımın sınırlanması ise kişinin yaşam içerisindeki durumlara katılımında ortaya çıkan durumu anlatmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü engelliliği şöyle tanımlamaktadır: "Engellilik insanın bedeninin özellikleri ile içinde yaşadığı toplumun özelliklerinin arasındaki etkileşimi yansıtan karmaşık bir durumdur". Bu tanıma göre, ruhsal sorunlar yaşayan bireyler ruhsal özellikleri ile içinde yaşadıkları toplumun ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yaklaşımına dair yapısının etkileşimi doğrultusunda bir engellilik deneyimi yaşarlar.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler (İngilizce'de *people with psycho-social disabilities* terimi ile ifade edilir) ile zihinsel engellilerin (İngilizce'de *people with intellectual disabilities* terimi ile ifade edilir) gerek engellilik deneyimleri gerekse öne çıkan ihtiyaçları birbirlerinden oldukça farklıdır. Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Engellilik Birliği'ne göre, zihinsel engellilik bireyin gündelik toplumsal ve pratik becerilerine dair zihinsel işlerliğinin ve uyumlu davranış kapasitesinin önemli ölçüde kısıtlılığı durumu olarak tanımlanmaktadır. Zihinsel engellilik 18 yaş öncesinde ortaya çıkmaktadır. Zihinsel engelli bireylere yönelik politikalar çoğunlukla erken çocukluk ve ergenlik sürecine odaklanan rehabilitasyon ve eğitim hizmetleri ile destekli istihdam hizmetleri alanlarına odaklanmaktadır. Bu rapor ise psikolojik ve psikiyatrik

teşhis almış bireylerin haklarına ve ruh sağlığı politikalarına odaklanmakta ve zihinsel engelli bireylere yönelik politikaları kapsamamaktadır.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler uluslararası hukuk ve uluslararası kuruluşlar nezdinde engelli bireyler olarak kabul edildikleri gibi, engelli bireylerin haklarını, bu bireylere yönelik sağlanan ayrıcalık ve muafiyetleri de düzenleyen ulusal sosyal politika mevzuatları da ruhsal sorun yaşayan bireylerin bir kısmını da engelli statüsü içerisine dahil ederek bu bireylere de ilgili hak, ayrıcalık ve muafiyetleri sağlamaktadırlar. Türkiye'de sosyal politika mevzuatı da ruhsal sorun yaşayan bireylerin yalnızca kronik sorunlar yaşayanlarını engelli saymaktadır. Geçici depresyon gibi akut durumlar yaşayan bireylerin engelli sayılmaları mümkün olmadığı gibi, engellilere sağlanan ayrıcalıklardan, haklardan ve destek mekanizmalarından faydalanmaları mümkün olamamaktadır. Halbuki akut ruhsal sorun yaşayan bireylerin de her ne kadar engelli statüsüne dahil edilmeseler dahi yaşamın her alanında (eğitim, istihdam vb.) sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler yoluyla desteklenmeleri gerekmektedir.

Türkiye hukukunda Türkiye yurttaşı engelli bireylerin haklarını ve bu bireylere sağlanan ayrıcalık ve muafiyetleri 2005 yılında çıkarılan Özürlüler Yasası düzenlemektedir. Özürlüler Yasası uyarınca engelli bireyler istihdamda pozitif ayrımcılık, evde bakım desteği, gelir desteği vb. haklara sahiptirler. Yasa engelli kişiyi "Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi" olarak tanımlamaktadır. Tanımdan da görülebileceği üzere ruhsal ve sosyal yeteneklerini kaybeden ruhsal sorunlar yaşayan bireyler de engelli olarak kabul edilmektedirler. Özürlüler Yasası'nda ifade edilen tanım, engelli bireylerin yapabilirliklerini kısıtlayan toplumsal çevre (engelliliğe sosyal yaklaşım) ile kişinin bedensel ve ruhsal özelliklerinin ilişkisine (biopsikososyal yaklaşım) kişinin yeti yitimine (engelliliğe tıbbi yaklaşım) vurgu yapması nedeniyle, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nde temel alınan ve engelliliği tüm boyutlarıyla ele alan biyopsikososyal yaklaşıma yapılan tanıma oranla hayli kısıtlı kalmaktadır.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin Türkiye hukukunda engellilere tanınan hak, ayrıcalık ve muafiyetlerden yararlanabilmeleri için psikiyatrik teşhis almış olmaları gerekmektedir. Ayrıca ruhsal sorun yaşayan bireylerin yetkili hastanelerden kişinin yürürlükteki özürlülük ölçütüne göre ruhsal sorunlarının derecesini (özür oranı) içeren bir sağlık kurulu raporu edinmeleri gerekmektedir. Özür oranı yüzde 40 ve üzerinde sağlık kurulu raporu bulunan psikiyatrik teşhis alan tüm bireyler engelli bireylere sağlanan tüm hak, ayrıcalık ve muafiyetlerden faydalanabilirler.

Ülkemizde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerden yalnızca altıda birinin uzman yardımı aldığı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 42). Bu veri ışığında ruh sağlığı hizmetlerinin ve sosyal politikaların ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin yalnızca bir bölümüne eriştiğini söylemek mümkündür. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerinin önünde maddi engeller olabileceği gibi, bu bireylerin psikiyatrik teşhis aldıkları durumda damgalanmaya maruz kalmaktan çekinmeleri gibi sosyal nedenler de olabilir. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin hangi nedenlerle uzman yardımına başvurmadıkları konusu gerek bilimsel gerek de siyasi olarak önemli bir araştırma konusudur.

Ruh sağlığı politikaları alanında reformlar: Kurum temelli hizmetlerden toplum temelli hizmetlere geçiş

Modern toplumların ortaya çıkışı ile birlikte yükselen pozitivist bilimsel akıl, psikiyatri ve psikoloji bilim dallarının ortaya çıkmasını beraberinde getirmiştir. Bu bilim dallarının ortaya çıkışı bir yandan ruh sağlığı alanında gelişen bilimsel yazın ve destek mekanizmaları yoluyla ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin iyileşme süreçlerine dair olumlu katkılar yaparken, diğer yandan toplumlarda "normal" davranış kalıplarını tanımlamaları ile birlikte, geçmişte toplum içerisinde yaşamlarını sürdüren bireylerin ruh hastalıkları hastanelerine kapatılmalarını meşru kılmışlardır.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş öncesinde, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin yaşamlarını genellikle ruh sağlığı hastanelerinde dışında geçirme şansları bulunmamaktaydı. Ruhsal sorunlar ile yaşayan bireylerin hastane içerisinde yaşamlarını sürdürmek durumunda bırakılmaları, bu bireylerin toplumsal olarak marjinalleşmesi ve yaşamlarının kendi kontrolleri dışında rutin bir biçimde süregitmesine yol açmaktaydı (Rosenberg and Rosenberg, 2006: 1).

1970li yıllarda ortaya çıkan toplumsal hareketler ve psikiyatri ile psikoloji disiplinlerinin içerisinde güçlenen eleştirel akımlar, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin kurum temelli bir modelle iyileştirilmelerinin tek yol olmadığını ifade etmeye başladılar. Bu süreç içerisinde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin modern psikiyatri, klinik psikoloji ve sosyal hizmetler disiplinlerinin katkılarından azami biçime yararlanmalarını mümkün kılacak hem de bu bireylerin toplum içerisinde kaybettikleri toplumsal rollerini geri kazanacakları bir biçimde desteklenmelerine imkan verecek **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetleri yaklaşımı ortaya çıkmıştır.

Kurum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetleri

anlayışına geçiş ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin özerkliklerine ve insanlık onurlarına çok daha uygun bir yaklaşımı ifade etmektedir. Yeni psikiyatrik teşhis alan bireyler doğrudan **toplum temelli** bir yaklaşımla verilen hizmetlerden faydalanmaya başladıkları durumda kurum temelli hizmetlerde yaşanan sorunların çok azı ile karşı karşıya kalmaktadırlar.

Fakat kurum temelli yaklaşımın hakim olduğu dönemde psikiyatrik teşhis almış bireyler için **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetlerine geçiş süreci hemen hiç bir ülkede sorunsuz olarak gerçekleşmemiştir. Özellikle 1970li yıllarda kurum temelli yaklaşımdan **toplum temelli** yaklaşıma geçilmesiyle, ruhsal sorunlar ile yaşayan önemli sayıda birey, çok da iyi planlanmamış bir süreç ile daha önce uzun süreler kaldıkları kurumlardan ayrıldılar ve toplum içerisinde yaşamaya başladılar (Rosenberg and Rosenberg, 2006: 2). Yaşamının önemli bir bölümünü kurumlarda geçirmişruhsal sorunlar ile yaşayan bireylerin toplum içerisinde yaşamaya başlamaları süreci ancak bu bireylerin iyi olma hallerinin desteklenmesi ile başarıya ulaşabilmektedir. Ruhsal sorunlar ile yaşayan bireyler, toplum içerisinde yaşamaya başlamalarıyla birlikte gerek gündelik stres faktörleri ile karşı karşıya kalmaya başlayacaklar, gerekse toplumun kendilerine yönelik ayrımcı ve damgalayıcı davranışları ile baş etmek durumunda kalacaklardır. Kurum temelli yaklaşımdan **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetleri yaklaşımına geçiş iyi planlanmadığı durumlarda, akıl hastalıkları ile yaşayan bireylerin kurumsal olarak yer değiştirmesi, yani akıl hastanelerinden hapishanelere ya da kimsesizler misafirhanelerine transfer edilmesi gibi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Klein, 2006: 35).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin ne denli başarılı biçimde hayata geçirilebileceği bu dinamikleri ne ölçüde doğru yönlendirebileceği ile yakından ilintilidir. Bu noktada profesyonel disiplinler açısından, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin iyi olma hallerinin yalnızca hekimlik yaklaşımı ile sınırlı kalmayan aynı zamanda sosyal hizmetler yaklaşımını da içeren bütünsel bir yaklaşım ile desteklenmesi önem kazanmaktadır (Rosenberg and Rosenberg, 2006: 2).

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi ışığında ruh sağlığı hizmetlerinde hak temelli yaklaşım ve temel ilkeler

Daha önce yürürlüğe girmiş olan insan hakları sözleşmelerinin engelli bireylerin haklarını güvence altına almaya yetmemesi üzerine, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi oluşturulmuş ve 2007 yılında taraf ülkelerin imzasına açılmıştır. İlk bölümde bahsedildiği üzere, ruhsal sorunlar yaşayan bireyler de bu sözleşmenin haklarını korumayı amaçladığı temel gruplar arasında yer almaktadırlar.

Birleşmiş Milletler bu sözleşmenin engelli bireylere dair bir paradigma değişimini simgelediğini bildirmektedir. Bu sözleşme ile birlikte, engelli bireyler hayırseverliğin, tıbbi tedavinin ve sosyal korumanın nesneleri değil, toplumun aktif mensupları olan, haklarını arayabilen ve özgürce karar alabilen haklarla donatılmış özneler olarak tanınmışlardır.

Engelli bireylerin insanlık onuruna saygı gösterilmesi ve kendi kararlarını alabilmelerine dair bireysel özerkliklerinin ve özgürlüklerinin tanınması sözleşmenin temel prensiplerinden biridir. Sözleşme engelli bireylere yönelik her türlü ayrımcılığı yasaklamakta, engelli bireylerin topluma tam ve eşit katılımlarını güvence altına almakta, engelli bireylerin farklılıklarına insan çeşitliliğinin bir parçası olarak saygı gösterilmesini öngörmekte ve engelli bireylere yönelik fırsat eşitliğinin sağlanmasını salık vermektedir.

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi taraf devletlerin ruhsal sorun yaşayan bireylere yönelik politikalarına dair önemli açılımlar yapmalarını gerektiren maddeler içermektedir. Sözleşmenin taraf devletlerin ruh sağlığı politikalarına ve ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin yaşamlarına etkilerini izleyebilmek için henüz erkendir. Sözleşme gerek geniş kapsamı gerekse getirdiği köklü paradigma değişimi nedeniyle taraf devletlerin politikalarına uzun dönemli bir yol haritası sunmaktadır.

Sözleşmenin dördüncü maddesi sözleşmenin taraf ülkelere getirdiği yükümlülükleri düzenlemektedir. Bu maddeye göre taraf ülkeler her alandaki mevzuatlarında ve tüm politika alanlarında engellilere yönelik her türlü ayrımcılığı ortadan kaldırmakla görevlendirilmişlerdir. Taraf ülkeler özel kişi ve kurumların da engelli bireylere yönelik ayrımcılık yapmasını engellemek için tüm gerekli önlemleri almakla yükümlü kılınmışlardır. Sözleşmenin bu maddesi engelliliğin tüm politika alanlarında **anaakımlaştırılmasını** (*disabilitymainstreaming*) salık verir.

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin dördüncü maddesinde getirilen en önemli yeniliklerin başında ise maddenin taraf ülkelere getirdiği demokratikleşme koşuludur. Maddenin ilgili bölümü şöyledir: "Taraf Devletler, bu Sözleşmeyi yürürlüğe koyacak mevzuat ve politikaların gelişimi ve uygulanmasında ve engellilere ilişkin diğer karar alma süreçlerinde, engelli çocuklar dahil engellilere onları temsil eden örgütler aracılığıyla sık sık danışacaklar ve onları etkin bir şekilde sürece dahil edeceklerdir." Böylece sözleşme taraf ülkelere engelli bireylerin kişisel özerkliklerinin korunması ve hayatlarına dair özgür karar alabilmelerinin sağlanmasına dair genel prensiplerini yasa ve politika oluşturma süreçlerinde nasıl hayata geçirebileceklerine dair bir yol haritası sunmaktadır. Bu madde gereğince, taraf ülkeler ruhsal sorunlar yaşayan bireyler tarafından oluşturulan örgütlerin de örneğin ruh sağlığı

politikalarının oluşturulması ile ruh sağlığına dair mevzuatın geliştirilmesi süreçlerine etkin katılımlarını sağlamakla yükümlüdürler.

Sözleşmenin on ikinci maddesi ise engelli bireylerin yasa önünde eşit tanınmaları konusunu düzenlemektedir. Bu konu hak ehliyetlerini kullanmalarının önüne ciddi engeller çıkarılan ruhsal sorun yaşayan bireyler için büyük önem taşımaktadır. Madde taraf devletlerin "engellilerin hak ehliyetlerini kullanırken gereksinim duyabilecekleri desteği alabilmeleri için uygun tedbirleri" almakla ve "hak ehliyetinin kullanılmasına ilişkin tüm tedbirlerin, uluslararası insan hakları hukukuna uygun şekilde istismarı önleyici uygun ve etkili güvenceler sağlamasını garanti etmekle" yükümlü kılınmışlardır. Benzer bir biçimde, sözleşmenin on dördüncü maddesi de "engelliliğin, hiçbir koşulda özgürlüğün kısıtlanmasının gerekçesi olarak gösterilmemesi" gerektiğine vurgu yapmıştır. Son olarak, sözleşmenin bağımsız yaşama ve topluma dahil olma başlıklı on dokuzuncu maddesi, engellilerin "toplum içinde yaşama hakkı" olduğunu belirtmektedir.

Yukarıda bahsi geçen prensipler ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik zorla hastaneye yatırma ya da istemediği bir tedaviye zorlama gibi istem dışı uygulamalara son verecek düzenlemelerinin, ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik destekli karar alma mekanizmalarının ve bu bireylerin toplumsal yaşama entegrasyonlarını mümkün kılacak düzenlemelerin hayata geçirilmesine temel oluşturacaktır. Sözleşmenin engelliliğin özgürlüğün kısıtlanmasına gerekçe oluşturamayacağına dair prensibi ile engellilerin toplum içinde yaşama haklarına yaptığı vurgu ise taraf devletlerin ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istemleri dışında hastaneye yatırılma uygulamalarını terk etmelerini ve **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetleri geliştirmelerini gerektirecektir.

Daha sonra detaylı olarak incelenecek olan Türkiye Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı genel olarak Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin temel felsefesi ile uyumludur. Eylem Planı ülkemizdeki kurum temelli ruh sağlığı yaklaşımının kademeli olarak terk edilerek, hizmetlerin **toplum temelli** ruh sağlığı yaklaşımına göre yeniden düzenleneceğini duyurmaktadır.

Ülkemizin de 2009 yılı itibariyle taraf olduğu Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'ne göre ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin özgür ve bağımsız bireyler olarak tanınmaları her türlü politikanın temelini oluşturmak durumundadır. Bu temel ilke ile birlikte, Türkiye sosyal devlet olma ilkesi gereğince ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine yurttaşlık temelinde eşit erişimlerini ve ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin insan onuruna yaraşır bir biçimde yaşamlarını sürdürmelerini garanti altına almakla da yükümlüdür. Bu çerçevede, Eylem Planı'nda "kaynakların nasıl kullanılacağına sadece maliyet-etkinliğine bakarak" değil, "insan

hakları ve hizmete eşit erişim" prensiplerini gözeterek karar vermek gerektiğinin altı çizilmesi olumludur (Sağlık Bakanlığı, 2011: 66).

Ciddi ruhsal sorunlar ile yaşayan bireylerin rehabilitasyonlarına yönelik müdahalelerde kişinin kendi kaderini tayin hakkı ile paternalizm arasında cereyan eden bir skalada farklı etik tercihler üzerinden hareket edilmektedir. Benzer bir ikilik bireylerin kendi kaderlerini tayin kapasitelerini azami düzeye yükseltme amacı ile, toplumsal güvenliği idame ettirme amacı arasında da görülebilmektedir (Taylor, 2006: 74). Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin ve **toplum temelli** ruh sağlığı yaklaşımının felsefesi gereğince, politikaların yukarıda sözü edilen ikiliklerden giderek daha fazla ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin özerkliklerinin azami ölçüde gözetildiği bir yaklaşıma uygun bir biçimde oluşturulması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu yaklaşıma uygunluk, örneğin mutlak vesayetin ortadan kaldırılmasını, **destekli karar verme** mekanizmalarının oluşturulmasını, **aydınlatılmış onam**ı, tedaviyi reddetme ya da kabul etme özgürlüğünü, tedavi konusunda yeterince ve doğru zamanda bilgilendirilme hakkını, kişinin tedaviyi reddettiği durumda hekimin farklı alternatifler önerme sorumluluğunu, kişinin hastaneden ayrılmasının ardından kişinin terapiye yönlendirilmesi ve takip edilmesi sorumluluğunu, kişinin kendi yaşamıyla ilgili alınacak tüm kararlara katılım hakkını hayata geçirmeyi gerektirmektedir.

Bu çerçevede bu rapor ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin insan haklarını ve bireysel özgürlüklerini gözeten ruh sağlığı politikalarının ve genel anlamda sosyal politikaların geliştirilmesinin mümkün olduğunu savunmaktadır.

Bazı Avrupa ülkelerinde ruh sağlığı hizmetleri

Her ülkenin sağlık sistemi, sosyal refah sistemi ve bu iki büyük sistemin parçası olan ruh sağlığı hizmetlerinin yapısı o ülkenin siyasi yapısının ve kurumsal tarihinin bir sonucu olarak farklı biçimlerde oluşmuştur. Özellikle 2. Dünya Savaşı'nın ardından Batı Avrupa ülkelerinde güçlenen sendikal hareketler, sol partiler ve bu siyasi kurumların gölgesinde gelişen sosyal politika yanlısı merkez sağ partiler bu ülkelerde güçlü sosyal refah sistemlerinin kurulmasına önemli katkılar yapmışlardır. 1960lı yıllarla birlikte ortaya çıkan toplumsal çeşitliliğe vurgu yapan toplumsal hareketler ise bu sosyal refah sistemlerinin farklılıkları dışlamayan bir biçimde evrilmelerini savunmuşlar ve sistemlerin bu yönde değişmelerine öncü olmuşlardır. Bu hareketler içerisinde Thomas Szazs, R. D. Laing ve Franco Basaglia gibi kuramcılardan beslenen "anti-psikiyatri hareketi" özellikle istemsiz yatış, elektroşok tedavisi, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin toplumsal olarak damgalanması ve toplum dışı mekanlara hapsedilmelerine karşı bir pozisyon oluşturmuş ve psikiyatrinin ruhsal sorunlar

yaşayan bireyler için sorunun bir parçasına dönüştüğüne vurgu yapmışlardır. Bu yaklaşım ile "anti-psikiyatri hareketi" ruhsal sorun yaşayan bireyler için öngörülen hastane ile ilaç odaklı ruh sağlığı hizmetleri modelinin sorgulanmasına ve **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetleri modelinin ortaya çıkışına önemli katkılar sağlamıştır.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin insan hakları ve bireysel özgürlüklerini temel alan çalışmalar yapan ve ruhsal sorunlar yaşayan bireyler tarafından oluşturulan sivil toplum örgütleri Batı Avrupa ülkelerinde ruh sağlığı politikalarının ve genel anlamda sosyal politikalarının dönüştürülmesi sürecinde itici gücü sağlamışlardır. Sivil toplum kuruluşlarının ruh sağlığı alanında üstlendiği rollere örnekleri bu bölümde incelenen ülke örneklerinde detaylı olarak göreceksiniz. Sivil toplum kuruluşlarının üstlendikleri görevleri iki başlıkta incelemek mümkün: savunuculuk/denetim ve hizmet sunumu. Üstlendikleri ilk görev çerçevesinde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin sivil toplum örgütleri, bu bireylerin insan haklarını ve bireysel özgürlüklerini siyasi gündeme taşıyarak ruh sağlığı politikalarının ve sosyal politikaların hak ve birey temelli bir yaklaşımla dönüştürülmesine öncülük ettiler. Reformlar süresince tüm karar alma süreçlerine aktif katılım gösteren bu örgütler, reformların gerçekleştirilmesini takiben ise önemli bağımsız denetim mekanizmalarının oluşturulmasına destek oldular ve bu mekanizmaların işlemesi için yeni görevler üstlendiler (örn. Ülke örnekleri içerisinde okuyacağınız İsveç'te **bireysel ombudsmanlık** sistemi).

Bazı sivil toplum örgütleri ise reform süreçleri içerisinde doğrudan hizmet sunumu rolünü üstlenmeye başladılar. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin sivil toplum örgütlerinin hizmet sunumu rolü üstlenmeye başlamaları, 1980li yıllarla birlikte hız kazanan yeni liberal ekonomik dönüşümlere paralel olarak sağlık, eğitim, sosyal hizmetler gibi kamusal hizmetlerin özel sektör ya da kar amacı gütmeyen sivil toplum örgütlerinin hizmet sunumu rolü üstlenmeleri sürecinin bir parçası olarak gündeme geldi. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin sivil toplum örgütlerinin hizmet sunumunu üstlenmeye gönüllü olmalarında şüphesiz ki hastane ve ilaç temelli, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin toplum dışına itilmesi ve toplumsal damgalanmaya maruz kalması ile sonuçlanan geçmiş olumsuz deneyimlerin payı büyüktü. Fakat bu örgütlerin hizmet sunumunu üstlenmeleri gerek ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı gerekse ruh sağlığı hizmetlerine erişim alanlarında önemli sıkıntıları da beraberinde getirdi. Örneğin Büyük Britanya'da kamusal hizmetlerin özel sektör ya da kar amacı gütmeyen sivil toplum örgütleri tarafından sunulmaya başlanması, bu hizmetleri finansman açısından kırılgan hale getirdi. Yakın dönemde yaşanan ekonomik kriz sonucunda bu örgütlere aktarılan kamusal kaynakların giderek kısıldığı, bunun sonucu olarak doğrudan kamu tarafından üretilmeyen bu hizmetlerde çalışanların işsiz kaldıkları ve hizmetlerin aksamaya başladığı ortaya çıktı. Sivil toplum örgütlerinin hizmet sunucu rolünü üstlendikleri bu modelin finansal sürdürülebilirlik ve eşit erişim sorunlarına teşne olması nedeniyle, sivil toplum örgütlerinin öncelikle kamusal ruh

sağlığı hizmetlerini dönüştürmeye ve bu dönüşüm içerisinde kilit denetim işlevleri üstlenmeye yönelik çaba sarf etmeleri uzun dönemde hizmetlerin sürdürülebilir ve herkes için erişilebilir olmasına daha etkin bir katkı olacağını söylemek mümkündür.

Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı Türkiye'de reformun oluşturulması sürecinde Finlandiya, İtalya, İngiltere, Almanya ve Hollanda'ya ruh sağlığı hastanelerinde hizmet veren ekiplerle ziyaretlerde bulunulduğunu ve Türkiye'deki reform süreci planlanırken bu ülke örneklerinden faydalanıldığı bildirmektedir. Bu çerçevede, Hollanda'ya 120 psikiyatrist saha ziyaretine götürülmüştür. Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi ekibi olarak bizler de bu raporu hazırlama sürecinde İsveç, İtalya ve Hollanda'ya saha ziyaretlerinde bulunduk ve **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetlerinin nasıl işlediğine dair gözlemler ve görüşmeler gerçekleştirdik. Bu bölüm bu görüşmelerde hem ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin özerklikleri hem de ruh sağlığı hizmetlerine erişimin ve ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik sosyal politikaların durumuna dair gözlemlerimizi içermektedir.

İsveç

Üç ülke örneğimiz içerisinden İsveç sosyal refah modelleri içerisinde "sosyal demokrat eşitlikçi" model olarak tarif edilen bir sistemin örneği olarak seçilmiştir. Bu çerçevede İsveç genel anlamda kamu tarafından finanse edilen ve eşit yurttaşlık temelinde eşit erişim sağlayan bir ruh sağlığı sistemini (kendi iç sıkıntıları olmakla birlikte) ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin haklarının azami ölçüde korunduğu bir yapıyla birleştiren bir ülke olarak karşımıza çıkmaktadır.

İsveç ruh sağlığı sisteminde **Bireysel Ombudsmanlık** kurumu iyi bir örnek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireysel Ombudsmanlar ruhsal sorun yaşayan bireylere bireysel danışmanlık hizmeti vermektedirler. Bireysel ombudsmanlar ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin hem bağımsız yasal savunucuları hem de onlarla çalışan sosyal hizmet uzmanları gibi görev yapmaktadırlar. Ombudsmanlar aynı zamanda ruhsal sorun yaşayan bireylerin kamu hizmetlerinin erişiminin önünde engel oluşturan gündelik sorunları da çözme sorumluluğunu üstlenmişlerdir (örn. dilekçe yazmak). Ombudsmanların yaptığı işlerden birine örnek olarak şu verilebilir: Ruhsal sorun yaşayan birey eğer uzman hekiminden memnun değilse fakat bunu söylemeye çekiniyorsa, ombudsman uzman hekimle konuyu görüşerek yeni bir uzman hekimden randevu alabilir.

Bireysel Ombudsmanlar bağımsız olarak, belediyelere bağlı olarak ya da ruh sağlığı alanında çalışan sivil toplum kuruluşlarına bağlı olarak çalışmaktadırlar. Bu

danışmanlık hizmetinin maliyetinin yüzde 75'i kamu, yüzde 25'i ise belediye tarafından karşılanmaktadır. Ombudsmanlık hizmetinin bağımsız kurumlar çatısı altında ve hastane dışında sunuluyor olması, ücretsiz olması ve gizlilik prensibi çerçevesinde çalışması ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin kamu hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmakta ve bu hizmetlerden kopmalarının önünde engel oluşturmaktadır.

İsveç'te görüştüğümüz kurumların temsilcilerine ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik sosyal politikalara dair sorduğumuz tüm sorulara ruhsal sorun yaşayan bireylerin herkese sağlanan barınma, istihdam, terapi desteği, sağlık hizmetlerine erişim vb. haklardan yararlanabildikleri cevabını aldık. İsveç örneği, bu çerçevede, tüm yurttaşları kapsayan ve eşit yurttaşlık temelinde örgütlenen bir sosyal refah sisteminin ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ihtiyaçlarının bu bireyler toplumun geri kalanından ayrıştırılmaksızın da karşılanabileceğini göstermesi açısından önemlidir. İsveç örneğinin örneklediği yurttaşlık temelinde eşitlik devletin yalnızca bu eşitliği hukuksal olarak vazetmesi yolu ile değil, aynı zamanda ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin sorunlarının tüm sosyal politika alanlarında **ana akımlaştırılması** yolu ile aktif olarak tesis etmesi ile mümkün olmuştur.

İsveç'te ruh sağlığı hizmetlerinin ilk basamağı genel ruh sağlığı bilgisine hakim olan aile hekimlerinin de parçası olduğu birinci basamak sağlık hizmetleridir. Basit ruhsal sorunlarda ilaç tedavisi yetkisi bulunan birinci basamak hekimleri, daha ciddi durumlarda kişileri hastanelere sevk etmektedirler. İsveç'te kamusal nitelikli sağlık sisteminin ruh sağlığı alanında ifade edilen tek sorunu bireylerin kamu hastanelerinde uzman hekimlere ulaşmak için kimi zaman uzun süreler boyunca sıra beklemek durumunda kalmalarıdır. Geliri yüksek kişilerin ise özel psikiyatri uzmanlarından faydalanmaları da mümkün kılınmıştır. Bu durum eşit erişim prensibini zedelemektedir.

İsveç sosyal refah sistemi içerisinde sosyal güvenlik kapsamında olmayan nüfus neredeyse mevcut değildir. Ruh sağlığı hizmetlerinde (işsiz ya da geliri belirli bir seviyenin altında olan kişiler dışında kalan) kişilerden yıllık 2000 krona (235 Euro) kadar ilaç ve tedavi giderlerini kendilerinin ödemesi beklenmektedir. Bu miktarın üzerine çıkan her türlü tedavi gideri ve ilaç ücreti ise kamu bütçesinden karşılanmaktadır. Kronik ruhsal sorunu olan bireyler ise ilk başvurularından en fazla bir aylık bir sonrasında ücretsiz sürekli tedavi ve ilaç alma hakkı kazanmaktadırlar.

İsveç sisteminde kamu kurumlarında çalışan uzman hekim ve hemşireler düz bir maaş ile çalışmaktadırlar. İsveç'te sağlık çalışanlarına performans ya da vaka başına ödeme mevcut değildir. Sağlık kurumlarının merkezden aldıkları bütçe ise o kurumun hizmet ettiği nüfus oranında olmaktadır.

İsveç ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda birey merkezli yaklaşımın hakim olduğu görülmektedir. **Bireysel tedavi planı** bireyin aktif katılımı ve uzman hekim, hemşire ve klinik psikologların yer aldığı bir ekip çalışması ile oluşturulmakta ve uygulanmaktadır. İstemsiz yatış için mahkeme kararı şartı kesin bir şekilde uygulanmaktadır.

İsveç'te kurum temelli yaklaşımdan **toplum temelli** yaklaşıma geçilirken yaşanan sorunları şöyle özetlemek mümkündür. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin hastaneden taburcu edilmeleri, eğer kişi kendini olağan yaşama hazır hissetmiyorsa ve hastaneden çıkmasının ardından bir destek mekanizması ile desteklenmiyorsa bu bireyler için zor bir sürecin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle İsveç örneği hastanelerin kapasitelerin düşürüldüğü **toplum temelli** ruh sağlığı yaklaşımının yerleştirilmeye çalışıldığı ilk süreçte, destekleyici hizmetlerin varlığının kilit önemde olduğunu göstermektedir. Son olarak, kurum temelli modelden **toplum temelli** modele geçişte toplumun, hastanelerde kalan ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ve yakınlarının bu geçişe hazırlanması gerektiği önemli görünmektedir.Tüm bu geçiş aşamasındaki sorunlara rağmen medikal-kurum temelli modelden **toplum temelli** ruh sağlığı yaklaşımına doğru ilerleyen İsveç sisteminde günümüzde hala psikiyatrik yatak sayısı Hollanda' dan fazladır. Hastanede kalış süreleri ise 1 gün ile 6 ay arasında değişim göstermektedir.

İsveç sağlık sisteminde yerelleşmeye yönünde 1995 yılında yapılan reformlar sonrasında yerel yönetimler sağlık hizmet sunumu alanında önemli görevler üstlenmişlerdir. Bu yerelleşme reformları bir yandan sağlık sistemindeki bürokrasiyi azaltmaya ve yerelde özerk sağlık sunucularının etkin hizmet vermelerine yararken, bir yandan da belediyelerin verdikleri hizmetler arasında bir farklılaşmanın da oluşmasına neden olmuştur. Vergilerin belediyeler tarafından toplandığı ve sağlık hizmetlerine aktarıldığı bu sistemde, daha çok vergi toplayabilen (sosyo-ekonomik durumu yüksek bireylerin daha çok ikamet ettiği) bölgelerde sağlık hizmetlerine daha yüksek kaynak ayrılabilmesini mümkün kılmaktadır. Her ne kadar ülke çapında verilen hizmetlerin kalitesinin denk olmasına dair bir merkezi denetim olsa da, bu durum sağlık hizmetlerine erişimde bölgeler arası eşitsizlikleri pekiştirme potansiyeli taşımaktadır.

İsveç istihdamın dışında kalan ruhsal sorunlar yaşayan bireylere işsizlik maaşı ve asgari gelir desteği sağlamaktadır.

Hollanda

Hollanda “liberal” sosyal refah modelinin en iyi örneklerinden birini oluşturmaktadır. Hollanda liberal sosyal refah sistemini, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin özerkliklerinin azami olarak gözetildiği ve bu bireylerin tüm karar alma süreçlerinde önemli ölçüde güç sahibi oldukları bir yapı ile desteklemektedir.

Hollanda sağlık sisteminin finansman ayağı özel sağlık sigortaları üzerine kuruludur. Bu durum özel sigorta kuruluşlarına sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesinde ve denetlenmesinde önemli roller vermektedir. Özel sağlık sigortası temelli finansman modeli, her ne kadar hükümet tarafından ciddi bir denetime tabi olsa dahi, gelir temelinde eşitsizliklerin sağlık hizmetlerine erişim alanına doğrudan tercüme edilmesini beraberinde getirmektedir. Görüşmelerimiz sırasında, özel sigorta kurumlarına senelik yapılan ödemelerin yaklaşık 200-250 Euro aralığında olduğu belirtildi.

Özel sağlık sigortası temelli Hollanda sağlık sisteminin aynı zamanda ekonomik kriz dönemlerinde ekonomik sarsıntılara daha açık olduğu görülmüştür. Görüşmelerimizde ekonomik kriz sonrasında özel sağlık sigorta kurumlarının hizmet paketlerinde kısıntıya gittikleri belirtilmiştir. Örneğin, ruh sağlığı alanında özel sigortalar ödedikleri terapi sayısını 10’dan 5’e düşürmüşler ve ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanan 18 yaşın üzerindeki bireylerden 200 Euro gibi yüksek bir katkı payı alma uygulamasına başlamışlar. Görüşmecilerimiz 200 Euroluk katkı payı uygulamasının yalnızca psikiyatri servislerine getirildiğini ve bunun bir ayrımcılık olduğunu belirtmişlerdir. Görüşmecilerimiz özel sigortaların sağlık finansmanında var olan hakimiyetlerinin ruh sağlığı hizmetleri alanını fazlasıyla “maliyet odaklı” bir alan haline getirdiğine işaret etmişlerdir.

Hollanda’da da ruh sağlığı hizmetlerinin ilk iletişim noktası aile hekimleridir. Kimi aile hekimliklerinin bünyesinde klinik psikologlar çalıştığı da belirtilmiştir.

Aile hekimleri gerek gördükleri takdirde kişileri kamu ya da özel sektör tarafından yürütülen ikinci ve üçüncü basamak ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirmektedirler. Hizmet sunucular nüfus yoğunluğuna göre kurulmuşlardır.

Ruh sağlığı hizmetlerinde ön değerlendirmeyi ekip çalışması yoluyla yapmaya büyük önem verilmektedir. Görüşmecilerimiz Hollanda hastanelerinde ruhsal sorun yaşayan bireylerin ön değerlendirmelerinin psikiyatrist, ilgili uzman hekim, aile terapisti, sosyal psikiyatri hemşiresi, pedagog, klinik psikolog gibi geniş bir kadro ile gerçekleştirildiğini belirtilmiştir.

Hollanda'daki ruh sağlığı hizmetleri içerisinde iki uzmanlığın önemli roller üstlendiği görülmektedir. Bu uzmanlıklardan ilki sosyal psikiyatri hemşireleridir. Sosyal psikiyatri hemşirelerinin ev ziyaretleri gerçekleştirdikleri, bireylerin ilaçlarını kontrol ettikleri, aylık ödemelerini (kira, faturalar vb.) yapmalarına destek oldukları vb. gündelik yaşam becerilerine dair destek sağladıkları bildirilmiştir. İkinci olarak ise sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin bürokratik evrak işlerini yapmalarına ve finansal durumlarını inceleyerek gerekli kamu kurumlarına başvurularını yapmalarına destek oldukları bildirilmiştir.

İsveç'teki duruma benzer olarak Hollanda'nın da ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda merkezi devlet kurumlarından yerel yönetimlere yetki devri süreci içerisinde olduğu görülmüştür. Hollanda ruh sağlığı alanındaki hizmetlerin kalitesini çerçeve bir kalite yasası üzerinden denetlemektedir.

Hollanda'da hasta konseylerinin ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin faydalandığı etkili bir katılım mekanizması olduğu görülmüştür. Hasta konseyleri hastanede yatan ruhsal sorun yaşayan bireyleri temsil etmeyi değil, bu bireylerin taleplerini ve görüşlerini ifade etmelerine imkan vermeyi hedeflemektedir. Hasta konseylerinin yalnızca hastane içerisindeki karar alma süreçlerine değil, aynı zamanda merkezi karar alma süreçlerine dahi katkı vermeleri mümkün olabilmektedir. Hasta konseyleri hem hastane düzeyinde hem de ulusal ölçekte ruh sağlığı politikalarının oluşturulması ve değiştirilmesi süreçlerinde aktif olarak yer almaktadırlar.

Hollanda hasta hakları mevzuatında, kişinin tedavi hakkı ile tedaviyi reddetme hakkı birlikte tanınmıştır. Hollanda'da ruh sağlığı hizmetlerindeki temel yaklaşım gereğince, iyileşme ya da adaptasyon sürecinde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin özerkliklerinin korunması yoluyla güçlendirilmesine yönelik bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım gereğince ruhsal sorun yaşayan bireylerin iyileşme ve adaptasyon sürecinde aktif olarak karar verici konumunda olmalarına imkan tanınmaktadır. Bu hukuki yapısıyla Hollanda ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin haklarının azami ölçüde gözetildiği bir iyi örneği temsil etmektedir.

Bu çerçevede Hollanda örneğindeki iyi uygulama **hasta savunucusu** sistemidir. Hollanda'da istemsiz olarak hastaneye yatırılan ruhsal sorun yaşayan talep ederlerse bu bireylere bir **hasta savunucusu** atanmaktadır. Hakimin hastaneye yatırılan kişiyi ve **hasta savunucusu** avukatını beş gün içerisinde görmesi zorunluluğu mevcuttur. Hakimin istemsiz yatış kararını uygun bulmaması durumunda, birey istemsiz olarak hastanede tutulduğu süre için tazminat almaktadır. **Hasta savunucularını**n ücretleri kamu tarafından karşılanmaktadır. **Hasta savunucuları** özerk bir sivil toplum kuruluşuna bağlı olarak çalışmaktadırlar, hastane personeli değillerdir. Savunucu adayları 2 yıllık bir eğitim sonucunda **hasta savunuculuğu** yapma hakkı

kazanmaktadırlar. Hollanda'da ruhsal sorun yaşayan bir bireyin hastaneye yatışı durumunda, bu bireye **hasta savunuculuğu** ile ve hasta hakları ile ilgili tüm bilgiler verilmek durumundadır. **Hasta savunucuları**nın hastanede yatan ruhsal sorun yaşayan bireyleri sıklıkla ziyaret etme hakları bulunmaktadır**. Hasta savunuculuğu** sistemi sayesinde ruhsal sorun yaşayan bireyler istemedikleri durumlarla karşılaştıklarında savunucuları yoluyla gerek hastane yönetimine gerekse uzman hekimlerine sıkıntılarını iletebilirler ve haklarını savunabilirler.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istihdamı Hollanda'da önemli bir sorun alanıdır. İstihdamın dışında kalan ruhsal sorunlar yaşayan bireylere Hollanda asgari gelir desteği sağlamaktadır. Ayrıca bazı sivil toplum kuruluşları kamu finansmanı ile ruhsal sorun yaşayan bireylere istihdam koçluğu hizmeti vermektedirler.

Liberal bir sosyal refah sistemi olan Hollanda'da sivil toplum kuruluşlarının hizmet sunumunda önemli roller üstlendikleri görülmektedir. Örneğin bazı destekli yaşam merkezleri sivil toplum kuruluşları tarafından işletilmektedir. Özel girişimlerin başarı kazandıkları durumlarda kamu kaynaklarından faydalanmaya başlamalarına sıklıkla rastlanmaktadır. Bu durumlarda dahi kurumların özerkliklerine müdahale edilmediği belirtilmiştir.

Hollanda'da ruh sağlığı çalışanları maaşlarına ek olarak performans temelli bir biçimde ücretlendirilmektedirler. Performans kriterleri verilen hizmetin niteliğine, hizmet verilen kişi sayısına ve hizmetin süresine endekslenmiştir. Görüşmecilerimiz bu çok katmanlı ve niceliği ön plana çıkaran performans kriterlerinin ruh sağlığı hizmetlerinde niteliksel kaliteyi olumsuz etkilediğini, bürokrasiyi arttırdığını ve standartlaşmayı beraberinde getirdiğini vurgulamışlardır.

Hollanda'da özel sektöre gerek hizmetlerin finansmanında gerekse sunumunda önemli bir rol veren ruh sağlığı hizmetleri modelinin, ruhsal sorun yaşayan bireylerin klinik otoriteler tarafından hasta olmaktan çok "müşteri" olarak görülmesine neden olduğu belirtilmektedir. Ruhsal sorun yaşayan bireylere müşteri pozisyonu kazandıran bu model, bir yandan bireylerin klinik otoriteler tarafından ciddiyetle dinlenmesi, anlaşılmaya çalışılması ve bu kişiye karar alma hakkı tanınması gibi olumlu sonuçlar doğursa da, diğer yandan hizmetlere erişimde ciddi eşitsizliklere yol açmaktadır.

İtalya Trieste

İtalya'nın Trieste bölgesi genellikle "muhafazakar" sosyal refah modeli olarak tarif edilen İtalya'nın genelinden farklı olarak, **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetlerine

geçiş konusunda öncü olmuş bir yapılanmaya sahip olduğu için seçilmiştir.

Trieste modeli ruh sağlığı hizmetlerinde mutlak kurumların (engelli olarak tanımlanan bireylerin toplumdan izole edilerek birlikte yaşamaya zorlandığı mekanlar olarak tanımlanabilir) rolünün asgari düzeye çekildiği bir modeldir. Kurum temelli yaklaşımdaki sıkıntıların eleştirisi üzerinden oluşturulan Trieste modelinin merkezinde şu amaçlar yer almaktadır: 1) Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin gündelik yaşamlarında kendi kararlarını vermelerinin desteklenmesi, 2) Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin kendi yaşamlarının kontrolünü yeniden kazanmalarının sağlanması, 3) kurum temelli hizmetlere son vererek ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin toplumdan dışlanmasının ortadan kaldırılması.

Trieste modelinde ruhsal sorun yaşayan bireyler ancak akut kriz dönemlerinde 6 yataklı küçük psikiyatri servisine yönlendirilmektedirler. Fakat bireylerin psikiyatri servislerine yönlendirilmeleri kriz dönemlerinde yatış ile nadiren sonuçlanmaktadır. Bu istisnai durumlar haricinde, Trieste'de gündüz hizmet veren toplum ruh sağlığı merkezleri sistemin merkezinde oturmaktadır. Bu merkezlerin hizmetlerinde ilaç tedavisi dışında uygulanan alternatif terapi modelleri öne çıkmaktadır. Hizmetler birey temelli olarak sunulmaktadır. Bireysel tedavi planları ruhsal sorun yaşayan bireyin kendisinin de katılımıyla hazırlanmakta ve düzenli aralıklarla yeniden değerlendirilmektedir. Bu hizmetlerin verilmesinde psikiyatri hemşireleri ve sosyal hizmet uzmanları ile ruhsal sorunlar yaşayan bireyler arasında kurulan uzun süreli toplumsal ilişkilerin önemli bir iyileştirici etkisi olduğundan söz edilmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden belirli bir süre hizmet alan bireyler, merkezle ilişikleri kesildikten sonra merkez görevlileri tarafından yapılan düzenli ev ziyaretleri ile takip altında tutulmaktadırlar.

Trieste modelinde ruh sağlığı hizmetleri ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin rızası temelinde çalışmaktadır. İstemsiz yatış ancak mahkeme kararı ile gerçekleşmektedir. Mahkeme ruhsal sorunları olan bireyin hastaneye yatışına karar verdiği durumda da sağlık çalışanlarının zor kullanmaları yasaklanmakta ve ikna yöntemleri polisiye yöntemleri öncelemektedir. Hizmetler ile ilgili durum değerlendirme toplantıları düzenli olarak ve ruhsal sorun yaşayan bireylerin de katılımıyla gerçekleştirilmektedir.

Ruh sağlığı merkezleri içerisinde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istihdam edilmesine yönelik sosyal kooperatifler kurulmuştur. Toplum ruh sağlığı merkezleri sosyal kooperatifler ile ortak çalışmalar yaparak korumalı işyerleri açmaktadırlar. Bu işyerlerinde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin haftada 20 saati aşmayacak bir biçimde istihdamı sağlanmaktadır. Sosyal kooperatiflerin başlangıç maliyetleri kamu bütçesinden karşılanmaktadır. Kooperatiflerin kar ettiği durumda bu kar çalışanlar

ve işletmeciler arasında adil bir biçimde dağıtılmaktadır. Örneğin ruh sağlığı merkezinin kafeteryası 15 ruhsal sorun yaşayan bireyin istihdam edildiği bir sosyal kooperatiftir. Görüşmecilerimiz bu uğraşıların ruhsal sorunların tedavi sürecine önemli katkılar yaptığını belirttiler

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri ve ruh sağlığı politikaları reformu

Ülkemizde ruh sağlığı alanında yapılan en kapsamlı çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nın sonuçlarına göre toplumumuzun yüzde 18'inin yaşamları süresince en az bir kez ruhsal bir sorun yaşamış oldukları ortaya çıkmıştır. Aynı araştırmaya göre çocuk ve ergenlerde ruhsal bir sorun ile karşılaşma oranı yüzde 11 olarak bildirilmiştir.

Hıfzıssıhha Mektebi tarafından gerçekleştirilen Ulusal Hastalık Yükü Çalışması ise psikiyatrik hastalıkların (özellikle unipolar depresif bozukluklar, alkol kullanımına bağlı sorunlar, şizofreni ve bipolaraffektif bozukluklar, panik bozukluklar) kardiyovasküler hastalıkların ardından ulusal hastalık yükünün ikinci önemli kaynağı olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak kamu eliyle verilmektedir. Ruh sağlığı hizmetleri büyük oranda kurum temelli yataklı tedavi hizmetleri biçiminde sunulmaktadır. Ruh sağlığı hizmet sunucuları içerisinde 7 ilde bulunan (İstanbul, Samsun, Manisa, Adana, Elazığ, Trabzon ve Bolu) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri, Ankara ve İstanbul'da bulunan özel ruh sağlığı hastaneleri, içerisinde yataklı psikiyatrik tedavi ve poliklinik hizmetleri bulunangenel hastaneler ve üniversite hastaneleri bulunmaktadır. Yatakların yarısından çoğu kamunun ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde, dörtte birinden fazlası Sağlık Bakanlığı'na bağlı genel hastanelerde, yaklaşık yüzde 13'ü üniversite hastanelerinde ve yaklaşık yüzde 6'sı özel sektör hastanelerinde bulunmaktadır.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda belirtildiği üzere, tüm Türkiye'de ruhsal sorunlar yaşayan bireylere ayrılmış toplam yatak sayısı 7356'dır. Bu sayının 968 tanesi üniversite hastanelerinde ve 42'si özel sektör kurumlarındadır. Ülkemizde adli psikiyatri yatakları yalnızca Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri'nde bulunmaktadır. Toplam adli psikiyatri yatak sayısı 668'dir. Ülkemizde henüz yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastaneleri bulunmamaktadır.

Halihazırda ülkemizde de Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri'nde ortalama hasta kalış süreleri incelendiğinde, bu hastaneler tarafından sağlanan yataklı hizmetlerin önemli bir bölümünün tıp tedavisinden çok, uzun süreli bakım hizmetleri olduğu görülebilecektir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda da belirtildiği üzere, örneğin Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 364 hastanın ortalama hastanede kalış süresinin 27 yıl olduğu tespit edilmiştir (Görüşmecilerimiz İsveç'te ortalama hastanede kalış süresi 6 ayı geçmediğini belirtmişlerdir).

Kamu hizmetlerinin genelinde olduğu gibi, ruh sağlığı hizmetlerinin de kapsamlı, kaliteli ve etkin olarak sunulabilmesi için gereken işgücünün yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi büyük önem taşımaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda görev alan başlıca uzmanlık kolları şöyledir: psikiyatristler, psikologlar, psikiyatri hemşireleri, sosyal hizmet uzmanları ve özel alanlarda uzmanlaşmış sosyal çalışmacılar (uğraşı terapistleri vb.). Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin tıp alanına kısıtlanmış olmasının bir sonucu olarak, bu alanda başlıca hizmet veren uzmanlar özellikle psikiyatristler ve hemşireler olmuşlardır.

Mart 2011 itibariyle ülkemizde toplam 1625 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve 206 çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunmaktadır. Ülkemizde ruh sağlığı alanında hizmet veren toplam hemşire sayısı 1677'dir. Ruh sağlığı alanında hizmet veren insan gücüne bakıldığında ise, yine Dünya Sağlık Örgütü'nün karşılaştırmalarına göre, Türkiye Avrupa bölgesi içerisinde nüfusuna oranla en az sayıda ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına sahip ülkedir. Avrupa Birliği'nin 15 ülkesinde 100 bin kişiye ortalama 12,9 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı düşerken, aynı oran Türkiye'de 2,20 civarındadır. Ergen ve çocuk sağlığı işgücünde ise Avrupa bölgesinde 100 bin kişiye düşen uzman sayısı 1,5 iken, aynı sayı Türkiye'de 0,28'dir.

Ülkemizde psikologların meslekleri 2011 yılında çıkarılan 6225 sayılı yasa ile ilk kez yasal tanınırlık kazanmıştır. Yasada klinik psikolog tanımı yapılmıştır ve klinik psikologların görev alanları Sağlık Bakanlığı'nca uygun görülen çalışma alanlarında hizmet vermek üzere sınırlandırılmıştır. Yasaya göre klinik psikologlar ancak bir uzman hekim tarafından yönlendirilmiş hastalara hizmet vermek durumundadırlar. Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılı Mart ayı verilerine göre ülkemizde 1370 aktif olarak çalışan psikolog bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün karşılaştırmalarına göre Türkiye'de 100 bin kişiye düşen psikolog sayısı (1,85) Avrupa bölgesi ülkelerinden (örn. İtalya 3,2; Polonya 4,9; Yunanistan 14) önemli ölçüde düşüktür.

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine Türkiye'de sağlık alanında hizmet veren toplam sosyal hizmet uzmanlarının sayısı 613'tür. Sosyal hizmet uzmanlarının büyük çoğunluğu kamu sektöründe hizmet vermektedir. Ülkemizde gerek sosyal hizmet uzmanlarının

sayısı gerekse sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı oldukça düşüktür.

Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında hizmet veren insan gücünün yetersiz olmasına ek olarak, var olan uzmanların özel ve kamu sektörlerine dağılımında da bir dengesizlik olduğu göze çarpmaktadır. Yataklı psikiyatri hizmetleri veren hizmet sunucuları arasında özel sektörün payı yüzde 6 civarında olmasına rağmen, 2011 yılının Mart ayında toplam çalışan 1625 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının 486'sı (yaklaşık yüzde 30'u) özel sektörde çalışmaktadır. Bu durum uzman hekimlerin dağılımında özel sektör lehine bir eşitsizlik olduğunu ortaya koymaktadır.

Türkiye'de Eylem Planı sonrasında gerçekleştirilecek reform öncesindeki ruh sağlığı hizmetlerinin genel durumuna bakıldığında kurum temelli bir yaklaşımın hakim olduğu açıkça görülmektedir. Kurum temelli yaklaşım ve ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik sosyal politikaların eksikliği, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerden hastaneye yatanların uzun süreler boyunca hastanede kalmaları ile sonuçlanmıştır. Her ne kadar bu yaklaşımla verilen ruh sağlığı hizmetlerinin bu hizmetlerden faydalananlar üzerinde nasıl etkiler yaptığına dair güvenilir bilgiye sahip olmasak da, bu yaklaşımın ruhsal sorunlar yaşayan bireyleri toplumdan izole etmesi nedeniyle değiştirilmesi gerektiğini belirtebiliriz. Ruh sağlığı alanında çalışan insan gücünün durumuna baktığımızda ise ülkemizde psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, klinik psikolog ve sosyal hizmet uzmanı açığı olduğu ortaya çıkmaktadır. Kurum temelli yaklaşımın sonucu olarak ise uğraşı terapisti gibi **toplum temelli** yaklaşımda istihdam edilecek uzmanlık dalları ise ülkemizde henüz hiçbir gelişim göstermemiştir.

Ruh Sağlığı Eylem Planı ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin dönüşümü

Ülkemizde ruh sağlığı politikalarında ciddi bir değişiklik ihtiyacı olduğu gerek Türk Psikiyatri Derneği ve Türk Psikologlar Derneği gibi meslek kuruluşlarınca, gerek Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği gibi hak temelli sivil toplum örgütlerince, gerekse Avrupa Birliği gibi uluslararası kurumlarca ifade edilmiştir.

Örneğin, Avrupa Komisyonu'nun 2009 yılı Türkiye İlerleme Raporu'nda ruh sağlığı alanında kısıtlı ilerleme olduğunu belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun bir çalışma grubu oluşturduğunu ve bu grubun **toplum temelli** bir hizmet sunum modeli üzerinde Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte çalıştıklarını belirten rapor, Türkiye'nin ruh sağlığı alanında çok kısıtlı kaynakları olduğuna vurgu yapmıştır. Rapor **toplum temelli** hizmet sunumunu kurum temelli modele bir alternatif olarak getirmek gerektiğini savunmuştur. Ayrıca çocuk ve ergen

ruh sağlığı alanında da özel önlemler alınmasının gerektiğini belirtmiştir (EuropeanCommission, 2009: 83). Komisyon 2010 yılında ise ruh sağlığı eylem planının oluşturulduğunu fakat henüz kabul edilmediğine işaret etmiştir (EuropeanCommission, 2010: 92). 2011 yılı Avrupa Komisyonu'nun Türkiye İlerleme Raporu'nda ise ruh sağlığı alanında toplum ruh sağlığı merkezleri ile ilgili yayınlanan yönetmeliğe gönderme yapılmış ve Türkiye'nin ruh sağlığı politikalarında gelişme olduğu kaydedilmiştir. Raporda ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin toplumsal içerilmesine, güçlendirilmelerine ve bu bireylerin insan haklarının hayata geçirilmesine yönelik adımlar atılması gerektiğine vurgu yapılmıştır (EuropeanCommission, 2011: 102-103).

Ruh sağlığı çalışanları, insan hakları savunucuları ve uluslararası kurumları tavsiyeleri sonucunda, Türkiye'de yakın dönemde ruh sağlığı politikaları alanında kapsamlı bir reform süreci başlamıştır. Bu süreç Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni ile resmen başlamış ve bu metnin yayınlanmasını takiben 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın (2011-2023) kamuoyuna duyurulması ile hız kazanmıştır.

Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninin ruh sağlığı politikaları reformunun içeriğine dair yedi temel öneri getirmektedir. Bu öneriler şöyledir:

1. Ruh sağlığı sisteminin **toplum temelli** olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi,
2. **Toplum temelli** rehabilitasyon çalışmalarının yapılması,
3. Ruh sağlığı alanında ayrılan paranın arttırılması,
4. Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması,
5. Ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması,
6. Damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması,
7. Ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün arttırılması.

Ulusal Ruh Sağlığın Eylem Planı'nda Türkiye'nin kurum temelli ruh sağlığı hizmetleri modelinde bir değişikliğe gidileceği duyurulmaktadır. Eylem Planı'nda gerçekleştirilen sorun tespiti gayet yerindedir:

"Ülkemizde var olan hastane temelli sistemde hastalara sunulan hizmeti poliklinik hizmetleri, alevlenme/atak sırasında hastaneye yatırılma, kimsesi olmayan ya da kimsesi olduğu halde bakıl(a)mayan hastaların 50-60 yıla kadar uzanan süreyle hastaneye yatırılıp bakımının sağlanması olarak özetlemek mümkündür. Sunulan hizmet, ağır ruhsal hastalıkların sadece "alevlenme/atak" dönemlerine odaklanmakta, hastalığın alevlenmesine zemin hazırlayan biyopsikososyal etmenlere müdahale olanağı taşımamakta, hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğine katkıda

bulunmayı hedeflememektedir. Çoğunlukla hastalığa içgörüsü olmayan ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra ilaç kullanımı ve kontrole gelmeleri bazen sadece kendi inisiyatiflerinde bazen de bu konuda hiçbir bilinçlendirme yapılmayan ailelerinin sorumluluğunda olmaktadır. Sonuçta, hastalar hastane dışında hastalıklarıyla baş başa kalmakta ve alevlenmeyi hazırlayıcı ve hızlandırıcı etmenlerle baş edememekte ve hastalığının yeniden alevlenmesi ve hastaneye yatışı kaçınılmaz olmaktadır. Hastalar hem sık ve şiddetli atak geçirmekte hem de toplumda akıl hastaları için var olan damgalama davranışı pekişmektedir. Aileler çoğunlukla hasta ve hastalıkla ilgili bir eğitim veya kurum desteği alamamakta bu da tükenmişlikle sonuçlanmaktadır. "Döner kapı" fenomeni olarak adlandırılan bu gidiş, hastane yatak sayılarının ihtiyaca cevap verememesine ve yeni yatak ihtiyacına, bu yoğun talebe yetişmek zorunda kalan meslek profesyonellerinin medikal tedaviye ek olarak psikososyal müdahalelerde bulunmak için zaman ve enerji ayıramamalarına, dolup taşan hastanelerde insani ihtiyaçların karşılanamamasına, en iyi koşullarda bile "asgari" düzeyle yetinilmesine sebep olmaktadır" (Sağlık Bakanlığı, 2011: 25).

Ulusal Eylem Planı **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetlerinin hedef kitlesinin ağır ruhsal sorunlar yaşayan veya hastanede uzun süre yatış yapan bireyler olduğunu belirtmektedir.

Ulusal Eylem Planı ruh sağlığı alanında insan gücünün yetersiz olması nedeniyle kısa vadede tümüyle **toplum temelli** ruh sağlığı modeline geçilmesinin mümkün olmadığını belirtmektedir. Plan bahsedilen insan gücü kısıtları dahilinde "toplum-hastane denge modeline" geçileceğini duyurmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 29). Plan "toplum-hastane denge modelini" şöyle tanımlamaktadır:

"Yeni açılacak yatakların genel hastaneler içinde olduğu ve eşzamanlı olarak toplum psikiyatrisi modelinin kurulup ağır psikiyatrik hastaların tedavi ve rehabilitasyonunun toplum içinde sağlandığı ve hafif ruhsal hastalıklar için hizmetlerin aile hekimliği sistemine entegre edildiği bir özgün yapılanmanın ülkemize en uygun toplum-hastane denge modeli olduğu düşünülmektedir." (Sağlık Bakanlığı, 2011: 29)

Ülkemizde ruh sağlığı alanında kapsamlı bir politika geliştirilmeye çalışılması ve ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılması yakın dönemde başlamış olumlu bir süreçtir. Fakat süreç yeni başlamış olduğu için, geliştirilen politikaların ve mevzubahis reformun etkilerini tam bir biçimde görmek ve değerlendirmek için henüz erkendir. Bununla birlikte ruh sağlığı alanında insan hakları yaklaşımını yerleştirmeye yönelik çalışmalar gerçekleştiren Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği, henüz reform tam olarak hayata geçmemişken reforma dair görüşlerini bu rapor yoluyla karar alıcılar ve uygulayıcılar ile paylaşarak sürece katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Bir önceki bölümde belirtildiği üzere, ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri bölgelere hizmet veren büyük Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri biçiminde örgütlenmiştir. Uygulanmakta olan reform kapsamında bölge hastaneleri uygulamasına son verilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 44). Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında yayınladığı genelge ile genel devlet hastanelerinde psikiyatri servislerinin açılacaktır.

Sağlık Bakanlığı 21 ilde toplam 2350 yataklı yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastaneleri kuracağını duyurmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011: 52). Bakanlık 2012 yılının başında yaptığı açıklamada 2016 yılında hizmete girmek üzere yüksek güvenlikli adli psikiyatrinin yapımına başlandığı bildirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı ülkemizdeki ruh sağlığı hizmetlerini "toplum-hastane denge modeli" çerçevesinde yeniden yapılandırmaya yönelik ilk adımı rehabilitasyon merkezleri ve gündüz hastaneleri açarak atmıştır. Ardından Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı Bolu Toplum Sağlığı Merkezi 2008 yılında pilot bir çalışma olarak hizmete girmiştir.2011 yılında yayınlanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri hakkında yönerge, bu merkezleri şöyle tanımlamaktadır:

"Ülkemizde ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, **toplum temelli** ruh sağlığı modeli çerçevesinde, psikososyal destek hizmetleri verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde, evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulabilmesi için Sağlık Bakanlığı'na ait yataklı sağlık tesislerine bağlı olarak faaliyet göstermek üzere ruh sağlığı merkezlerinin kurulması" (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011).

Eylem Planı'na göre merkez nüfusu 100 bin ve üzerinde olan her yerleşim merkezinde bir TRSM açılacaktır. Bu yaklaşım çerçevesinde ülke çapında toplam 236 TRSM açılması planlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 31).Ulusal Eylem Planı'nın Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ni "sistemin merkezindeki kurumlar" (Sağlık Bakanlığı, 2011: 34) olarak konumlaması **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetlerinin kurumsallaşması açısından çok olumludur.

Ülkemizde ruh sağlığı politikalarının yalnızca yataklı tedavi hizmetlerinde yoğunlaşmış olması daha önce belirtilen nedenler ışığında ruh sağlığı hizmetlerinde önemli bir anlayış sorunu olduğuna işaret etmektedir. Başka bir deyişle Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri en son aşamada yapılması gereken müdahaleyi ilk müdahale olarak tanımlamıştır. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin insan haklarını ve bireysel özgürlüklerini gözeten bir ruh sağlığı hizmet modelinde, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin öncelikle bireysel özerkliklerine zarar vermeyecek ve haklarını kısıtlamayacak destek mekanizmalarının mevcut olması ve bu mekanizmaların

devreye girmesi beklenir. Yaşamsal tehlike arz eden durumlar için son çare olarak öngörülen hastane yatışı durumunda dahi, ruhsal sorunlar yaşayan bireyin öncelikle ikna edilmesine çaba gösterilmesi gerekir. Tüm bu mekanizmaların var olmadığı ve bireyin özerkliğinin gözetilmediği Türkiye ruh sağlığı hizmetleri modelinde, ruh sağlığı hastaneleri sistemin ilk durağı olarak ortaya çıkmakta ve bu model ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin iyi olma hallerini yeniden kazanmaları ile toplumsal rollerine yeniden uyum sağlamalarına destek olma amacından uzaklaşmaktadır.

Yatak sayısının yüksekliği kurum temelli ruh sağlığı modelinin ne kadar derinleştiği bilgisi dışında ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesine dair bir bilgi vermemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında yayınladığı rapora göre, 100 bin kişiye düşen adli, kronik, bakım ve bağımlılık tedavisi için kullanılan yataklar dahil tüm psikiyatrik yatak sayısında Türkiye'nin, Avrupa bölgesinde en düşük oranda psikiyatrik yatağa sahip ülke olduğu görülmektedir. Fakat Türkiye'de psikiyatrik yatak sayısının düşük olması bir sorun olarak görülmemelidir. Daha önce de tartışıldığı üzere Batı Avrupa ülkelerinde 2. Dünya Savaşı sonrasında hızla artan psikiyatri yatakları ve bu yolla kurumsallaşan kurum temelli ruh sağlığı yaklaşımı tasfiye edilmektedir. Avrupa ülkelerinde kurum temelli modelin tasfiyesine paralel olarak bu ülkelerdeki psikiyatri yataklarının sayıları azalma eğilimindedir. Bu nedenle her ne kadar günümüzde Türkiye'de kişi başına düşen psikiyatri yatağı sayısı Avrupa ülkelerinin gerisinde olsa da, sorunu yatak sayıları üzerinden tanımlamak doğru olmadığı için, bu veri anlamlı bir politika önerisi oluşturulmasına katkıda bulunmamaktadır.

Batı Avrupa ülkelerinde kurum temelli ruh sağlığı hizmetleri modelinden **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetlerine geçiş tartışmalarında maliyet savı da ön plana çıkmıştır. Bu sav çerçevesinde, **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetleri modelinin kurum temelli modelden daha maliyet etkin bir çözüm model olduğu ifade edilmiştir. Türkiye'de de içinde bulunduğumuz reform sürecine değin kurum temelli ruh sağlığı hizmetleri modeli hakim olmuştur. Fakat ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan kamu kaynağı hiçbir zaman Avrupa ülkeleri ortalaması oranında olmamıştır. Bu nedenle, Türkiye'deki reform tartışmalarında maliyet savı geçerli değildir. Başka bir deyişle, Türkiye ruh sağlığı hizmetlerini **toplum temelli** bir modele taşırken, geçmişte kurum temelli modele yaptığı harcamalardan daha yüksek oranda harcama yapmak durumundadır. Ruh sağlığı hizmetlerine daha fazla kamu kaynağı ayrılması mecburidir. Fakat bu kaynak ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin insan haklarını ve bireysel özgürlüklerini gözeten, etkin ve toplum içerisinde iyileşmeyi destekleyen **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetlerine aktarılmalıdır.

Bu çerçevede yeniden hatırlatmak isteriz ki kurum temelli ruh sağlığı hizmetleri modelinden **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetlerine geçiş yalnızca hizmetlerin organizasyonuna dair bir değişikliği nitelememektedir. Bu geçiş aynı zamanda ruh

sağlığında tedavi edici hizmetlerde ciddi bir anlayış farklılığına gidilmesini de kapsamaktadır. **Toplum temelli** ruh sağlığı hizmetlerine geçiş yalnızca ruh sağlığı hizmetlerinin sunulduğu mekanın hastaneden daha küçük bir merkeze dönüştürülmesini değil, aynı zamanda hizmetin sunuluş biçiminin daha fazla hizmet alıcı odaklı hale getirilmesini de gerektirmektedir. Bu nedenle Türkiye'de ruh sağlığı politikaları reformu, mutlaka tıp, hemşirelik, psikiyatri, klinik psikoloji ve sosyal çalışmacı lisans ve yüksek lisans/uzmanlık eğitimlerinde yapılacak bir reform ile desteklenmelidir. Bu eğitim reformu ile tüm bu uzmanlık eğitimlerinin insan haklarına uygun hale getirilmesi sağlanmalı ve **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetleri anlayışı bu eğitimlerin merkezine oturtulmalıdır. Günümüzde kurum temelli ruh sağlığı hizmetleri anlayışı çerçevesinde ruh sağlığı hizmetlerinde psikiyatristler sistemin merkezinde yer almaktadırlar. **Toplum temelli** ruh sağlığı hizmetleri anlayışına geçiş sürecinde, psikiyatristlerin merkezde bulunduğu model yerine, psikiyatristlerin, sosyal çalışmacılar, klinik psikologlar ve hemşireler ile birlikte ekibin eşit üyeleri olarak çalıştıkları ve sorun yaşayan bireylerin yaşamlarına dair kararlarını merkeze alacak bir modele geçişin sağlanması gerekmektedir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temel hedefi ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin bağımsız yaşam becerilerini yeniden kazanmaları ve farklı toplumsal rollerinde yeniden işlerlik kazanmaları olmalıdır. Bu nedenle bu hizmetlerin kalitesini ve etkinliğini öncelikle bu hizmetlerin kişiyi ne derece güçlendirmeye yönelik bir biçimde sunulduğu üzerinden ölçmek gerekmekte ve tüm reformun planlanması, yürütülmesi ve denetlenmesi süreçlerine ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ve onların örgütlerinin aktif olarak katılımının sağlanması gerekmektedir.

Hizmetlerin bireyi güçlendirmesinin en temel koşulu bireye her aşamada karar verme imkanı sağlaması ve bireyin kendi kararlarını verebilmesine olanak verecek azami uzman desteğinin bireye sunulmasıdır. Bu çerçevede Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde psikiyatrist, klinik psikolog, hemşire, sosyal çalışmacı, ruhsal sorun yaşayan bireyin kendisi ve istediği takdirde yakınlarının ortaklığında bireye yönelik **bireysel tedavi planı**nın hazırlanması etkin bir hizmet sunum mekanizması olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik hizmetlerde ve kendilerine sunulan destek mekanizmalarında bu bireylerin yakınlarının da sürece katılması iyileşmeyi olumlu yönde etkilemektedir. Fakat ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin "yakınlarının" ya da "ailelerinin" kim olduklarına yasalar ya da yönetmelikler yoluyla karar verilemez. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin insan haklarını ve bireysel özgürlüklerini gözeten bir hizmet anlayışında, bireylere tedavi ya da destek alma süreçlerinde kimlerin eşlik etmesini tercih ettikleri açıkça sorulmalıdır. Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler doğrudan hangi "yakınlarının" ya da hangi aile mensuplarının kendi süreçlerinden

haberdar olması gerektiğine ve kendi iyileşme süreçlerine dahil olmalarının uygun olacağına kendileri karar vermelidirler.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik hizmetler ve kendilerine sunulan destek mekanizmalarında bu bireylerin kendilerinin seçtiği yakınlarının yer alması iyileşme sürecinin hızlanması için önemli bir katkı olacaktır. Bu çerçevede ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin yakın çevresine de eğitim, danışmanlık ve psikolojik destek hizmetleri sunulmalıdır.

Benzer bir biçimde, Ulusal Eylem Planı'nda **toplum temelli** modelde ana hedefin "hastanın mümkünse ailesinin veya yakınlarının yanında yaşamını sürdürmesi" olduğunun altı çizilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 33). Bilindiği üzere ruhsal sorunların nedenlerinden biri de kişinin aile geçmişi ve aile bireyleri ile kişiye zarar veren biçimde gelişen ilişkiler bütünüdür. Bununla birlikte, ruhsal sorunlar yaşayan bireyler toplumun tüm diğer bireyleri gibi ailelerinin yanında yaşamayı tercih etmeme hakkına sahip olmalıdırlar. Bu nedenle, **toplum temelli** modeli hastanenin tek alternatifi olarak aileyi işaret etmek biçiminde kurgulamak ruhsal sorun yaşayan bireylerin iyi olma hallerinin ve kişisel bağımsızlıklarının gözetilmesinin önünde engel oluşturabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çerçevede ülkemizde yeni kurulacak olan **toplum temelli** model kişiye ailesinin yanında ya da ailesinden bağımsız yaşama olanaklarını eşit ölçüde sunabilmeli ve tercihi kişinin kendisine bırakmalıdır.

Bu anlamda yine Eylem Planı'nda öngörüldüğü üzere yarı-yol evlerinin açılması ve "ailesinin yanında kalamayacak" (Sağlık Bakanlığı, 2011: 33) ya da kalmayı tercih etmeyecek bireylere yönelik bu bireylerin sağlık çalışanları tarafından desteklendiği barınma olanaklarının oluşturulması (Sağlık Bakanlığı, 2011: 33) büyük önem taşımaktadır.

Eylem Planı'nda ruh sağlığı hizmetlerinin sunumuna dair öngörülen bir diğer önemli değişiklik ise ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegrasyonudur. Ülkemizde ruhsal sorunlar söz konusu olduğunda bireyler pratisyen hekimler ve aile hekimleri yerine doğrudan psikiyatri uzmanlarına başvurmaktadırlar. Oysa ki insan gücü ile ilgili bölümde de aktarıldığı üzere, Türkiye ruh sağlığı alanında uzman hekim sıkıntısı yaşamaktadır. Doğrudan psikiyatri uzmanlarına yapılan başvuruların bir kısmının aile hekimliği düzeyinde çözüme kavuşturulabilmesi mümkündür. Örneğin, intihar girişiminde bulunan bireylerin yüzde 40 ila 60'ının intihar girişimlerinden bir ay önce bir pratisyen hekime başvurdukları bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 40). Dolayısıyla aile hekimlerinin ruhsal sorunlara dair bilgi sahibi olmaları ve gerektiğinde doğru yönlendirme yapabilmeleri hayati önem taşımaktadır. Ayrıca aile hekimliğinin ruhsal sorunlar

için de ilk başvuru merkezi haline getirilmesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri, Gündüz Hastaneleri ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde var olan ve oluşacak olan yoğunlaşmanın önüne geçecektir. Aile hekimlerinin ruh sağlığı alanında temel sağlık hizmetlerini verebilmeleri ve doğru yönlendirmeleri yapabilmeleri amacıyla, uzmanlık eğitimlerinin temel ruh sağlığı konularını kapsaması ve ruh sağlığı alanında hizmet içi eğitimlerden faydalanmalarının sağlanması önemli görünmektedir.

Ülkemizde kurum temelli anlayıştan **toplum temelli** ruh sağlığı anlayışına geçiş sürecinde yeni psikiyatrik teşhis alan bireylerin öncelikle **toplum temelli** ruh sağlığı anlayışı ile tanışmaları garanti altına alınmalı ve kurum temelli anlayışın yeniden üretilmesinin önüne geçilmelidir.

Yine bu geçiş sürecinde hastanelerde uzun süredir kalmakta olan bireylere toplum içerisinde yaşamaya geçiş süreçlerinde yakın destek sunulmalıdır. Bu süreçte kamuoyuna yönelik ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik damgalamaya, ayrımcılığa ve kamuoyunda yanlış bilgilerden kaynaklanan olası tedirginliklerin oluşmasına engel oluşturacak bilgilendirme faaliyetleri yapılmalıdır.

Ruh sağlığı hizmetlerinin ne ölçüde kapsayıcı ve erişilebilir olacağını bu hizmetlerin finansmanının nasıl gerçekleştirileceği belirlemektedir. Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerine harcanan toplam kamu kaynağı bilinmemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 66). Fakat Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın hayata geçirilmesi için 2011 yılından 2016 yılına dek toplam ortalama 1,7 milyon TL bütçe gerektiği bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 67).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanının kamusal bir sigorta temelinde örgütlenmesinin toplumun bazı kesimlerinin sağlık hizmetlerine erişimlerinin önünde bir takım engeller oluşturduğu bilinmektedir. Öncelikle kayıtlı olarak istihdam edilen bireyleri gözeten bu kamusal sigorta finansmanı modeli, istihdamın dışında kalan ve hayli düşük bir gelir kriterinin üzerinde aylık geliri olan bireylerin kendi sigorta primlerini yatırmasını öngörmektedir. Özellikle ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin çoğunlukla düzenli gelir getiren kayıtlı istihdam olanaklarının dışında oldukları göz önünde bulundurulduğunda, bu bireylerin kamu sigortasının da kapsamının dışında kalabileceği tehdidini gündeme getirmektedir. Kamu sigortasının dışında kalan ruhsal sorunlar yaşayan bireyler, cepten ödeme yolu ile erişmekte güçlük yaşayacakları ruh sağlığı hizmetlerine başvurmama yoluna gidebilirler. (Halihazırda da var olan) Böylesi bir erişim sorunu hem ruhsal sorun yaşayan bireyin ruh sağlığının kötüleşmesine hem de erken dönemde kontrol altına alınabilecek ruhsal sorunların büyüyerek ileride kamu kaynaklarına daha büyük yük oluşturmasına neden olabilir.

Bu sorun iki yöntemle giderilebilir. Genel sağlık politikalarına dair olan birinci çözüm sağlık hizmetlerinin vergiler yoluyla finanse edilmesi yöntemidir. Bu finansman yönteminde bireyler gelir düzeylerine göre vergi ödeyerek sağlık hizmetlerini finanse ederler. Hizmetlerden faydalanabilme kriteri ise yalnızca yurttaş olmaktır. Bu finansman modelinde hiç bir yurttaşın herhangi bir nedenle sağlık hizmetlerine erişmesinin önünde maddi bir engel bulunmaz. Her ne kadar sağlık hizmetlerinin vergi temelli finansmanı erişim sorununu tamamen ortadan kaldıracaksa da, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sigorta temelli yaklaşımı kurumsallaştırmayı tercih ettiği düşünüldüğünde, böyle bir dönüşümün ülkemizde kısa vadede gerçekleşmesini beklemek siyasi olarak gerçekçi değildir.

İkinci çözüm ise ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin kişinin sigortalılık durumundan bağımsız olarak sunulabilmesine hukuki zemin kazandırmaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık politikalarında gerçekleştirilen değişikliklerin bir parçası olarak örneğin kanser hastalarına benzer bir hak tanınmıştır. Kanser hastaları sigortalılık durumlarından bağımsız olarak kanser tedavilerini seçtikleri kamu ya özel hastanelerden alabilmektedirler. Ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylere de, psikiyatrik teşhis almalarını takiben, benzer bir hak tanınması erişim sorununu çözecek ve erken teşhisi kolaylaştıracaktır. Halihazırda Sağlıkta Uygulama Tebliği uyarınca psikiyatrik teşhis almış bireylerin psikiyatri hizmetlerine erişimlerinde diğer tüm hastalardan alınan muayene ve ilaç katılım payının alınmaması gerekmektedir. Bu olumlu düzenlemenin uygulamaya geçtiğinden emin olunmalıdır.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerine dair düzenlemeler yapılırken dikkat edilmesi gereken bir nokta da ülkemizde özel sağlık sigorta kurumları tarafından sunulan poliçelerde ruh sağlığı hizmetlerinin kapsam dışında bırakılmasıdır. Özel sağlık sigortası kurumlarının belirli hastalıkları ya da bireylerin kalıtsal ya da sigortalanmadan önce ortaya çıkmış kronik hastalıklarını sigorta kapsamı dışında bırakma eğiliminde oldukları bilinmektedir. Türkiye'de de özel sağlık sigortası sektöründe aynı eğilim mevcuttur. Bütün gelişmiş ülkelerde kamu özel sağlık sigortası piyasasını düzenleyerek toplumu koruyucu önlemler almaktadır. Türkiye'de de kamunun özel sağlık sigorta sunucularının ruh sağlığı hizmetlerini prim maliyetlerinin çok yükselmesine neden olmayacak bir formül dahilinde sigorta kapsamına almalarına yönelik müdahale edebilir. Bir diğer alternatif ise, günümüzde kanser hastaları için uygulanan modeldir. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sigortalanmış kanser hastaları, Kurum ile anlaşmalı olan özel sağlık hizmet sunucularından ücretsiz olarak faydalanabilirler. Bu hastaların aynı zamanda özel sağlık sigortası sahibi olmaları durumunda, özel sağlık sigorta kurumlarının personelinin hastanın kanser tedavisine dair harcamalarının SGK tarafından

karşılanmasına dair tüm teknik süreçlerde hastaya danışmanlık verdiği bilinmektedir.

Kamu ve özel sağlık sigortalarının sigortalılarına sundukları hizmet paketlerinin hangi ruh sağlığı hizmetlerini kapsadıkları da önemli bir sorudur. Daha önce belirtildiği üzere, Türkiye'de özel sağlık sigorta kurumları henüz ruh sağlığı hizmetlerini tümüyle sigorta kapsamı dışında bırakmaktadırlar. Kamu sigortasının durumu incelendiğinde ise, kamu sigortasının sigortalılarına bu raporda konu edilen reforma dek yalnızca psikiyatrik tedavi hizmetleri sundukları bilinmektedir. **Toplum temelli** ruh sağlığı anlayışın yerleşmesi ile birlikte kamu sigortasının hizmet paketinin kapsadığı ruh sağlığı hizmetlerinin çeşitlenmelidir. Bu çeşitlenmenin ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin iyi olma haline katkıda bulunacak her türlü hizmeti azami ölçüde kapsaması önemlidir. Örneğin hastane ya da **toplum temelli** psikiyatri hizmetleri ile birlikte ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ihtiyaç görüldüğü takdirdebelirli bir süre boyunca klinik psikologlardan destek alabilmesinin hizmet paketi kapsamına alınması düşünülebilir.

Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda **bireysel tedavi planı** uygulamasına geçilmesi gerekmektedir. Planın hazırlanması sürecinde ruhsal sorun yaşayan bireyin kendisi, ruhsal sorun yaşayan bireyin kendisi rıza gösterdiği takdirde aile üyeleri ya da yakınları, uzman hekim, klinik psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı bir ekip olarak çalışmaları sağlanmalıdır.

Eylem Planı'nda da belirtildiği üzere ülkemizde istemsiz yatışa dair hukuki düzenlemeler tümüyle toplum düzenini koruma yaklaşımıyla hazırlanmıştır ve hastanın tedaviyi reddetme hakkını içermemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 64). Türkiye'de hasta haklarına dair tek düzenleme 1998 yılında uygulamaya konulan yönetmeliktir. Bu yönetmelik de ruhsal sorunları olan bireylerin hakları açısından yetersiz kalmaktadır.

Hasta kurulları, **bireysel ombudsmanlık**, **aydınlatılmış onam**, **bireysel tedavi planı,** ücretsiz avukat desteği vb. tüm iyi örneklerin ülkemizde de uygulanması mümkündür.

Reform sürecinde özel önem gösterilmesi gereken bir diğer alan da ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ve ruh sağlığı hizmetleri alanında hak temelli olarak çalışan sivil toplum örgütlerinin gerek makro politikaların hazırlanması, uygulanması ve denetlenmesi alanlarında gerekse mikro düzeyde toplum ruh sağlığı merkezlerinin ve ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin hizmetlerinin planlanması, sunumu ve denetlenmesi alanında azami ve etkin katkı vermelerinin önünün açılmasıdır.

Bu konu ile ilgili olarak, Eylem Planı ruh sağlığı alanında çalışan sivil toplum kuruluşlarına ve bu kuruluşların hizmetlerin planlanması ve denetimine dair kapasitelerine dair şöyle tespitlerde bulunmaktadır:

"Ülkemizde ruh sağlığı alanında faaliyet gösteren 14 sivil toplum kuruluşunun çok azı böyle bir denetimi yapacak kurumsal yapıya sahiptir. Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin devamı açısından sivil toplum kuruluşlarını bu hizmetlerin planlanması, organizasyonu, uygulanması ve denetlenmesi süreçlerine katmak gerekir. Ülkemizde var olan sivil toplum kuruluşlarının bu işlevlerini yerine getirebilmesi için gelişmeleri ve koordinasyonları sağlanmalıdır. Önerilen Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulu'na sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin katılması bu sürecin başlangıcı olabilir. Ayrıca ilgili STK'ların bulunduğu yerlerde yerel faaliyetlerin organizasyonu, sürdürülmesi ve denetimi faaliyetlerine katılmaları sağlanmalıdır" (Sağlık Bakanlığı, 2011: 61).

Eylem Planı'nda belirtildiği gibi, sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulu'nda yer almaları ruh sağlığı politikalarının demokratik bir biçimde oluşturulmasına, uygulanmasına ve hak temelli bir yaklaşım çerçevesinde denetlenmesine bir başlangıç oluşturabilir. Ne yazık ki Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Yönergesi'nin oluşturulması süreci katılımcı olarak yürütülmemiştir. Toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımına geçiş sürecinin başarılı olabilmesi için, bu sürecin devamında katılımcılığı sağlayacak mekanizmalar oluşturulması büyük önem taşımaktadır. Bu mekanizmalar Bakanlık ile sivil toplum kuruluşları ve meslek örgütleri arasında kurumsal bağlar üzerine oturmalıdır.

Sağlık Bakanlığı'ndan alınan güncel bilgiye göre Koordinasyon Kurulu henüz kurulmamıştır. Koordinasyon Kurulu'nda özellikle ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin bizzat kendilerinin, kendi örgütlerinin ve hak temelli çalışan örgütlerin yer almaları önemlidir. Kurula seçilecek örgütlerin şeffaf bir yöntemle oluşturulması Kurulun katılımcılığının ön koşulu olacaktır. Eylem Planı'nda vurgulandığı gibi ülkemizde bir çok sivil toplum örgütünün kamu politikaları alanında deneyimi kısıtlıdır ve politika üretme, uygulama ve denetleme kapasiteleri yetersizdir. Bu deneyimin oluşturulması ve kapasitelerin geliştirilmesi amacıyla kamunun hak temelli sivil toplum örgütlerine gerek finansal gerekse bilgi aktarımı desteği sağlaması, örgütlerin karar alma süreçlerine katılımlarına imkan sunması ve örgütlerin özerkliğine müdahale etmemesi gerekmektedir.

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerini sosyal refah sistemi içerisinde düşünmek: Ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik sosyal politikalar

Ruh sağlığı sorunu yaşayan bireyler gerekli destekleri almadıkları takdirde istihdamdan uzaklaşmak durumunda kalmalarının bir sonucu olarak gelir yoksulluğu riski ile karşı karşıya kalabilirler. Bununla birlikte, ciddi gelir yoksulluğu yaşayan bireylerin ruhsal sorunlar yaşamaları da olasıdır. Örneğin, evsizlerin önemli bir kısmının aynı zamanda ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireyler oldukları bilinmektedir. Ekonomik eşitsizlikler (dolayısıyla bu eşitsizlikleri üreten iktisadi sistemler ile eşitsizlikleri azaltan ya da pekiştiren sosyal refah sistemleri) ile ruhsal sorunlar arasında karşılıklı bir etkileşim içinde bulunduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu raporun kapsamı gereği, burada ruhsal sorun yaşayan bireylerin hangi faktörler nedeniyle ruhsal sorunlarla karşılaştıkları sorusu detaylı olarak incelenmeyecek, fakat ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik sosyal politikaların bu bireylerin iyi olma hallerini desteklemek üzere nasıl kurgulanması gerektiği konusuna eğilinecektir.

Ruh sağlığı hizmetlerinin yataklı tıbbi tedavi hizmetlerinden ibaret olarak kurgulanması, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin toplumsal, ekonomik ve ilişkisel sorunlarına yönelik kamu desteklerinin geri plana atılmasına neden olmaktadır. Halbuki daha önce de belirtildiği üzere ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin yaşadıkları sorunun hayatın her alanına yansımaları olduğu gibi, hayatın her alanında yaşadıkları sorunların da ruhsal sorunları üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Bu nedenle gerek ruh sağlığı hizmetlerinin gerekse sosyal politikaların kurgusunda bütünsel bir ruh sağlığı yaklaşımının uygulamaya geçirilmesi önemlidir. Bu çerçevede **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetlerinin gündeme gelmesi büyük önem taşımaktadır. Fakat **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetleri de tek başına bütünsel bir ruh sağlığı yaklaşımının uygulanmasını garanti etmez. Böylesi bir yaklaşımın hayata geçirilmesi ancak **toplum temelli** ruh sağlığı hizmetleri ve hastane hizmetlerinin sosyal politikalar ile entegre ve bir arada işler bir sistemin oluşturulması ile mümkündür.

Bugüne kadar ülkemizde hastanede yatmayan ruhsal sorun yaşayan bireylere yönelik ruh sağlığı hizmetleri farmakolojik tedaviden öteye geçememiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 34). Halbuki bütünsel bir yaklaşım, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ev dışında vakitlerini geçirebilecekleri, hem toplumsal katılımlarını arttıracak hem de iyileşme ve adaptasyon süreçlerini hızlandıracak farklı sosyal aktivitelere katılabilecekleri merkezlerin ve programların oluşturulmasını da gerektirmektedir.

Bu çerçevede ruh sağlığı hizmetleri ile sosyal politikaların entegrasyonu ve (Eylem Planı'nda yalnızca çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetleri için vurgu yapılmış olsa da)

hizmetlerin tüm yaş grupları için (uzman hekim, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve eğitim uzmanından oluşan) ekip anlayışıyla verilmesi ile hizmetlerin çeşitlendirilmesi (destekli yaşam evlerinin kurulması, korumalı işyerlerinin açılması, uğraşı terapilerinin yapıldığı merkezlerin kurulması vb.) bütüncül bir anlayışın yaşama geçirilmesinin en önemli ayakları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hizmetlerin finansmanının ve hizmetlere erişimin nasıl düzenleneceği konuları ruh sağlığı hizmetleri alanında olduğu kadar, ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik sosyal politikalar alanında da önemli konulardır. Ulusal Eylem Planı'nda ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik sosyal politikalarda asgarici bir anlayışın hakim olacağına dair emareler mevcuttur. Burada asgarici anlayış ile devletin yalnızca kendi kaynakları ile bir hizmeti piyasadan satın alma imkanı olmayan bireylere hizmet sunma görevini üstlendiği yaklaşım kastedilmektedir. Eylem Planı'ndaki asgarici anlayışa örnek olarak korumalı evlere dair öngörüsü verilebilir: "Korumalı evler eğer geliri varsa hasta tarafından, yoksa Sosyal Hizmetler tarafından finanse edilen ve sağlık çalışanlarının periyodik olarak ziyaret ettiği, bir veya bir kaç hastanın bir arada yaşamlarını sürdürdüğü yerler olarak düşünülmektedir." Bu açıklamada da görülebileceği gibi Eylem Planı ruhsal sorun yaşayan bireyleri bir gelir kriterine göre ayrıştırmayı ve yalnızca bu kriterin altındaki bireylere korumalı ev sağlamayı öngörmektedir. Halbuki evrenselci bir anlayış ile kamu tüm ruhsal sorun yaşayan bireylere yönelik korumalı evler geliştirebilir ve böylece gelir tespitinin bürokratik yükü ve ayrıştırıcı etkilerini bertaraf edebilir.

Raporun ilk bölümünde de değinildiği gibi, ruhsal sorunlar yaşayan bireyler kronik bir ruh sağlığı sorununu içeren psikiyatrik bir teşhis almışlar ise ve aldıkları sağlık kurulu raporunda özür oranları yüzde 40'ın üzerinde ise Türkiye hukukuna göre engelli sayılırlar. Bu bireylerin hukuki olarak engelli sayılmaları, kendilerinin engelli bireylere sağlanan hak, ayrıcalık ve muafiyetlerden de faydalanmaya hak kazanmalarını beraberinde getirmektedir. Bu çerçevede aşağıda ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik barınma, istihdam ve gelir desteği politikalarına dair değerlendirmeler ve öneriler tartışılmaktadır. Tüm bu alanlarda detaylı ve niteliksel saha çalışmalarına dayanan araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu değerlendirmeler ve önerileri başlangıç noktası olarak kabul etmek daha doğru olacaktır.

Barınma

Ulusal Eylem Planı'nda belirtildiği gibi ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin büyük çoğunluğu uygun terapi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlandığında öz bakımlarını yapabilir hale gelebilirler.

Ülkemizde bakım politikaları sosyal politikaların en geri planda kalmış alanlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 100 bin kişiye düşen bakım yatağı sayısı temelinde yaptığı ülke karşılaştırmalarına bakıldığında, Türkiye'de bakım yatağı kapasitesinin düşük olduğu görülmektedir (Türkiye'de 100 bin kişiye düşen bakım yatağı sayısı yaklaşık 3 iken, İsveç'te 80, İspanya'da 27,6 ve Polonya'da 13'tür).

Kamunun kapsamlı bir bakım politikasının olmadığı yakın döneme kadar, bakım ihtiyacı bulunan tüm toplumsal kesimlerin (çocuklar, ağır engelliler, ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireyler vb.) bakımları tümüyle bu bireylerin ailelerine (büyük çoğunlukla bu ailelerdeki ücretsiz aile işçisi kadınlara) havale edilmişti ve bireylere ya da ailelerine kamu tarafından bu bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılayacak herhangi bir destek mekanizması sunulmamaktaydı. Yakın döneme kadar kamunun bakım alanında sunduğu tek hizmet Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından bakım ihtiyacı bulunan engelli bireylere yönelik açtığı yatılı bakım merkezleriydi. Bu merkezlerin sayısı ülkedeki bakım ihtiyacını karşılamaktan çok uzaktı.

2000li yılların ikinci yarısında ise engelli bireylerin bakımını üstlenen aile bireylerine yönelik aylık asgari ücret düzeyinde "evde bakım maaşı" ödenmeye başlanmıştır. Evde bakım maaşından yararlanan kişi sayısı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı verilerine göre yaklaşık 360 bindir. "Evde bakım maaşı" her ne kadar bakım alanında herhangi bir destek sunmayan Türkiye sosyal refah sistemi için önemli bir ilerleme olsa da, yalnızca nakit desteği sağlanması bakım hizmetlerinde kamunun alması gerektiği sorumluluk açısından değerlendirildiğinde yetersizdir. Öncelikle bakım alanında da bakım ihtiyacı bulunan ruhsal sorun yaşayan bireylerin (ve diğer tüm engelli bireylerin) nerede ve kim tarafından bakımlarına destek olunacağını seçme özgürlükleri tanınmalıdır. Birey ailesinin ya da kendi seçeceği bir yakınının (akrabalık bağı olsun ya da olmasın) evinde bakılma tercihini belirtiyorsa, kamu evde bakım maaşını bakım sorumluluğunu üstlenen kişiye sağlamalıdır. Bakım maaşı ile birlikte, kamunun bakım sorumluluğunu üstlenen kişiye eğitim desteği sağlaması, sosyal hizmet uzmanının düzenli ev ziyaretleri yapması ve benzeri destek hizmetleri sunulması önemlidir. Bilindiği üzere ülkemizde uygulanan evde bakım modeli, bireylerin ailelerindeki kadınların bakıma ihtiyaç duyan bireylere bakmasına dayalıdır. Evde bakım modelinin en kısa zamanda kişinin bağımsız yaşama seçeneğini de tanıyan ve profesyonel kamu çalışanı bakım uzmanlarının hizmet sunduğu bir modele evrilmesi üzerine düşünülmelidir.

Ayrıca özel bakımevlerinde kalmak isteyen engelli bireyler adına devlet tarafından aylık iki asgari ücret düzeyinde ödeme yapılmaya başlanmıştır. Her iki bakım desteği de yalnızca bakım ihtiyacı olduğu sağlık kurulu tarafından tespit edilmiş ve belirli bir gelirin altında yaşayan engelli bireylere sağlanmaktadır. Her ne kadar ağır ruhsal

sorunlar yaşayan bireylerin hukuki olarak engelli sayılmaları dolayısıyla, diğer engelli bireylerle aynı koşulları sağladıkları takdirde bu bakım desteklerinden faydalanmaları beklense dahi, bu süreç kendiliğinden gelişmemiştir. Eylem Raporu'nda da belirtildiği bakım desteklerinden yakın döneme kadar ağırlıklı olarak bedensel ve zihinsel engelliler faydalanmışlardır. 2007 yılından itibaren bakım ihtiyacına sahip ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin de gerek kamunun bakım evlerine gerekse özel bakım evlerine kabul edilmeye başlandıkları belirtilmektedir. Eylem Planı'na göre Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun bakım evlerinde kalan yaklaşık 4500 engelli bireyin 800 kadarı ruhsal sorunlar yaşayan bireylerdir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 35). Günümüzde ise kamunun bakım evlerinde yer olmaması nedeniyle ruhsal sorunlar yaşayan bireylerden kamunun bakım evlerine yerleştirilme talebinde bulunanların talepleri geri çevrilmektedir.

Bu bakım evlerine ek olarak, Aile ve Sosyal Politika Bakanlığı'na bağlı 7 adet **destekli yaşam merkezi** niteliğinde evleri bulunmaktadır. Henüz ruhsal sorunlar yaşayan bireylere hizmet veren umut evi bulunmamaktadır. Umut evleri modeli, esnetilmiş kurumsal bir hizmet sunma anlayışının ürünüdür. Her ne kadar bu tür esnetilmiş kurum bakımı hizmetleri, kişilerin bağımsız yaşama yetileri kazanana kadar faydalanabilecekleri bir ara basamak olarak kullanılabilirse de bu hizmet modelini barınma hizmetlerinin son durağı olarak kurgulamamak gerekmektedir. Her zaman temel hedef kişilerin bağımsız ve her insan gibi bağımsız yaşaması olmalıdır.

2010 yılından itibaren ise kamu tarafından bakım ihtiyacı bulunan birey başına iki asgari ücret ödeme yapılan özel bakımevlerinin de sayısı artmaya başlamıştır. 2011 yılının Mart ayında özel sektöre ait bakım evlerinde toplam 7526 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Eylem Planı'nda ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin yaklaşık 2500'ünün özel bakım evlerinde kaldıkları tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 35). Ayrıca uzun yıllar ruh sağlığı hastanelerinde yaşamak durumunda bırakılan kişilerin, kendi istemleri dışında özel bakım evlerine transfer edildiklerine dair bilgiler bulunmaktadır. Halbuki özel bakım evlerinde sunulan hizmetin kalitesine dair ciddi endişeler bu alanda çalışan sivil toplum örgütlerinin temsilcileri tarafından sıkça ifade edilmektedir. Bu kurumların önemli bir kısmında ticari kaygıların ön planda olduğuna dair iddialar mevcuttur. Kurumlarda çalışan personele dair belirlenmiş bir standart bulunmamaktadır. Standardın olmaması çalışan personelin verdiği hizmetin niteliğine dair şüphe uyandırmaktadır. Ticari kaygıların ön planda olması ve kamu denetiminin yeterli düzeyde olmaması nedeniyle ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin özel bakım evlerinde kötü muamele ile karşılaşmaları tehdidi mevcuttur.

Toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımı yalnızca sağlık hizmetlerini değil, bakım hizmetlerini de kapsayan bir yaklaşımdır. Bu çerçevede **toplum temelli hizmetlere** geçiş sürecinin yalnızca sağlık hizmetleri alanıyla sınırlı kalmaması ve bakım

hizmetleri alanını da kapsaması önemlidir. Özel bakım evlerinin kurulmasının teşvik edilmesi yerine, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin **destekli evlerde** ya da **kendi evlerinde** bakım hizmeti almaları hak temelli bir yaklaşıma uygun olacaktır.

Daha önce de belirtildiği üzere, Türkiye'de ilgili kamu kurumları kurum temelli anlayışın terk edilerek **toplum temelli** anlayışa geçilmesini doğrudan ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ailelerine döndürülmesi olarak algılama yanlışına düşmektedirler. Halbuki ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin bir kısmının ruhsal sorun yaşamasının nedenleri arasında aile geçmişleri ve ilişkileri yer almaktadır. Bu nedenle, ruhsal sorun yaşayan bireylere hastanenin alternatifi olarak yalnızca aileleri ile birlikte yaşama olanağı sunulması yeterli olmaz. Kamu, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istedikleri takdirde bağımsız yaşamalarına imkan sağlayacak düzenlemeler yapmalıdır.

Eylem Planı'nda belirtilen hedeflerden biri hastanelerde yatmakta olan ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ileriki dönemde açılması planlanan yarı-yol evleri ile korumalı evlerde ikamet etmelerinin sağlanmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 31). "Koruma" kavramının da çağrıştırdığı üzere "korumalı ev" modeli, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin insan haklarını ve bireysel özgürlüklerini olması gerektiği gibi gözeten bir model değildir.

Bu çerçevede ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik barınma hizmetlerinin temelini **"destekli ev**" modeli oluşturabilir. Destekli evler sıradan evlerden farksızdır. **Destekli ev**lerde kalan kişiler, kendi evlerinde yaşar ve kamu kurumları çalışanları bu evlerde yaşayan kişilere düzenli olarak destek hizmetleri sunarlar. Destekli evler, "korumalı evlerden" farklı olarak, ruhsal sorun yaşayan bireyleri korumayı değil, toplumsal yaşama entegrasyonları sürecinde desteklemeyi hedefler. **Destekli ev**lerde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin özel hayatlarının gizliliği esas alınır. Bu olumlu özellikleri dolayısıyla ülkemizde ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik geliştirilecek barınma hizmetlerinin "korumalı ev" modelini değil, **"destekli ev"**modelini esas alması gerektiğine inanıyoruz.

İstihdam

Ulusal Eylem Planı'nda belirtildiği gibi ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin büyük çoğunluğunun zeka ya da beceri edinme ile ilgili özel gereksinimleri bulunmamaktadır. Uygun terapi ve rehabilitasyon hizmetleri ile uygun iş olanakları sağlandığında bu bireylerin çalışmaları mümkündür (Sağlık Bakanlığı, 2011: 28).

Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler, gerekli koşulları sağladıkları takdirde, istihdam alanında engelli bireylere yönelik sağlanan pozitif ayrımcılık uygulamasından faydalanabilirler. Özürlüler Yasası uyarınca 50 ve üzeri işçi çalıştıran tüm işyerleri ile kamu kurum ve kuruluşları çalışanlarının asgari yüzde 3'ünün engellilerden oluşması gerekmektedir. Bu pozitif ayrımcılık uygulaması 1971 yılından bu yana yürürlükte olmakla birlikte, bu uygulamanın gereklerini yapmayan işyerlerine ceza kesilmesinin hızlandırılması sonucunda 2005 yılı ve sonrasında işlerlik kazanmıştır.

İstihdam alanındaki pozitif ayrımcılık uygulamasından faydalanmak isteyen engelli bireyler Türkiye İş Kurumu'na (İŞKUR) kayıt olurlar. İŞKUR ise bu bireyleri açılan iş ilanlarına yönlendirmekle yükümlüdür. Her ne kadar bu pozitif ayrımcılık uygulaması yolu ile engelli bireylerin istihdam oranlarında artış sağlanabilmişse de, bu uygulamanın önemli sorunları bulunmaktadır. Bu raporun kapsamı gereği detaylı olarak tartışamayacağımız sorunların başında, İŞKUR'un engelli bireyleri yalnızca işyerlerinin engelli çalıştırma yükümlülüğünü yerine getirmek amacıyla açtıkları "engelli pozisyonlarına" yönlendirmesi, yükseköğrenim görmüş engelli bireylerin niteliklerine uygun pozisyonların açılmaması gibi sorunlar bulunmaktadır.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler açısından bakıldığında ise, pozitif ayrımcılık uygulamasının en büyük sorunu bu uygulamanın işverenlere işe alınacak bireylerin engel türleri arasında seçim yapma imkanı bırakmış olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün engellilik tanımında belirttiği gibi, engellilik şemsiye bir kavramdır. Dolayısıyla, istihdam alanındaki bu pozitif ayrımcılık uygulamasının etkileri tüm engelliler için eşit olmayabilmektedir. Özellikle ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik ayrımcılığın, diğer engel türlerine sahip bireylere yönelik ayrımcılık düzeyinden daha şiddetli olması durumunda, işverenler ruhsal sorunları bulunan bireylerdense diğer engel türlerine sahip bireyleri işe kabul etme eğiliminde olabilirler. Böylesi bir durumda ilgili pozitif ayrımcılık uygulaması ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istihdama erişimlerini arttırma sonucunu doğurmayabilir.

2012 yılı Temmuz ayı verilerine göre, ülkemizde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin yalnızca 5544'ü İŞKUR'a kayıtlıdır. İŞKUR 2010 yılı içerisinde 1303, 2011 yılı içerisinde 1495 ve 2012 yılı içerisinde henüz 710 ruhsal sorunlar yaşayan bireyin istihdam edilmesine aracı olmuştur. Bu üç yıl içerisinde İŞKUR'un istihdam edilmesine aracı olduğu ruhsal sorunlar yaşayan birey sayısı 3508'dir. Bu verilere göre, ülkemizde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin önemli bir kısmının çeşitli nedenlerle İŞKUR'dan iş bulma desteği almamayı tercih ettikleri görülmektedir. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin altıda birinin uzman yardımı almayı tercih etmesine benzer bir şekilde, bu bireylerin damgalanma korkusuyla ruhsal sorunları bulunduğunu kamu kurumlarına belirtmemeyi seçtikleri düşünülebilir. Bir diğer neden de Eylem Planı'nda belirtildiği gibi ülkemizde engellilere yönelik gelir desteğinin istihdam durumunda

kesilmesinin kişileri istihdamdan uzaklaştırması olabilir. Planda bu yerinde tespitin ardından engelli bireylerin işten çıkmaları ya da çıkarılmaları durumunda gelir desteğinin otomatik olarak yeniden yürürlüğe girmesi önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 36). Bu önerinin yaşama geçirilmesi gerekmektedir.

Ruhsal sorunları bulunan bireylerin istihdam edilmelerinin önündeki engelleri iki türlü hukuki düzenleme ile ortadan kaldırmak mümkün olabilir. Bu düzenlemelerden ilki engelli bireylere yönelik öngörülen asgari yüzde 3 iş pozisyonlarından belirli bir oranının ruhsal sorunlar yaşayan engelliler tarafından doldurulması hukuki garanti altına alınabilir. İkinci düzenleme ise ruhsal sorunları bulunan bireylere yönelik istihdam alanında ayrımcılık yapılmasının yasaklanması (Özürlüler Kanunu ile gerçekleştirilmiştir) ve bu yasağın uygulamaya konulmasına yönelik işler mekanizmalar kurulmasıdır.

Eylem Planı ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istihdamının arttırılmasına dair iki pratik öneride bulunmaktadır. Bu önerilerin ilki ruhsal sorun yaşayan bireylerin iş koçları aracılığı ile piyasa koşullarında bir işe yerleşmesinin sağlanması, ikincisi ise bu bireylerin korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 36). Her iki önerinin de ivedilikle hayata geçirilmesi olumlu olacaktır. Ayrıca ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik meslek edindirme hizmetlerinin sunulması gerekmektedir.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik istihdam hizmetlerini yalnızca bu bireylere iş bulma ya da iş sağlama ile sınırlı olarak görmemek gerekir. Bu anlamda korumalı işyerleri özellikle ağır kronik ruhsal sorunlar yaşayan bireyler için insana yaraşır bir iş olanağı olarak kurgulanabilirler. Bu hizmetlere ek olarak, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istihdam edildiği sürece desteklenmesi bu bireylerin istihdamda kalma sürelerini uzatmaya, ruhsal sorunlarına bağlı bir şekilde işten ayrılma ya da atılma olasılıklarını düşürmeye ve iş verimliliklerini arttırmaya önemli katkılar sağlayabilir. Örneğin sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edileceği iş koçları modeli uygulanarak, çalışmakta olan ruhsal sorunlar yaşayan bireyler ile düzenli iletişim kuracak ve bu bireylere ruhsal sorunlar yaşarken çalışmaya dair danışmanlık verecek bir yapının kurulması olumlu olabilir. İş koçları ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin ruh sağlıklarında oluşan ani değişikliklerden haberdar olarak çalışanın işyeri ile çalışan adına izin görüşmelerini yapabilir, ruhsal sorunlar yaşayan çalışanların ya da bu çalışanların işverenlerin ya da çalışma arkadaşlarının sorunlarına hızlı müdahale edebilir ve ruhsal sorunlar yaşayan çalışanlara yönelik yönlendirme ve danışmanlık hizmetleri verebilirler.

Son olarak, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istihdam edilebilirliklerinin arttırılması amacıyla bu bireylere yönelik iş garantili mesleki eğitim kurslarının sunulması etkin

bir çözüm olabilir. Halihazırda İŞKUR tarafından fonlanan ve sivil toplum örgütleri ortaklığında yürütülen meslek edindirme eğitimlerinin ruhsal sorunlar yaşayan bireyleri de kapsaması için çaba sarf edilmesi olumlu olacaktır.

Gelir desteği

Ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin gerekli tıbbi destek ve terapi desteği almadıkları takdirde istihdamdan uzaklaştıkları bilinmektedir. Kamu sigortasının ruh sağlığı hizmetlerini kapsamlı bir biçimde sunmaktan uzak olduğu durumlarda ise, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin bu hizmetleri özel sektörden satın almaları sonucunda sarsıcı maddi kayıplar yaşamaları da olasıdır. Bu nedenle özellikle ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin gelir yoksulluğu altında yaşama riskleri toplumun geneline oranla yüksektir.

Gelir yoksulluğu ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin yaşamlarında ek bir stres faktörü olarak ortaya çıktığı takdirde, bireylerin iyileşme süreçleri ya da toplumsal rollerini yeniden kazanma süreçleri sekteye uğrayabilir. Bu olumsuz durumları engellemek amacıyla, özellikle ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik gelir desteği politikalarının geliştirilmesi ya da var olan gelir desteği politikalarının hedef kitlelerine ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin de eklenmesi önem taşımaktadır.

Ülkemizde aylık geliri asgari ücretin üçte birinin altında olan ve yüzde 40'ın üzerinde engelliliği bulunan bireylere Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından "2022 maaşı" ya da "özürlü aylığı" olarak bilinen bir gelir desteği programı uygulanmaktadır. Ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireyler yüzde 40'ın üzerinde engellilik rapor aldıkları, gelir kriterini sağladıkları ve Sosyal Güvenlik Kurumu'na başvuru yaptıkları takdirde bu destekten faydalanmaya hak kazanabilmektedirler. Ağır ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin gelir desteğinden faydalanabilmeleri için, kamu kurumlarının bu bireyleri bu destekten haberdar etmeleri ve başvuru sürecinde kendilerini yönlendirmeleri önem taşımaktadır.

"2022 maaşı" ya da "özürlü aylığı"na hak kazanmak için uyulması gereken gelir kriterinin düzeyi düşüktür. Bu gelir kriterinin ülkenin resmi yoksulluk sınırına çekilmesi gerekmektedir. Ayrıca bu gelir desteği programından faydalanmak üzere başvuran bireylerin aylık gelirleri tespit edilirken, bu bireylerin aile mensuplarının ve akrabalarının gelirlerinin de hesaba katılmaması gerekmektedir. Gelir tespiti sürecinde aile ve akrabaların sahip olduğu taşınmazlar dolayısıyla başvuran bireylere gelir desteği verilmemesi de keyfi bir uygulamadır ve bu uygulamaya son verilmelidir.

Politika önerileri

Genel yaklaşıma dair öneriler

- Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin gerek toplumun genelinde gerekse ruh sağlığı hizmetleri sunan kurumlarda karşılaştıkları ayrımcı tutumların ve damgalanmanın ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar yapılmasını,
- Engelliliğin tüm politika alanlarında ana akımlaştırılmasını,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin ücretsiz ve kaliteli olarak tüm yurttaşlara sunulması yoluyla ruh sağlığı hizmetlerine erişimin arttırılmasına dair önlemler alınmasını,
- Ruh sağlığı alanında koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin desteklenmesini ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilecek hane içi şiddet, cinsel istismar, zorunlu göç, madde kullanımı gibi toplumsal risklere karşı topyekun bir stratejinin geliştirilmesini,
- Ruh sağlığı alanına ayrılan kamu kaynaklarının arttırılmasını ve artırılan kaynakların **toplum temelli** hizmet anlayışının yerleşmesine yönelik hizmetlere ayrılmasını,
- Ruh sağlığı alanında çalışacak iş gücünün arttırılmasını,
- Ruh sağlığı alanına yönelik eğitim ve araştırma faaliyetlerinin desteklenmesini,
- Ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik hizmetlerin bütüncül bir yapıya kavuşturulması amacıyla kamu kurumları arasında eşgüdümü sağlayacak bir kurumsal yapılanmanın geliştirilmesini,
- Ruh sağlığı alanında maliyet kaygılarının insan haklarına dair kaygıların önüne geçmesinin engellenmesini,
- Vesayet sisteminin norm olarak kabul edilmesi yerine "**destekli karar vermenin**" norm olarak kabul edilmesini,

Ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında ve yürütülmesinde ruhsal sorunlar yaşayan bireyler ve bu bireylerin örgütlerinin aktif katılımının sağlanmasına dair öneriler

- Ruh sağlığı yasasının ilgili tüm paydaşlarla birlikte katılımcı ve bu yasadan etkilenecek bireylerin ve bu bireylerin örgütlerinin aktif katılımıyla hazırlanması ve yasalaşmasını,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin her aşamada ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin katılımıyla planlanması, sunumu ve denetimi amacıyla hastane düzeyinde

hasta kurulları modeli ile ülke çapında Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulu modelinin uygulamaya geçirilmesini,

Ruh sağlığı hizmetlerinin sunum biçimine dair öneriler

- Ruh sağlığı hizmetlerinin temel felsefesinin **bireylerin ihtiyaçlarını ve yapabilirliklerini merkeze alan** ve **iyileşme yönelimli** olarak yeniden kurgulanmasını,
- Ruh sağlığı sisteminin **toplum temelli** niteliğinin ruh sağlığı alanında çalışacak insan gücünün eğitiminde merkeze oturtulmasını,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin aile hekimleri tarafından sağlanan birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesini,
- Aile hekimlerinin görevleri arasında sayılan ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin yaşadıkları krize müdahale durumunda klinik psikologlarla eşgüdümün sağlanmasını,
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne yeterli sayıda psikiyatrist, klinik psikolog ve sosyal hizmet uzmanı kadrosunun tahsis edilmesini, bu personelin özlük haklarının verilen hizmetin niteliği gereğince azami derecede güçlü olarak tanımlanmasını ve bu merkezlerde çalışacak personelin **toplum temelli** ruh sağlığı anlayışı çerçevesinde kapsamlı bir eğitimden geçirilmesini,
- Ruh sağlığı sisteminin **toplum temelli** niteliğinin psikiyatrist, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı, avukat ve psikiyatri hemşiresinden oluşan ve hiyerarşik olarak yapılanmamış olan ekiplerce verilmesini,
- Ruh sağlığı hizmetlerinde ruhsal sorun yaşayan bireylerin özerkliklerini gözetmek amacıyla **bireysel ombudsmanlık** ya da **hasta savunuculuğu** sisteminin kurulmasını ve bu bireylere gerektiğinde ücretsiz avukat desteğinin sağlanmasını,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda **bireysel tedavi planı** uygulamasına geçilmesini,
- Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin kendi kaderlerini tayin haklarının hayata geçirilmesi için **aydınlatılmış onam** prensibinin uygulanmasına azami özen gösterilmesi ve **kriz kartı** vb. uygulamalara geçilmesini

Sosyal politikaların kurgulanmasına dair öneriler

- **Toplum temelli hizmetlere** geçişsüreci kapsamında özel bakım evlerinin özendirilmesine son verilmesini ve **toplum temelli** bakım hizmetlerinin desteklenmesini,

- Kişinin özgür iradesinin kısıtlanmasının kişinin kamusal desteklerden faydalanmasının ön koşulu olarak sunulmamasını,
- Ruhsal sorunlar yaşayan bireylere hastane ve aile yanı dışında yarı-yol evleri, **destekli ev** gibi barınma olanaklarının sağlanmasını,
- Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istihdam oranlarının arttırılması için pozitif ayrımcılık yapılmasını, ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik mesleki rehabilitasyon faaliyetlerinin yaygınlaştırılmasını ve korumalı işyerlerinin kurulmasını ve yaygınlaştırılmasını,
- Ruhsal sorunlar yaşayan bireylere düzenli asgari gelir desteği sağlanmasını,

önermekteyiz.

Kaynakça

Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Engellilik Birliği internet sitesi.

Avrupa Komisyonu, Türkiye İlerleme Raporu 2009, 2010, 2011.

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi.

CNNTürk, 2012, Adli Psikiyatri Hastaneleri Geliyor, 21.01.2012. İnternet erişimi: http://www.cnnturk.com/2012/saglik/01/21/adli.psikiyatri.hastaneleri.geliyor/645775.0/index.html

Dr. Ümit BİÇER, Dr. İ. Hamit HANCI, Adli Psikiyatri, Türk Tabipleri Birliği. İnternet erişimi: http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/8.html

Dünya Sağlık Örgütü internet sitesi.

Özürlüler Yasası.

RUSİHAK, Hollanda Linden ziyareti notları

RUSİHAK, İsveç Stockholm ziyareti notlar

RUSİHAK, İtalya Trieste ziyareti notları

T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Ankara.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, RUSİHAK bilgi edinme başvurusuna cevap, 15.05.2012.

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Türkiye İş Kurumu, RUSİHAK bilgi edinme başvurusuna cevap, 25.09.2012.

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 17.02.2011

Türk Ceza Kanunu.

Ek: Ziyaret Edilen Kişi ve Kurumlar

TRİESTE (İTALYA)

Peppe Dell'Acqua
Ex Director of Mental Health Department of Trieste, Psychiatrist
Mental Health Department of Trieste
www.triestesalutementale.it

Roberto Mezzina
Director collaborating centre WHO for research and training in mental health, Director of Mental Health Department of Trieste, Psychiatrist
Mental Health Department of Trieste
www.triestesalutementale.it

Irini Karavalaki
Nurse
Mental Health Department of Trieste
www.triestesalutementale.it

Norbedo Alessandro
Coordinator Nurse
Mental Health Department of Trieste
www.triestesalutementale.it

Pina Ridente
Psichiatrist, responsible of reabilitation unit
Mental Health Department of Trieste
www.triestesalutementale.it

İSVEÇ

Elina Berg
Desk Officer, Senior Advisor

SKL,SverigesKommunerochLandsting (Swedish Association of Local Authorities and Regions -SALAR)
www.skl.se

Mikael Malm
Handlaggare, Expert
SKL, SverigesKommunerochLandsting (Swedish Association of Local Authorities and Regions -SALAR)
www.skl.se

Björn Asplund
Director
Fountain House
www.fountainhouse.org

Ingrid Palmberg
Verksamhetschef, Operations Manager
StiftelsenParasoll (Foundation Parasoll)
www.parasoll.org

Hans von Axelsson
Expert
HANDISAM (Swedish Agency for Disability Policy Coordination)
www.handisam.se

Mikael Wahldén
Expert
HANDISAM (Swedish Agency for Disability Policy Coordination)
www.handisam.se

Jimmie Trevett
Chairman of the Federation
RSMH,Riksförbundetför Social och Mental Hälsa (National Association for Social and Mental Health)
www.rsmh.se

HOLLANDA

Hans Hiltemann
Manager
Stichting PVP,
StichtingPatiëntenvertrouwenspersoonGeestelijkeGezondheidszorg(Foundation Patient Mental Health Counselor)
www.pvp.nl

Taner Demir
Toegepaste Psychologie (Applied Psychology)
Saxion University
www.saxion.ed

Wil Janssen
Regiomanager Eigen KrachtNoord Brabant (Regional Manager Family Group North Brabant
Eigen Kracht)
www.eigen-kracht.nl

C.J.A. Koopal
Expert
De WoenselsePoort
www.dewoenselsepoort.nl

Hans Marechal
Director
Strichting De Boei
www.deboei.com

Jolijn Santegoeds
Board Member
WNUSP, World Network of Users and Survivors of Psychiatry
www.wnusp.net

Frank van Hoof
Senior Researcher, Department of Reintegration
TrimbosInstituut , Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
www.trimbos.nl

Klaas Schilder
Director GGzE services B.V.
GGzE, GeestelijkeGezondheidszorg Eindhoven (Mental Health Care Eindhoven)
www.ggze.nl
www.ggzeservicesbv.com

Steven Makkink
Policy Expert
LPGGz, Landelijk Platform GGz (National Platform GGz)
www.platformggz.nl

Can Çengel
Directeur Zorg (Director of Care)
İ-psy, Interculturele Psychiatrie
www.ipsy.nl

Bu çalışma, toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımı ile ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin insan hakları alanında savunuculuk faaliyetleri yürüten Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği'nin (RUSİHAK) yayınıdır. Elinizdekikitap, RUSİHAK'ın Türkiye'de ruh sağlığı alanında savunduğu insan hakları yaklaşımını bir adım öteye götürmeyi ve bu yaklaşımı sosyal politikalar alanına taşımayı amaçlamaktadır.

Çalışmada ruh sağlığı politikaları sosyal politikaların bir parçası olarak değerlendirilmekte, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin toplum içinde eşit ve özgür bireyler olarak yaşamalarının önündeki engelleri kaldırabilmek için ne tür hizmetlere ihtiyaç duyduklarına, bu hizmetlere eşit yurttaşlık temelinde nasıl ulaşabileceklerine dair değerlendirmeler içermektedir. Yapılan değerlendirmeler ülkemizde ruh sağlığı politikaları reformu sürecinde Sağlık Bakanlığı ve ilgili kamu kurum ve kuruluşları tarafından yayınlanan dokümanları, RUSİHAK temsilcilerinin ilgili kamu kurum ve kuruluşlarının yetkilileri ile yaptığı görüşmeleri, yine RUSİHAK temsilcilerinin İsveç, Hollanda ve İtalya Trieste'de ruh sağlığı alanında çalışan sivil toplum kuruluşları, hizmet sunucuları ve kamu temsilcileriyle yaptıkları görüşmeleri ayrıca RUSİHAK adına Bakanlığa ve diğer kurumlara yapılan bilgi edinme başvurularına gelen cevapları temel almaktadır.

rusihak
Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi
Human Rights in Mental Health Initiative