



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI

ULUSAL RUH SAĞLIĞI  
EYLEM PLANI  
(2011-2023)

ANKARA, 2011

© Bu yayının tüm hakları  
Sağlık Bakanlığı'na aittir.  
Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz.

ISBN : 978-975-590-391-0

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 8 4 7

## **EDİTÖRLER**

Dr. Yasin ERKOÇ	Sağlık Bakanlığı, Müsteşar Yardımcısı
Dr. Seraceddin ÇOM	Sağlık Bakanlığı TSHGM, Genel Müdür
Dr. M. Ali TORUNOĞLU	Sağlık Bakanlığı TSHGM, Genel Müdür Yardımcısı
Dr. Gazi ALATAŞ	İstanbul Bakırköy RSHH
Dr. Akfer K. KAHİLOĞULLARI	Sağlık Bakanlığı TSHGM, Ruh Sağlığı Daire Başkanı

## **YAZARLAR**

Dr. Gazi ALATAŞ	İstanbul Bakırköy RSHH
Dr. Akfer K. KAHİLOĞULLARI	Sağlık Bakanlığı TSHGM, Ruh Sağlığı Daire Başkanı
Dr. Medaim YANIK	İstanbul Şehir Üniversitesi

## **TSHGM YAYIN KOMİSYONU**

Dr. Halil EKİNCİ (Genel Müdür Yardımcısı)	
Dr. Kaan KARAKAYA (Daire Başkanı)	Osman BUNSUZ (Daire Başkanı)
Hakime ZAL (Şube Müdürü)	

## KATKIDA BULUNAN KURUM ve KURULUŞLAR

Sağlık Bakanlığı Birimleri

Adalet Bakanlığı

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığı

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Diyanet İşleri Başkanlığı

Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı

İçişleri Bakanlığı

Kalkınma Bakanlığı

Maliye Bakanlığı

Milli Eğitim Bakanlığı

Radyo Televizyon Üst Kurulu Başkanlığı

Ulaştırma Bakanlığı

Dünya Sağlık Örgütü

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği

Psikiyatri Hemşireler Derneği

Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği

Türk Psikologlar Derneği

Türkiye Psikiyatri Derneği

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Giriőtimi Derneği

Şizofreni Dernekleri Federasyonu

## KATKIDA BULUNAN KİŞİLER\*

SHU Esra	AKÇAY	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Tamer	AKER	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dr. Esra	ALATAŞ	İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH
Psk. Bilge	ALPDÜNDAR	Türk Psikologlar Derneği
SHU Murat	ALTUĞGİL	Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
Dr. A.Tanju	ALTUNSU	AÇSAP Genel Müdürlüğü.
Dr. Rüstem	AŞKIN	Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Süreyya	AYDIN	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Fehmi	AYDINLI	AÇSAP Genel Müdürlüğü
Dr. Ahmet	AYER	Manisa RSHH
Gültekin	BAYRAKTAR	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Mustafa	BİLİCİ	İstanbul Erenköy RSHH
Dr. Martin	BROWN	İngiltere, Merseyside Trust, Yüksek Güvenlikli Servisler Yöneticisi
Dr. Ali Savaş	ÇİLLİ	Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Dr. Füsün	ÇUHADAROĞLU	Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği
Emine	DAL	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Mesut	DEMİRDOĞAN	Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Der.
Dr. Bülent	DEMİRBEK	Dr.Ekrem Tok RSHH
Dr. Nesrin	DİLBAZ	Ankara Numune EAH
Emeti	DOĞAN	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Metin	DOĞRUYOL	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Ertuğrul	EĞİN	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Hülya	ENSARİ	Bolu İzzet Baysal RSHH
Dr. M. Can	GER	İstanbul Bakırköy RSHH
Nilüfer	GİRGİN	Şizofreni Dernekleri Federasyonu
Dr. Ali Saffet	GÖNÜL	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
SHU Hanım Handan	GÖRGÜ	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Ramiz Coşkun	GÜNDÜZ	AÇSAP Genel Müdürlüğü
Dr. Taner	GÜVENİR	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psk. Yılmaz	IRMAK	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Özlem	İKİZ	İstanbul Bakırköy RSHH
Psk. Elif	KABAKÇI	Türk Psikologlar Derneği

Mustafa	KARAKÖSE	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Oğuz	KARAMUSTAFAOĞLU	İstanbul Şişli Etfal EAH
Dr. Gülsüm	KARTAL	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Cengiz	KILIÇ	Türkiye Psikiyatri Derneği
Dr. Orhan	KOÇ	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Ebru	KORKMAZ	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Erhan	KURT	İstanbul Bakırköy RSHH
Meral	KURUCU	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Ledia	LAZERİ	Dünya Sağlık Örgütü
Dr. Süha	MİRAL	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dr. Matt	MUJEN	Dünya Sağlık Örgütü
Dr. Mustafa	NAMLI	Elazığ Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi
Dr. Fatih	ÖNCÜ	İstanbul Bakırköy RSHH
Dr. Sema	ÖZBAŞ	AÇSAP Genel Müdürlüğü
Aylin	ÖZMEN	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Psk. Nedret	ÖZTAN	Türk Psikologlar Derneği
Dr. Maria Christina	PROFİLİ	Dünya Sağlık Örgütü
Sefer	SAKARYA	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Osman	SALIŞ	Samsun RSHH
Dr. Mustafa	SERCAN	Abant İzzet Baysal Tıp Fakültesi
Psk. Gonca	SOYGÜT	Türk Psikologlar Derneği
Dr. Saime	ŞAHİNÖZ	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Gülşen	TERAKYE	Psikiyatri Hemşireler Derneği
Dr. Solmaz	TÜRKCAN	İstanbul Bakırköy RSHH
Dr. Hakan	TÜRKÇAPAR	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH
Emre	TÜZER	Liverpool Üniversitesi
Psk. Zeynep	TÜZÜN	Türk Psikologlar Derneği
Derya	UÇAK	İstanbul Bakırköy RSHH
Natali	ULUHAN	Şizofreni Dernekleri Federasyonu
Berna	YAĞMUR	İstanbul Bakırköy RSHH
İdris	YAŞAR	Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü
Dr. Doğan	YEŞİLBURSA	Türkiye Psikiyatri Derneği
Dr. Ejder Akgün	YILDIRIM	Türkiye Psikiyatri Derneği
Fatma	ZENGİN DAĞIDIR	Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Der.

\*Soyadına göre alfabetik dizin



## İÇİNDEKİLER

Önsöz.....	viii
Tablolar Dizini.....	xii
Şekiller Dizini.....	xiii
Grafikler Dizini.....	xiv
Kısaltmalar.....	xv
Giriş.....	1

## BÖLÜM I

<b>1. ULUSAL RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI GELİŞTİRME SÜRECİ.....</b>	<b>2</b>
1.1. Uluslar Arası Gelişmeler.....	2
1.2. Ulusal Gelişmeler.....	4
1.2.1. Sağlık 21.....	4
1.2.2. Ruh Sağlığı Politika Metni.....	4
1.2.3. Ruh Sağlığı Yürütme Kurulu Çalışmaları.....	4

## BÖLÜM II

<b>2. TÜRKİYE RUH SAĞLIĞI PROFİLİ.....</b>	<b>5</b>
2.1. Türkiye’de Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı ve Hastalık Yüğü.....	5
2.2. Ruh Sağlığı Hizmeti Veren Sağlık Kurumları.....	7
2.3. İnsan Gücü.....	12
2.3.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı.....	12
2.3.2. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı.....	13
2.3.3. Psikolog.....	14
2.3.4. Sosyal Çalışmacı.....	14
2.3.5. Hemşire.....	15



## BÖLÜM III

<b>3. 2011-2016 YILLARI İÇİN PLANLANAN EYLEMLER</b> .....	<b>16</b>
3.1. Ruh Sağlığı Hizmet Yönetiminin Reorganizasyonu.....	16
3.1.1. Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Kurumlar.....	16
3.1.2. Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulu.....	19
3.2. Ruh Sağlığı Hizmet Modeli Değişikliği.....	21
3.2.1. Ruh Sağlığı Sistemleri.....	21
3.2.1.1. Hastane Temelli Model.....	21
3.2.1.2. Toplum Temelli Model.....	22
3.2.1.3. Toplum-Hastane Denge Modeli.....	25
3.2.2. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	25
3.2.2.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulması.....	26
3.2.2.2. Ağır Ruhsal Hastalığı Olan Kişilerin Bakımı.....	30
3.2.2.3. Ruh Sağlığı Hastalarının İstihdamı.....	32
3.3. Yeni Organizasyon Planı Temelinde Hedef ve Aktiviteler.....	33
3.3.1. Ruh Sağlığının Geliştirilmesi ve Teşviki.....	33
3.3.1.1. Damgalama ve Ayrımcılığa Karşı Farkındalığın Oluşturulması.....	33
3.3.1.2. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi.....	33
3.3.1.3. Çocuk İstismarının Önlenmesi.....	34
3.3.1.4. İntiharın Önlenmesi.....	36
3.3.1.5. Afet ve Travmaların Ruhsal Sonuçlarının Önlenmesi.....	37
3.3.2. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Hizmetlerine Entegrasyonu.....	38
3.3.2.1. Ruh Sağlığı Alanında Akılcı İlaç Kullanımı.....	39
3.3.3. Psikiyatri Yatak Sayısının Düzenlenmesi.....	39
3.3.3.1. Genel Hastanelerde Psikiyatri Yatak Sayısının Artırılması.....	39
3.3.3.2. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri ve Tutuklu Psikiyatri Hastanelerinin Kurulması.....	48
3.3.4. Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Sayısının Artırılması.....	49
3.3.5. Çocukluk ve Ergenlik Dönemine Yönelik Çalışmalar.....	52
3.3.6. Bağımlılığı Önleme ve Tedavi İçin Hizmet Modeli Oluşturma.....	54
3.3.7. Ruh Sağlığı Alanındaki Hizmetlerde Denetim ve Kalite Değerlendirmesi.....	55
3.3.7.1. Uluslar Arası Kuruluşlar Tarafından Yapılan Denetimler ve Sivil Toplum Kuruluşlarının Katılımı.....	55
3.3.7.2. Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Ölçme, Değerlendirme ve Kalitenin İyileştirilmesi.....	56
3.3.8. Ruh Sağlığının Geliştirilmesi İle İlgili Araştırmaların Desteklenmesi.....	58
3.3.9. Ruh Sağlığı Alanında Yasal Düzenlemeler.....	58
3.3.9.1. İstemsiz Yatış.....	59
3.3.9.2. Hasta Hakları.....	60
3.3.10. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı.....	60
3.3.10.1. Ruh Sağlığı Eylem Planı Tahmini Bütçesi.....	61
3.3.11. İzleme ve Değerlendirme.....	62

## BÖLÜM IV

<b>4. 2011-2016 YILLARI İÇİN HEDEFLER, STRATEJİLER ve EYLEM PLANI</b> .....	<b>63</b>
4.1. Hedefler ve Stratejiler.....	63
4.2. Ruh Sağlığı Eylem Planı.....	68
4.2.1. Amaç 1. Ruh Sağlığı Hizmetleri Veren Kurumlar Arasında Eşgüdümü Sağlamak.....	68
4.2.2. Amaç 2. Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tüm İhtiyaçlarını Karşılamanı Bütüncül Bir Ruh Sağlığı Sistemi Kurmak.....	70
4.2.3. Amaç 3. Ruh Sağlığını Teşvik Etmek ve Geliştirmek.....	76
4.2.4. Amaç 4. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Entegrasyonunu Sağlamak.....	82
4.2.5. Amaç 5. Psikiyatri Yatak Sayısını Düzenlemek.....	85
4.2.6. Amaç 6. Ruh Sağlığı Alanında Çalışanların Sayı ve Niteliğini Artırmak.....	87
4.2.7. Amaç 7. Çocukluk ve Ergenlik Dönemine Yönelik Ruh Sağlığı Hizmetlerini İyileştirmek ve Geliştirmek.....	92
4.2.8. Amaç 8. Ruhsal Özürlülere Verilen Hizmetlerin Kalitesini Artırmak.....	94
4.2.9. Amaç 9. Ruh Sağlığı Alanında Yasal Düzenlemeler Yapmak.....	95
4.3. Eylem Planının Gantt Şeması.....	97
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>105</b>

## TABLÖLAR DİZİNİ

	<b>Sayfa No.</b>
<b>Tablo.1.</b> Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yıllarının İlk 20 Nedeninin Dağılımı.....	6
<b>Tablo.2.</b> Psikiyatri Yataklarının Hizmet Veren Kurumlara Göre Dağılımı.....	7
<b>Tablo.3.</b> RSHH'lerinin Kullanım Alanlarına Göre Yatak Dağılımları.....	9
<b>Tablo.4.</b> DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100 bin Kişiyeye Düşen Adli Psikiyatri Yatak Sayıları.....	11
<b>Tablo.5.</b> DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100 bin Kişiyeye Düşen Psikolog Sayıları.....	14
<b>Tablo.6.</b> DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde Toplum Temelli Rehabilitasyon Merkezlerine Erişilebilirlik.....	22
<b>Tablo.7.</b> DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde Ruh Sağlığı Alanında 100 bin Kişiyeye Düşen ve Sağlık Kurumları Dışında Yer Alan Bakım Yatağı Sayıları.....	31
<b>Tablo.8.</b> Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Planlanan Genel Psikiyatri Yataklarının Dağılımı.....	40
<b>Tablo.9.</b> Planlanan Bakanlık Psikiyatri Yatakları ile Diğer Kurum Yataklarının Dağılımı.....	40
<b>Tablo.10.</b> Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Planlanan Psikiyatri Yatak ve TRSM Sayıları.....	41
<b>Tablo.11.</b> 2002-2010 Yılları Arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Kontenjanları.....	49
<b>Tablo.12.</b> 2002-2010 Yılları Arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitime Başlayanların Kurumlara Göre Dağılımı.....	49
<b>Tablo.13.</b> 2002-2010 Yılları Arasında Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Kontenjanları.....	50
<b>Tablo.14.</b> 2002-2010 Yılları Arasında Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitime Başlayanların Kurumlara Göre Dağılımı.....	50
<b>Tablo.15.</b> CPT'nin Türkiye'deki RSHH'lerini Denetleme ve Rapor Tarihleri.....	55
<b>Tablo.16.</b> Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Ölçme ve Değerlendirme Süreçleri.....	57
<b>Tablo.17.</b> Yıllara Göre Ruh Sağlığı Eylem Planı Tahmini Maliyeti.....	62

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No.</b>
<b>Şekil.1.</b> RSHH'lerinin Sorumlu Oldukları Genel Psikiyatri Bölgeleri.....	8
<b>Şekil.2.</b> RSHH'lerine Her İlden Yatan Hasta Sayısının İldeki 100 bin Kişiye Oranı.....	9
<b>Şekil.3.</b> RSHH'lerin Sorumlu Oldukları Adli Psikiyatri Bölgeleri.....	10
<b>Şekil.4.</b> İllere Göre 100 bin Kişiye Düşen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Sayısı.....	12
<b>Şekil.5.</b> Türkiye'de Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Dağılımı.....	13
<b>Şekil.6.</b> Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli.....	27
<b>Şekil.7.</b> TRSM'lerin Kademeli Açılma Planı.....	28
<b>Şekil.8.</b> Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi Açılması Planlanan İller ve Yatak Sayıları.....	48
<b>Şekil.9.</b> Tutuklu Psikiyatri Hastanesi Açılması Planlanan İller ve Yatak Sayıları.....	48
<b>Şekil.10.</b> Çocuk - Ergen Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli.....	52

## GRAFİKLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No.</b>
<b>Grafik.1.</b> Özürlülükle Yaşam Yıllı Kaybettiren İlk 20 Neden İçinde Psikiyatrik Hastalıkların Oranı .....	6
<b>Grafik.2.</b> Psikiyatri Yataklarının Hizmet Veren Kurumlara Göre Dağılımı.....	7
<b>Grafik.3.</b> DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100 bin Kişiyeye Düşen Psikiyatri Yatak Sayıları.....	10
<b>Grafik.4.</b> DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100 bin Kişiyeye Düşen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Sayıları.....	12
<b>Grafik.5.</b> Türkiye ve 21 AB Ülkesinde 100 bin Kişiyeye Düşen Uzman Doktor Sayıları.....	13
<b>Grafik.6.</b> DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100 bin Kişiyeye Düşen Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Hemşire Sayıları.....	15
<b>Grafik.7.</b> 2010-2050 Yılları Arasında Projekte Edilen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Sayısı.....	50
<b>Grafik.8.</b> 2010-2050 Yılları Arasında Projekte Edilen Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Uzmanı Sayısı.....	51

## KISALTMALAR

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>Aile ve SPB:</b>	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>CPT</b>	: European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Avrupa İşkence ve İnsanlık Dışı veya Aşğılayıcı Muamele ya da Cezayı Önlenme Komitesi)
<b>ÇİM</b>	: Çocuk İzlem Merkezi
<b>ÇPGD</b>	: Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme
<b>DALY</b>	: Disability Adjusted Life Years (İşlevsizliğe Adapte Edilmiş Yaşam Yılları)
<b>D.H.</b>	: Devlet Hastanesi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EAH</b>	: Eğitim Araştırma Hastanesi
<b>GATA</b>	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
<b>ISO</b>	: Uluslar Arası Standartlar Organizasyonu
<b>KİM</b>	: Kadın İzlem Merkezi
<b>KSGM</b>	: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
<b>MDRI</b>	: Mental Disability Rights International (Uluslar Arası Ruhsal Özürlü Hakları Derneği)
<b>MEB</b>	: Milli Eğitim Bakanlığı
<b>NIMH</b>	: National Institute of Mental Health (Amerika Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü)
<b>ÖZİDA</b>	: Özürlüler İdaresi Başkanlığı
<b>PDR</b>	: Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik
<b>RAM</b>	: Rehberlik Araştırma Merkezi
<b>RSHH</b>	: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
<b>RTÜK</b>	: Radyo ve Televizyon Üst Kurulu
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SHÇEK</b>	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
<b>STK</b>	: Sivil Toplum Kuruluşu
<b>TBMM</b>	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TCK</b>	: Türk Ceza Kanunu
<b>THGM</b>	: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
<b>TMK</b>	: Türk Medeni Kanunu
<b>TİB</b>	: Telekomünikasyon İdaresi Başkanlığı
<b>TSM</b>	: Toplum Sağlığı Merkezi
<b>TRSM</b>	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
<b>TUS</b>	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
<b>YLD</b>	: Years Lost with Disability (Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları)
<b>YLL</b>	: Years of Life Lost (Ölümlle Kaybedilen Yaşam Yılları)
<b>YÖK</b>	: Yüksek Öğretim Kurumu



## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığı politikasını; ruh sağlığını geliştiren ve ruhsal bozuklukların toplumsal yükünü azaltan prensipler, değerler ve amaçlar kümesinin düzenlenmesi olarak tanımlamaktadır. Ruh sağlığının insan gelişimi ve yaşam kalitesi ile sıkı bir biçimde ilişkili olması, ruhsal bozuklukların dünya genelinde belirgin bir hastalık yükü oluşturması ve ruh sağlığı ile ilgili girişimlerin yaşama geçirilmesi için pek çok farklı sektörün katılımının gerekmesi sebebiyle ülkelere ruh sağlığı politikası, eylem planları ve programları oluşturmalarını önermektedir.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanırken Sağlık Bakanlığının 2006 yılında yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni esas alınmıştır. Bu Eylem Planı'nın amacı; merkeze bireylerin ihtiyacını alan ruh sağlığı hizmetlerinin, uygun yöntemle yeterli bir biçimde verilmesini sağlayan bir hizmet ağının kurulmasıdır. Bu amaç doğrultusunda hazırlanan Plan ile ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavi ve bakımlarında hasta merkezli yaklaşımın temel alınması, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülkemizde yerleşmesi hedeflenmiştir.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, şimdiki sağlık stratejilerinin 2023 yılı itibariyle Türkiye'deki yansımalarına göre 2011–2023 dönemini üç aşamalı olarak kapsamaktadır.

Kısa vadeli aktiviteler: 2011-2012

Orta vadeli aktiviteler: 2013-2016

Uzun vadeli aktiviteler: 2017-2023

Bu Eylem Planı'nda kısa ve orta vadeli aktiviteler ayrıntılı olarak planlanmış, genel yol haritası belirlenmiş; uzun vadeli aktivitelerin 2016 yılı itibarı ile gözden geçirilerek ayrıntılandırılmasına karar verilmiştir.

Eylem Planı'nda ruh sağlığı hizmetleri bir bütün olarak ele alınmış, bu hizmetlerin diğer sağlık hizmetlerine entegre bir şekilde organize edilmesi ve planlanmasına çalışılmıştır. Bu metnin ilk bölümünde eylem planının hazırlanma süreci ve ülkemizin ruh sağlığı profilinin mevcut durumu anlatıldıktan sonra planlanan eylemler bütünün parçaları olarak ele alınmış, son bölümde de amaçlar, hedefler, stratejiler ve aktiviteler tablolar halinde verilmiştir.



# BÖLÜM I

## ULUSAL RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI GELİŞTİRME SÜRECİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaklaşık otuz yıldır (1984, 1987, 1996), ülkelerin ruh sağlığı politika metinleri olmasının, yeterli ve kaliteli ruh sağlığı hizmeti sunulabilmesi için ana ve güçlü bir araç olduğunu vurgulamaktadır. Ulusal ruh sağlığı politikalarının öneminin yaygın bir şekilde kabulüne rağmen DSÖ 2001 verilerine göre, ülkelerin ancak %60'ının ruh sağlığı politikasının olduğu görülmektedir. Ayrıca, farklı ülkelerdeki ruh sağlığı politika ve planlarının içerik ve biçimlerinde ciddi farklılıklar mevcuttur.

Türkiye Cumhuriyeti ruh sağlığının geliştirilmesi için gerekli gördüğü değerler, prensipler ve hedefleri 2006 yılında “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” olarak kabul etmiştir. Politika metninin kabulü sonrasında “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı” geliştirme çalışmalarına başlanmış bu çerçevede ülke genelinde psikiyatri hizmeti veren kurum temsilcilerinin, akademisyenlerin ve sivil toplum kuruluşlarının katılımı ile bir dizi toplantı yapılmıştır. Hazırlanan taslak metin için ulusal katılımcıların yanı sıra DSÖ adına çalışan ruh sağlığı politikaları konusunda uzmanlar ile de değerlendirme toplantıları ve atölye çalışmaları düzenlenmiş, sonuçta somut aktiviteler belirlenmiştir.

Bu Eylem Planı'nın hazırlanmasında Dünya'da ve ülkemizde ruh sağlığı alanında yaşanan yol gösterici gelişmeler aşağıda kısaca aktarılmaya çalışılmıştır.

### 1.1. ULUSLAR ARASI GELİŞMELER

1945-1975 yılları arasında olgunlaşan görüşler doğrultusunda “herkes için sağlık” yaklaşımının Dünya Sağlık Örgütü tarafından öne çıkartılmasıyla hakkaniyetli ve eşit sağlık politikalarının yaygınlaştırılmaya çalışılması önem kazanmıştır. 1977 yılında Cenevre'de yapılan Dünya Sağlık Asamblesi ve 1978 yılında Alma-Ata'da yapılan konferansla birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlıklı bir toplum yaratmada anahtar rol oynadığı üzerinde önemle durulmuştur.

Alma-Ata konferansında, yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmamasının değil, bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturduğu sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve bunun da mümkün olan en iyi seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal amaçlardan olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörün çabasının gerektiği gerçeği vurgulanmıştır.

1998 yılında Kopenhag'da yapılan 48. Avrupa Bölge Komitesi toplantısında “herkes için sağlık” yaklaşımı olgunlaştırılarak “Sağlık 21” başlığıyla 21'inci yüzyıl için sağlık alanında 21 hedef belirlenmiştir. Sağlıkta dayanışma, hakkaniyet, yaşama sağlıklı başlanması, gençlerin sağlığı, yaşlıların sağlığı başlıklarından sonra 6. hedef ruh sağlığının geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Bu başlığın altında ruh sağlığı ile ilgili “2020 yılına kadar insanların

psikososyal iyilik halinin geliştirilmesi ve ruh sağlığı sorunu olan insanların ulaşabileceği daha kapsamlı hizmetlerin oluşturulması gerektiği” belirtilmiş ve alt hedefler olarak da:

- Sağlığı kötü yönde etkileyen ruh sağlığı sorunlarının prevalansının azaltılması ve insanların stresli yaşam olayları ile başa çıkabilme yeteneğinin artırılması gerektiği,
- Halen yüksek intihar hızlarına sahip ülkelerde ve nüfus gruplarında intihar hızının en az üçte bir oranında azaltılması gerektiği,

belirlenmiştir.

DSÖ Avrupa Bölgesi, üyesi olan ülkelerden, “herkes için sağlık” konusunda kendi stratejilerini belirlemelerini istemiştir.

2005 yılında Helsinki’de DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri sağlık bakanlıkları temsilcilerinin katılımı ile gerçekleştirilen toplantı sonucunda Avrupa ülkeleri için bir ruh sağlığı eylem planı açıklanmıştır. Bu eylem planının ana başlıkları aşağıda özetlenmiştir:

1. Bütün bireyler için ruh sağlığını geliştirmek,
2. Halk sağlığı politikalarının ruh sağlığı hizmetlerine potansiyel etkisini dikkate almak,
3. Damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmek,
4. Riskli yaşam evrelerine özgü aktiviteler geliştirmek,
5. İntiharı ve ruh sağlığı sorunlarını önlemek,
6. Ruh sağlığı sorunları için iyi bir birinci basamak bakımına erişimi sağlamak,
7. Ağır ruhsal hastalığı olan kişiler için toplum temelli hizmetlerle etkin bakım sunmak,
8. Sektörler arasında işbirliği kurmak,
9. Yeterli ve yetkin işgücü oluşturmak,
10. Ruh sağlığının durumu ve ihtiyaçları ile ilgili yeterli bilgi temin etmek,
11. Yeterli ve kayda değer miktarda maddi kaynak sağlamak,
12. Etkinliği değerlendirmek ve yeni bulgular elde etmek için çalışmalarını desteklemek.

## **1.2. ULUSAL GELİŞMELER**

### **1.2.1. Sağlık 21**

DSÖ üye ülkelerden, “herkes için sağlık” konusunda kendi stratejilerini belirlemelerini istediğinden 1998 yılında Sağlık Bakanlığı ülkemiz için 2020 yılına kadar olan sağlık stratejilerini açıklamıştır. Belirlenen 10 hedeften 8’inci hedef “ruh sağlığının geliştirilmesi” ve alt başlığı da ‘2020 yılına kadar, halkın psiko-sosyal iyilik durumunu geliştirilmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak’ şeklindedir. Bu hedefler, 2001 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından “Sağlık 21, Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri” başlığıyla yayınlanmıştır.

### **1.2.2. Ruh Sağlığı Politika Metni**

2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından, DSÖ’nün ruh sağlığı politikaları ile ilgili önerdiği 7 modül ve bu alanla ilgili istenilen modern vurguları esas alan “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” metni yayınlanmıştır. Politika metnindeki temel öneriler şöyledir:

- Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi,
- Toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması,
- Ruh sağlığı alanına ayrılan paranın artırılması,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması,
- Ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması,
- Damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması,
- Ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması.

### **1.2.3. Ruh Sağlığı Yürütme Kurulu Çalışmaları**

Sağlık Bakanı’nın direktifi ile 2007 yılında üniversite ve eğitim hastanelerinden ruh sağlığı profesyonelleri ve ruh sağlığı alanında çalışan dernek temsilcilerinden oluşan Ruh Sağlığı Yürütme Kurulu kurulmuştur. Bu kurul ruh sağlığı alanında acil olarak yapılması gerekenler için 28 maddelik çerçeve niteliğinde bir eylem planı oluşturmuştur. Bu öneri paketi aynı zamanda sorunların da altını çizmektedir. Sorunlar ve sunulan öneri paketinin başlıkları şu şekildedir:

- Yatak sayısının artırılması,
- Ruh sağlığı çalışanlarının sayısının artırılması,
- Mevzuat çalışmalarının yapılması,
- Hizmet kalitesinin artırılması,
- Koruyucu ruh sağlığının geliştirilmesi.

## BÖLÜM II

### TÜRKİYE RUH SAĞLIĞI PROFİLİ

#### 2.1. TÜRKİYE'DE RUHSAL BOZUKLUKLARIN YAYGINLIĞI ve HASTALIK YÜKÜ

Gelişmekte olan ülkeler bedensel sağlık üzerine yoğunlaşırken, ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça ruh sağlığına yönelik vurgu artmaktadır. Gelişmiş ülkeler ruh sağlığı alanı için özel politikalar oluşturmaktadırlar.

Ülkemiz için ruh sağlığı alanında planlama yapmak için Sağlık Bakanlığı desteği ile gerçekleştirilmiş iki önemli çalışmanın bulgularına bakmak gereklidir.

1. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması
2. Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması

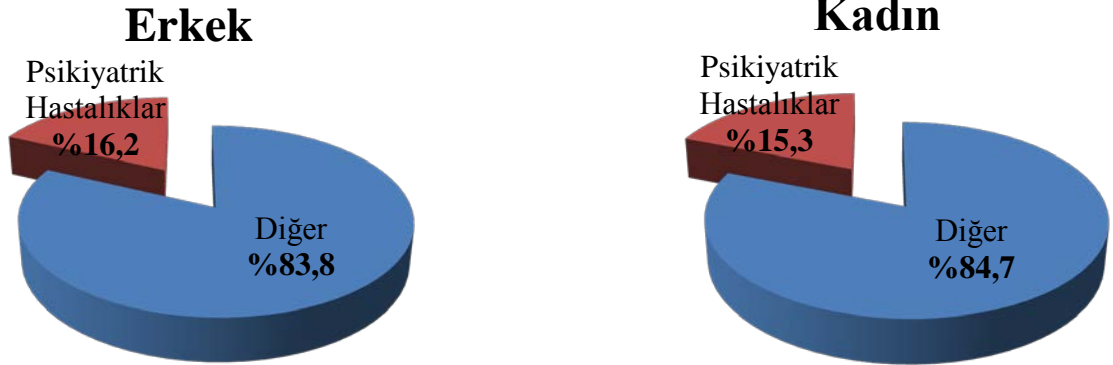
Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması Türkiye'de ruhsal hastalıkların sıklığı hakkında bilgi vermektedir. Bu çalışmada, Türkiye'de nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %11 olduğu bulunmuştur.

Bu bulgular tıpkı batı ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de ruhsal hastalıkların yaygın olduğunu göstermektedir.

Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda da benzer bulgular ortaya koyulmuştur. Hastalık yüğü çalışmaları ile o ülkenin olumsuz sağlık durumlarının nedenlerinin, düzeylerinin saptanması ve bu olumsuzlukların giderilmesi için politikalar belirlenmesine yarayacak veriler elde edilir. Ulusal düzeyde hastalık yüğü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir. Hastalık yükünün hesaplanmasında kullanılan "İşlevsizliğe Adapte Edilmiş Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years - DALY)" tanımının alt bileşenleri olan "Ölümlle Kaybedilen Yaşam Yılları (Years of Life Lost - YLL)" ve "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları'na (Years Lost with Disability - YLD)" bakıldığında, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı psikiyatrik hastalıkların aldığı görülmektedir. Cinsiyete göre YLD'ye sebep olan ilk 20 neden arasında erkeklerde beş psikiyatrik hastalığın, kadınlarda dört psikiyatrik hastalığın (1.sırada unipolar depresyon olmak üzere) yer aldığı görülmektedir (**Tablo.1.** ve **Grafik.1.**).

**Tablo.1.** Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yıllarının (YLD) İlk 20 Nedeninin Dağılımı (2004).

ERKEK			KADIN		
HASTALIK	YLD	%	HASTALIK	YLD	%
Osteoartrit	166.494	7,3	<u>Unipolar Depresif Bozukluklar</u>	<u>276.576</u>	<u>10,7</u>
<u>Unipolar Depresif Bozukluklar</u>	<u>146.608</u>	<u>6,4</u>	Demir Eksikliği Anemisi	180.828	7,0
<u>Alkol Kullanım Bozuklukları</u>	<u>99.351</u>	<u>4,4</u>	Osteoartrit	150.154	5,8
Yetişkinlikte Başlayan İşitme Kaybı	97.714	4,3	KOAH	98.271	3,8
Serebrovasküler Hastalıklar	72.827	3,2	Maternal Durumlar	95.882	3,7
KOAH	71.552	3,1	Yetişkinlikte Başlayan İşitme Kaybı	86.978	3,4
Perinatal Nedenler	66.15	2,9	Perinatal Nedenler	70.34	2,7
Demir Eksikliği	56.206	2,5	Romatoid Artrit	68.912	2,7
<u>Şizofreni</u>	<u>55.945</u>	<u>2,5</u>	Serebrovasküler Hastalıklar	64.495	2,5
Diabetes Mellitus	52.888	2,3	Migren	59.451	2,3
Konjenital Anomaliler	50.424	2,2	<u>Şizofreni</u>	<u>54.878</u>	<u>2,1</u>
Astım	46.023	2,0	Diabetes Mellitus	52.751	2,0
Inflamatuvar Kalp Hastalıkları	41.827	1,8	İyot Eksikliği	47.944	1,9
<u>Siddet</u>	<u>35.475</u>	<u>1,6</u>	Alzheimer ve Diğer Demanslar	45.216	1,8
Alzheimer ve Diğer Demanslar	34.473	1,5	Konjenital Anomaliler	43.847	1,7
İskemik Kalp Hastalığı	33.19	1,5	Astım	38.017	1,5
<u>Bipolar Affektif Bozukluklar</u>	<u>29.445</u>	<u>1,3</u>	<u>Bipolar Affektif Bozukluklar</u>	<u>34.111</u>	<u>1,3</u>
İlaç Kullanım Bozukluğu	28.4	1,2	İskemik Kalp Hastalığı	32.562	1,3
Epilepsi	27.481	1,2	<u>Panik Bozukluklar</u>	<u>30.116</u>	<u>1,2</u>
Migren	27.357	1,2	Düşmeler	27.796	1,1
Diğer Sebepler		45,6	Diğer Sebepler		39,5
<b>TOPLAM</b>	<b>2.278.407</b>	<b>100</b>	<b>TOPLAM</b>	<b>2.582.768</b>	<b>100</b>



**Grafik.1.** Özürlülükle Yaşam Yıllı Kaybettiren İlk 20 Neden İçinde Psikiyatrik Hastalıkların Oranı.

Çalışmayı yürüten araştırmacılar, Türkiye’de hem kentsel hem de kırsal alanda ruhsal bozuklukların önemli hastalık yükü oluşturduğu yorumunu getirmektedirler.

## 2.2. RUH SAĞLIĞI HİZMETİ VEREN SAĞLIK KURUMLARI

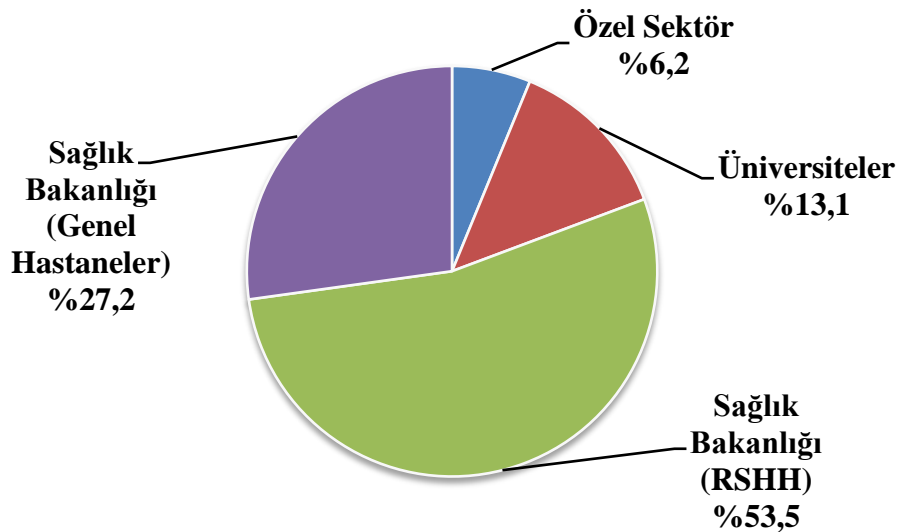
Ülkemizde yataklı tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, belediyeler, özel sektör, vakıf hastaneleri ve askeri hastaneler tarafından verilmektedir. Ruh sağlığı yataklı tedavi hizmetleri ise ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığına ait İstanbul, Samsun, Manisa, Adana, Elazığ, Trabzon ve Bolu illerinde toplam 8 adet Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (RSHH) mevcuttur. Ayrıca genel hastaneler içinde ve üniversite hastanelerinde yataklı tedavi ve poliklinik hizmetleri verilmektedir. Kamu sektörü dışında Ankara ve İstanbul'da özel ruh sağlığı hastaneleri vardır. Yine özel hastaneler bünyesinde yataklı psikiyatri hizmeti veren bölümler vardır. RSHH'lerinde ki adli, kronik bakım ve bağımlılık tedavisi için kullanılan yataklarda dâhil edilecek olursa ülkemizde ruh sağlığı hastalarına ayrılmış yatak sayısı 7356'dır (**Tablo.2.**).

Yataklı ruh sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından ve tüm yataklı hizmetin yarısından fazlası 8 RSHH bünyesinde verilmektedir. Üniversitelerin psikiyatri yatak sayıları 2 ile 122 arasındadır (ortalama= 24,7). Üniversitelerdeki toplam 968 yatağın 254 tanesi 3 üniversitededir. Bu arada, 5 özel ruh sağlığı hastanesindeki yataklar dışında özel sektördeki psikiyatri yatak sayısı sadece 42'dir (**Tablo.2.** ve **Grafik.2.**).

**Tablo.2.** Psikiyatri Yataklarının Hizmet Veren Kurumlara Göre Dağılımı (Ekim 2010).

	S.B. Genel Hastane Yatakları		S.B. RSHH Yatakları	Üniversite Yatakları	Özel RSHH Yatakları	Özel Hast. Yatakları
Yatak Sayısı (ortalama)	1-6 (2,5)	4-100 (19,8)				
Merkez Sayısı	71*	101	8	35	5	20
Toplam Yatak	187*	1999	3932	968	415	42
Genel Toplam				7356		

\*Aktif kullanılmayan yataklar



**Grafik.2.** Psikiyatri Yataklarının Hizmet Veren Kurumlara Göre Dağılımı.

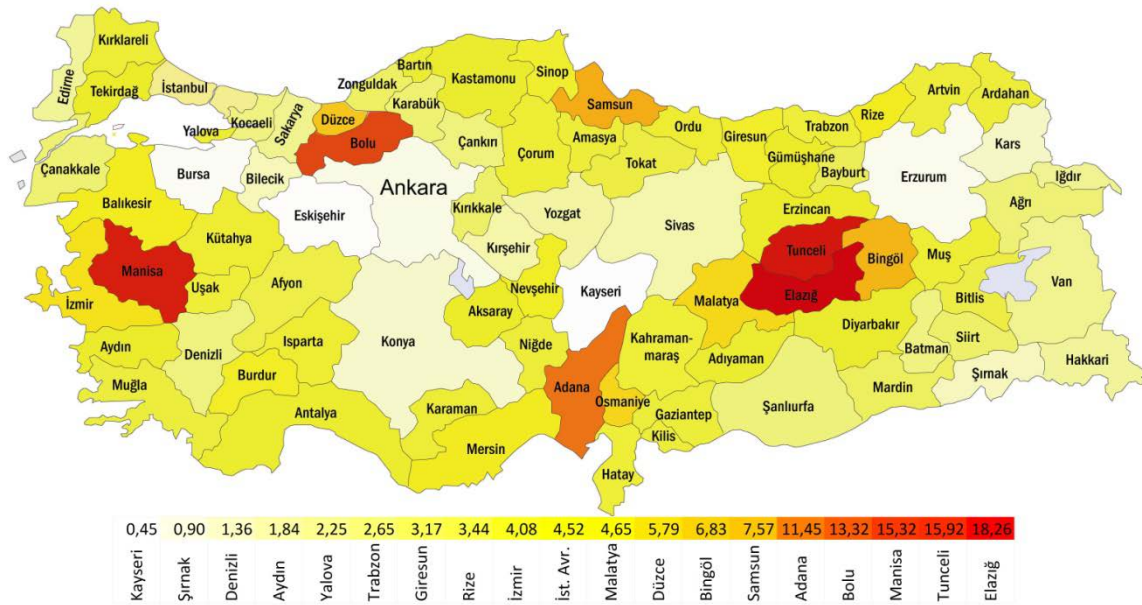
Ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri bölge temelinde verilmektedir. İstanbul Bakırköy, İstanbul Erenköy, Manisa, Bolu, Samsun, Adana, Elazığ ve Trabzon Ataköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri bölge hastaneleri olarak görev yapmaktadır. Diğer illerde teşhis, tedavi ve rehabilitasyonları sağlanamayıp sevki zorunlu görülen hastalar sorumlu bölge hastanelerine sevk edilmektedir (Şekil.1.).



**Tablo.3.** RSHH'lerin Kullanım Alanlarına Göre Yatak Dağılımları (2010).

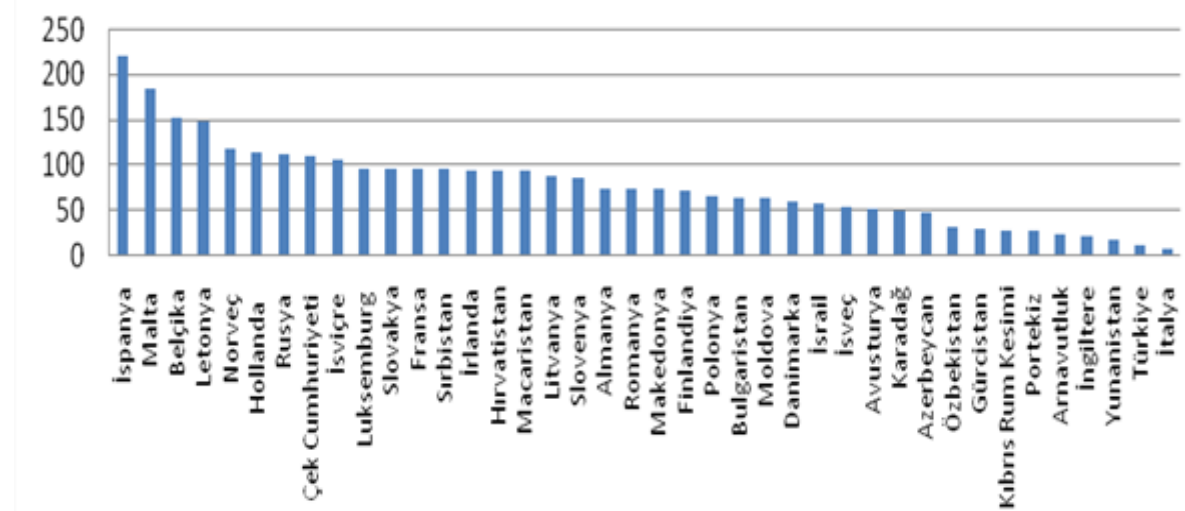
	SAMSUN	BOLU	ADANA	MANİSA	ELAZIĞ	BAKIRKÖY	ERENKÖY	ATAKÖY	TOPLAM
<b>Adli</b>	50		82	23	54	342			551
<b>Tutuklu</b>	5		36	12	14	50			117
<b>Kapalı Servis</b>	136	65	405	484	382	488	160	100	2220
<b>Açık Servis</b>	89	35	40				35		199
<b>Alkol ve Madde</b>	13		46	31	10	84			184
<b>Kronik</b>				160	20	364			544
<b>Çocuk ve Ergen</b>				31	10	56			97
<b>Korumalı Ev</b>					20				20
<b>TOPLAM</b>	<b>293</b>	<b>100</b>	<b>609</b>	<b>741</b>	<b>510</b>	<b>1384</b>	<b>195</b>	<b>100</b>	<b>3932</b>

RSHH'leri genellikle buldukları ilin hastalarına hizmet verseler de sorumlu oldukları illerden ve bazen bölge dışından da hasta kabul etmektedirler. **Şekil.2.**'de 2010 yılında RSHH'lerine her ilden yatırılan hasta sayısının o ildeki her 100 bin kişiye oranı verilmiştir. Örnek olarak: nüfusu 255.170 olan Bingöl'de ikamet eden 274 hasta 2010 yılında RSHH'lerinde ortalama 23,2 gün yatırılarak tedavi edilmiş ve Bingöl'deki her 100 bin kişi için yıl boyunca RSHH'lerinde 6,83 yatak kullanılmıştır. Bu tablo yeterli yatak hizmeti ve insan kaynaklarının var olan illerde hizmetten faydalanma oranının diğer illere göre fazla olduğunu ve toplum temelli modelin kurulacağı ülkemizde yatak planlamasının her 100 bin kişi için ortalama 13 yatak olarak hedeflenmesinin uygun olacağını göstermektedir.

**Şekil.2.** RSHH'lerine Her İlden Yatan Hasta Sayısının İldeki 100 bin Kişiye Oranı (2010).

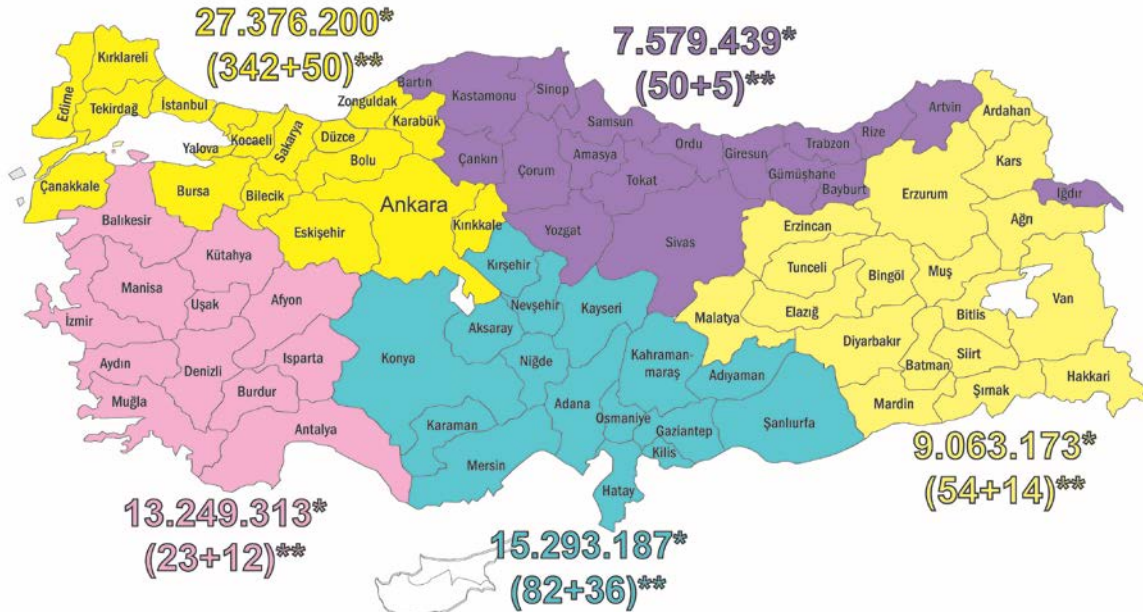


DSÖ 2008 verilerine göre Avrupa bölgesinde her 100 bin kişiye 8 akut psikiyatri yatağı düşen İtalya'dan sonra 100 bin kişiye 10 psikiyatri yatağı ile (adli ve kronik bakım ve bağımlılık tedavisi için kullanılan yataklar dahil) Türkiye ikinci en az yatak sayısına sahip ülkedir. (**Grafik.3.**) Ancak İtalya'da bakım yatakları da dahil edildiğinde tüm psikiyatri yatak sayısı 100 bin kişiye 33 yatak olmaktadır.



**Grafik.3.** DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100 bin Kişiye Düşen Psikiyatri Yatak Sayıları (2008).

Adli psikiyatri yatakları ise sadece Bakırköy, Manisa, Adana, Samsun ve Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde bulunmaktadır. Adli psikiyatri hizmetleri de bölge mantığıyla verilmektedir (**Şekil.3.**).



**Şekil.3.** RSHH'lerinin Sorumlu Oldukları Adli Psikiyatri Bölgeleri,

\* Sorumlu Olunan Nüfus (2009),

\*\* (Adli Psikiyatri Servisi Yatak Sayısı + Tutuklu Servisi Yatak Sayısı).

Avrupa ve Amerika'da 1800'lü yıllardan beri akıl hastanesi kavramıyla birlikte ortaya çıkan yüksek güvenliqli psikiyatri kurumları ülkemizde henüz kuruluş aşamasındadır. Ülkemizdeki adli psikiyatri yatakları RSHH'lerindeki 668 yataktan ibarettir ve 100 bin kişiye 0,9 yatak düşmektedir. RSHH'lerindeki yatakların kullanım alanlarına göre dağılımını gösteren **Tablo.3.**'de adli psikiyatri yataklarının %60'a yakınının Bakırköy RSHH'sinde olduğu görülmektedir.

Adli psikiyatri yatak kavramı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu sebeple DSÖ'nün bu konuda yaptığı istatistikler standardize edilememektedir. **Tablo.4.**'de gösterilen DSÖ verilerine göre Avrupa Bölgesindeki adli psikiyatri yatak sayılarına bakılırsa optimum yatak sayısının ne olması gerektiği konusunda fikir elde edilememektedir. Bunun sebebi her ülkenin ceza hukuku ve adli psikiyatri sistemi farklı olduğundan yatakların belirli bir standardı olmamasıdır. Bazı ülkeler DSÖ'ye sadece yüksek güvenliqli yatak sayısını bildirirken diğerleri buna ilave olarak orta ve düşük güvenliqli yatak sayılarını veya cezaevi gibi diğer kurumlarda bu amaçla kullanılan yatak sayılarını da bildirmektedir. Ancak Almanya'nın ceza hukuku sistemi ülkemizdekine çok benzediğinden bu ülkenin sahip olduğu 100 bin kişiye düşen 10,5 yatak sayısı planlama yaparken yol gösterici olabilir.

**Tablo.4.** DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100 bin Kişiyeye Düşen Adli Psikiyatri Yatak Sayıları (2008).

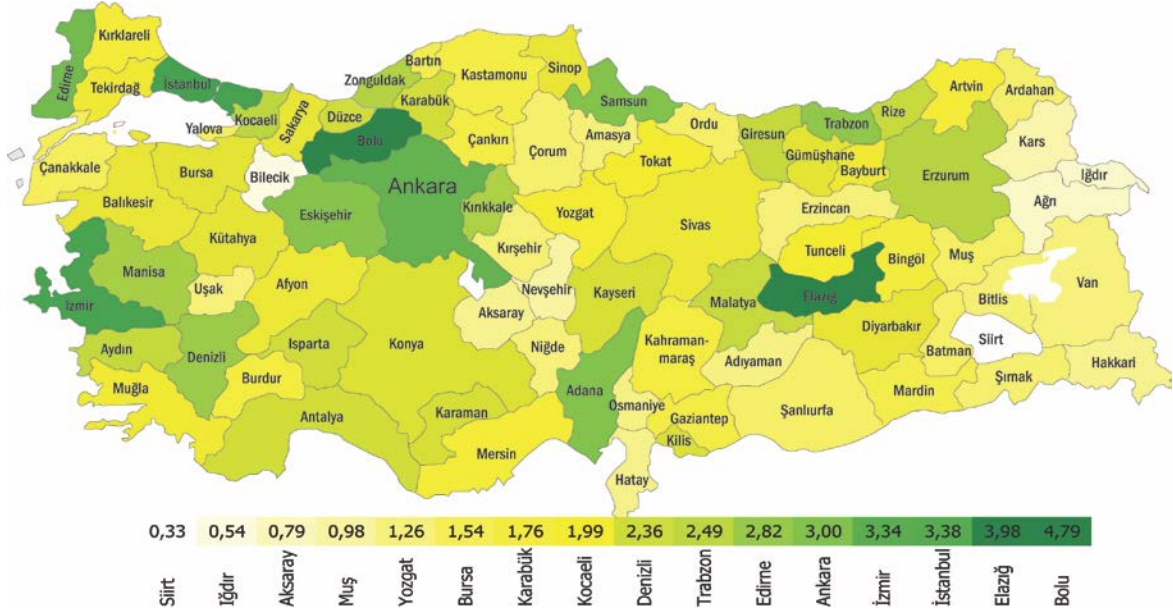
Ülke	Yatak Sayısı	Ülke	Yatak Sayısı
Slovakya	20,0	Moldova	3,0
İsveç	15,0	Yunanistan	2,7
Litvanya	14,0	İsrail	2,0
Almanya	10,5	Polonya	2,0
Finlandiya	8,0	İrlanda	1,8
Avusturya	7,8	İtalya	1,8
Gürcistan	7,4	Rusya Federasyonu	1,6
Sırp Cumhuriyeti	7,1	Bosna Hersek Federasyonu	1,2
Letonya	7,0	Arnavutluk	1,0
Azerbaycan	4,3	Malta	1,0
Hollanda	4,0	İspanya	0,9
Romanya	4,0	Portekiz	0,2
Belçika	3,0	Lüksemburg	0,0

Dünyadaki uygulamalarda çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde yataklı kurumlar ve gündüz hastaneleri de yer almaktadır. Ülkemizde de 50'si madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara ayrılmış olmakla birlikte toplamda 199 çocuk-ergen psikiyatri yatağı bulunmaktadır. Akut durumlarda çocuk-ergen hastalar bazen ebeveynlerinin refakatiyle erişkin servislerine yatırılmaktadır.

## 2.3. İNSAN GÜCÜ

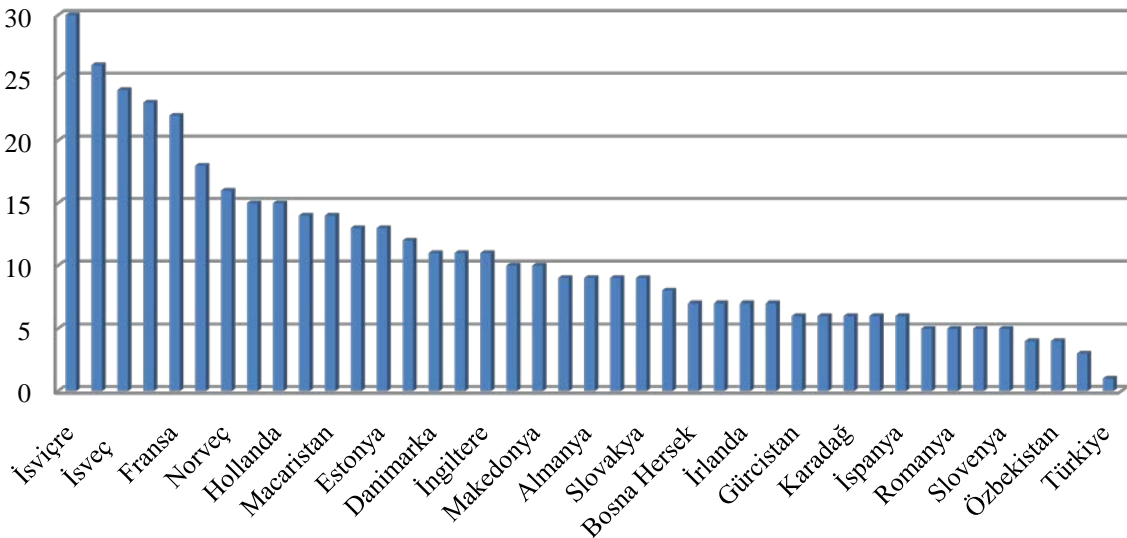
### 2.3.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

Türkiye’de Mart 2011 itibariyle aktif olarak çalışan 1625 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunmaktadır. Bu kişilerin 862’si Sağlık Bakanlığı, 277’si üniversitelerde çalışırken 486 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı özel sektörde hizmet vermektedir. Ülkemizde 100 bin kişiye düşen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı 2,20’dir. İllere göre 100 bin kişiye düşen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayıları Ekim 2010 itibariyle **Şekil.4.**’de gösterilmiştir.



**Şekil.4.** İllere Göre 100 bin Kişiye Düşen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Sayısı.

Avrupa Birliği’nin 15 ülkesinde 100 bin kişiye ortalama 12,9 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı düşmektedir. DSÖ Avrupa bölge ülkeleri içinde en az ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı oranına sahip olan ülke Türkiye’dir (**Grafik.4.**).



**Grafik.4.** DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100bin Kişiye Düşen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Sayıları (2008).

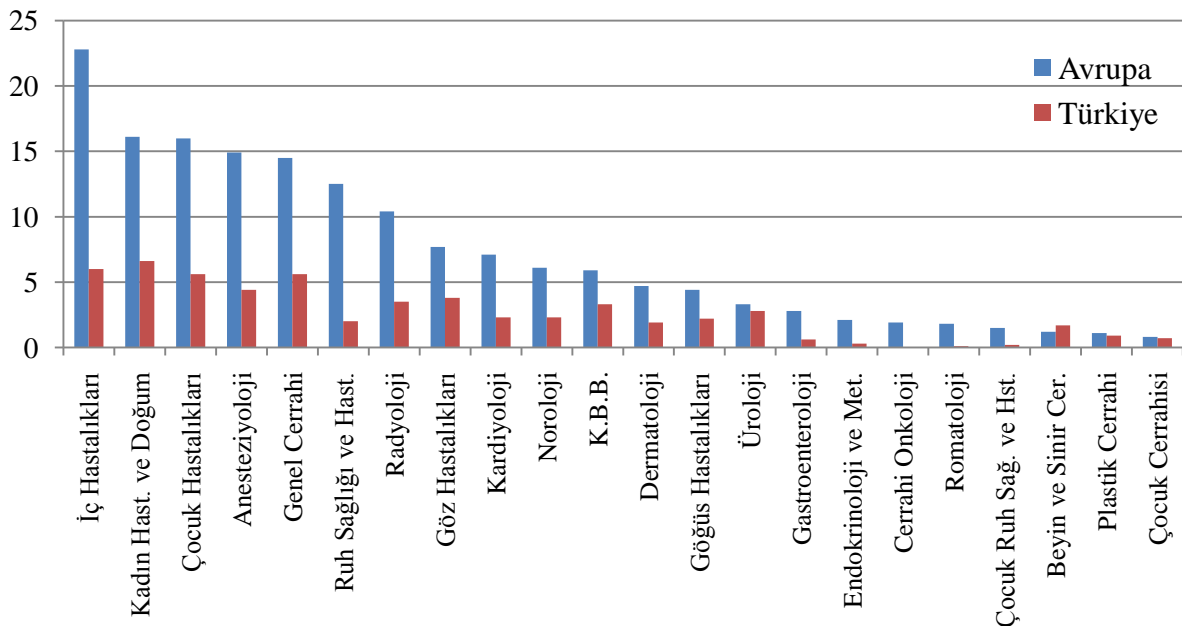
### 2.3.2. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de Mart 2011 itibariyle aktif olarak çalışan 206 çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunmaktadır. Bu kişilerin 82’si Sağlık Bakanlığı, 87’si üniversitelerde çalışırken 37 çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı özel sektörde hizmet vermektedir. Ülkemizde 100 bin kişiye düşen aktif çalışan çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı 0.28’dir. Ekim 2010 tarihinde ülkedeki çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı dağılımını gösteren **Şekil.5.**’de 45 ilimizde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı olmadığı görülmektedir.



**Şekil.5.** Türkiye’de Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. Uzmanı Dağılımı (Ekim, 2010).

DSÖ Avrupa Bölgesinde 100 bin kişiye düşen çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanı ortalaması 1,5’dir. **Grafik.5.**’de Avrupa ortalamasıyla kıyaslandığında Türkiye’de üst ihtisas gerektirmeyen branşlarda en az uzmanın psikiyatri (1/5,9) ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları (1/5,4) branşlarında olduğu görülmektedir.



**Grafik.5.** Türkiye ve 21 AB Ülkesinde 100 bin Kişiye Düşen Uzman Doktor Sayıları (2010).

### 2.3.3. Psikolog

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de sağlık alanında aktif olarak çalışan 1370 psikolog bulunmaktadır (Mart 2011). Bu kişilerin 918’i Sağlık Bakanlığında, 183’ü üniversitelerde, 269’u ise özel sektörde hizmet vermektedir. 2010-11 eğitim yılı itibariyle ülkemizde 40 üniversitede 2632 psikoloji öğrencisi kontenjanı vardır. Ülkemizde 100 bin kişiye düşen sağlık alanında aktif çalışan psikolog sayısı 1,85’dir. DSÖ verilerine göre Avrupa bölge ülkelerinde hizmet veren psikolog oranları **Tablo.5.**’de gösterilmiştir.

**Tablo.5.** DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100 bin Kişiye Düşen Psikolog Sayıları (2008).

ÜLKE	Psikolog Sayısı	ÜLKE	Psikolog Sayısı
Avusturya	63,0	İtalya	3,2
Finlandiya	47,2	Slovakya	3,0
Norveç	35,0	Bosna Hersek	0,5-3*
Hollanda	30,0	Rusya	2,4
Yunanistan	14,0	Portekiz	2,3
İsrail	10,6	Sırbistan	2,0
Danimarka	10,0	Makedonya	2,0
Letonya	7,0	Slovenya	1,7
Kıbrıs Rum Kesimi	6,7	Karadağ	1,5
Macaristan	6,0	Litvanya	1,0
Malta	6,0	Özbekistan	1,0
Polonya	4,9	Gürcistan	1,0
İngiltere	3-4,3*	Bulgaristan	0,8
İspanya	4,0	Arnavutluk	0,5

\*Ülkeler tarafından farklı bölgeler için farklı rakamlar bildirilmiştir.

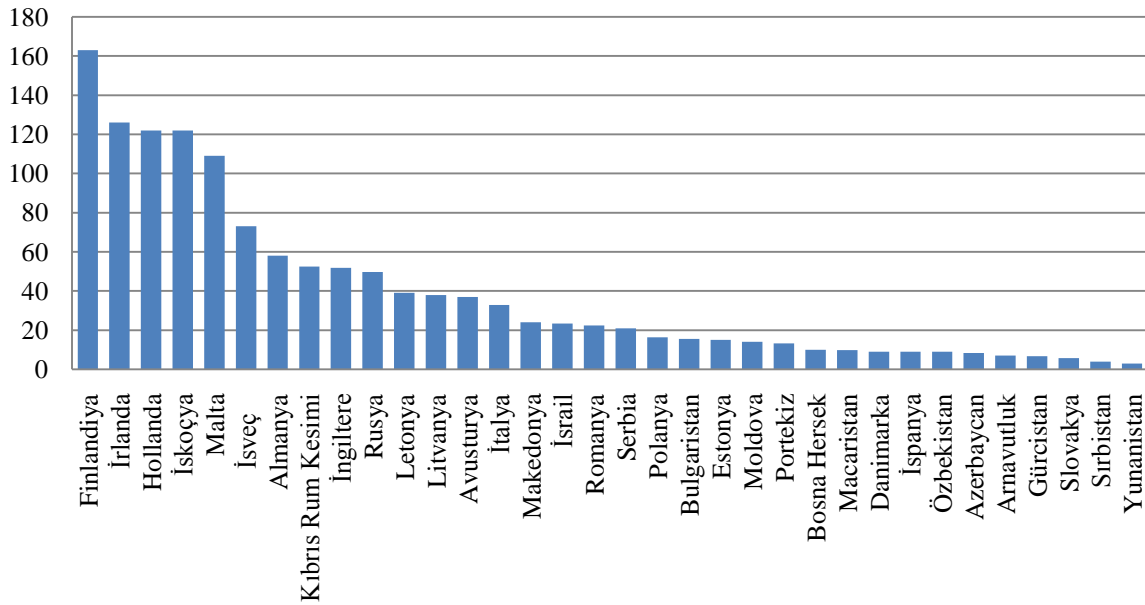
### 2.3.4. Sosyal Çalışmacı

Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi’ni Şubat 2011’de yayınlanmıştır. Bu yönerge ile Bakanlığa bağlı çalışan sosyal çalışmacıların görev tanımları ve çalışma prosedürleri detaylı tanımlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de sağlık alanında aktif olarak çalışan 613 sosyal çalışmacı bulunmaktadır (Mart 2011). Bu kişilerin 529’u Sağlık Bakanlığında, 71’i üniversitelerde çalışırken 13 sosyal çalışmacı özel sektörde hizmet vermektedir. 2010-11 eğitim yılı itibariyle ülkemizde 10 üniversitede 678 sosyal hizmetler kontenjanı vardır. Ülkemizde 100 bin kişiye düşen aktif çalışan sosyal çalışmacı sayısı 0,92’dir.

### 2.3.5. Hemşire

Türkiye’de 2010 yılı itibariyle ruh sağlığı alanında çalışan hemşire sayısı ise 1.677’dir. Ancak ruh sağlığı alanında çalışanların sertifikasyon ve sürekliliğini sağlamada sorunlar yaşanmaktadır. Ülkemizde 12 üniversitede hemşirelere psikiyatri yüksek lisans eğitimi verilmektedir. Ruh sağlığı alanında yüksek lisans yapmış 179 hemşire varken 47 hemşire de yüksek lisans eğitimine devam etmektedir (Mart 2010). Çeşitli ülkelerde ruh sağlığı alanında çalışan hemşire sayıları **Grafik.6.**’da verilmiştir. Türkiye’de toplam 150.649 ebe ve hemşire olduğunu göz önüne alırsak bunların yaklaşık %1,1’ i ruh sağlığı alanında görev yapmaktadır denebilir.



**Grafik.6.** DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100 bin Kişiye Düşen Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Hemşire Sayıları (2008).

## BÖLÜM III

### 2011-2016 YILLARI İÇİN PLANLANAN EYLEMLER

#### 3.1. RUH SAĞLIĞI HİZMET YÖNETİMİNİN REORGANİZASYONU

Ruh sağlığı alanındaki yürütülen faaliyetleri değişik şekillerde sınıflamak mümkündür. Ülkemizdeki kurumların işlevleri açısından bu faaliyetleri üçe ayırabiliriz:

1- Psikiyatri hastalarına verilen hizmetler (poliklinik, yataklı tedavi, bakım evleri, korumalı evler vb.),

2- Hasta olmayan kişilere verilen ruh sağlığı alanıyla ilgili hizmetler (şiddete uğramış kadınlara yönelik hizmetler, çocuğun ruhsal gelişimi ve ebeveynlikle ilgili hizmetler, sürücü davranışını geliştirmeye yönelik hizmetler vb.),

3- Ruh sağlığı alanıyla ilgili genel veya kurumsal faaliyetler altında yer alan hizmetler (adli tıp, denetimli serbestlik, medya ve internetin etkileri vb.).

Bu üç alandaki hizmetin farklı aşamaları genellikle farklı kurumlar tarafından verildiği için kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon, hizmet kalitesi açısından vazgeçilmezdir.

##### 3.1.1. Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Kurumlar

Ruh sağlığı yaşamın birçok alanını ilgilendirdiğinden çok sayıda resmi ve sivil kurum bu alanda faaliyet göstermektedir. Haziran 2011 tarihinde kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına birçok farklı kurumun bu konuyla ilgili görevleri devredilmiş olsa da, aşağıda bu tarihe kadar var olan kamu kurumlarının ilgili birimleri ve/veya faaliyet gösterdikleri alanların başlıkları özet olarak listelenmiştir.

#### SAĞLIK BAKANLIĞI

- Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı
- Bölge psikiyatri hastaneleri veya psikiyatri klinikleri
- Psikiyatri poliklinikleri
- İl sağlık müdürlükleri ve 112 acil servis hizmetleri

#### ÜNİVERSİTELER

- Psikiyatri klinikleri ve poliklinikleri

#### ADALET BAKANLIĞI

- Adli Tıp Kurumu
- Denetimli serbestlik ve yardım şubesi müdürlükleri
- Adalet Bakanlığını ilgilendiren diğer konular
  - Tutuklu hastalar
  - Muhafaza tedavi altına alınan hastalar
  - Müşahede altına alınan hastalar
  - TMK 432-437 (Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması)

- TMK 446-447 (Küçüklerde vesayet)
- TCK 57 (Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri)
- Mahkemelerin bilgi sorması veya bilirkişilik
- Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun
  - Madde18. Akıl hastalığı dışında ruhsal rahatsızlığı olan hükümlülerin cezalarının infazı
  - Madde104. Denetimli serbestlik ve yardım merkezleri ile koruma kurulları

## **KADIN VE AİLEDEN SORUMLU DEVLET BAKANLIĞI**

- SHÇEK
  - Çocuk yuvaları
  - Bakım evleri
  - Korunmalı evler
  - Özürlülere verilen hizmetler
- Özürlüler İdaresi Başkanlığı
- Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığını ilgilendiren diğer konular
  - Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele
  - Çocuk istismarını önleme

## **ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI**

- Korunmalı işyerleri

## **MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI**

- Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü
  - Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetleri Dairesi Başkanlığı
  - Özel Eğitim Dairesi Başkanlığı
- Rehberlik ve Araştırma Merkezleri
- Eğitim Kurumlarındaki Rehberlik ve Psikolojik Danışma Servisleri
- Özel Eğitim Hizmeti Veren Okul ve Kurumlarda Yer Alan Rehberlik ve Psikolojik Danışma Servisleri

## **İÇİŞLERİ BAKANLIĞI**

- Emniyet teşkilatlanması
- Kaymakamlıklar
- İçişleri Bakanlığını ilgilendiren diğer konular
  - 5393 Belediyeler Kanununun uygulanmasının takibi
  - İntihara müdahale
  - Krize müdahale
  - Eksite hastaya müdahale
  - Bağımlılık kontrol programları



## ULAŞTIRMA BAKANLIĞI

- Psikoteknik Değerlendirme ve Sürücü Davranışını Geliştirme
- İnternet ve Etkileri

## RTÜK

- Medya ve Etkileri

## DİĞER

- Belediyeler
- Askerlik şubeleri
- Jandarma

**Sağlık Bakanlığı** görevi tanımı gereği, tedavi ve koruyucu sağlık hizmeti vermekle yükümlüdür. Ancak ruh sağlığı alanındaki birçok faaliyet tedavi veya koruyucu sağlık hizmetinin bir parçası olarak düşünüldüğünden yaşanan tüm sorunların sorumlusu Sağlık Bakanlığı gibi algılanmaktadır.

**Üniversiteler** ağırlıklı olarak psikiyatri uzmanlık eğitimi vermektedirler. Toplam psikiyatri yataklarının %13,1'i bu kurumlardadır.

**Adalet Bakanlığı** ruh sağlığı alanında hizmet alan konumundadır. Bu alanda aldığı hizmetlerin norm ve kurallarını Adalet Bakanlığı kendisi belirlemekte diğer kurumlar buna uymaktadır.

**Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)** misyonunu “Nitelikli bir yaşam sürdürmekte güçlük çeken birey ve grupların; maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesinin ve ihtiyaçlarının karşılanmasının bir insan hakkı olduğu anlayışı içinde, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü, alanla ilgili olan kesimler ile işbirliği içerisinde yürütmek” olarak tanımlamaktadır. **Özürlü Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığının** görevleri ise 14.11.1984 tarihli ve 3121 sayılı Bakan Oluru ile “a) Bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeniyle normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olan her yaş grubundaki özürlü kişilerin korunması, bakımı, rehabilitasyonu ve toplum içinde bağımsız olarak yaşamalarını temin edici hizmetleri ve faaliyetleri düzenlemek” şeklinde belirlenmiştir. Ancak yakın zamana kadar SHÇEK ruhsal özürlüleri faaliyet alanı içine almamış, bakım evlerinde sadece zihinsel ve bedensel özürlülerin kalmasına izin vermiştir. Son dönemde tutumunu hızla değiştiren kurum insan kaynaklarındaki sorunlarına rağmen ruhsal özürlü kişilere hizmet götürmeye başlamıştır.

**Özürlüler İdaresi Başkanlığı** ise 1997 yılında “Özürlülüğün önlenmesi, eğitim, istihdam, rehabilitasyon, topluma uyum ve diğer konularda ilgili kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak” amacıyla kurulmuştur. Bu kurum özürlülerle ilgili mevzuatı kısa sürede dünyadaki en iyi örneklerden biri haline getirmiştir ancak mevzuatın uygulanmasında sorunlar yaşanmaktadır.

**Milli Eğitim Bakanlığı** eğitim – öğretim faaliyetleri dışında sağlığın korunması ve psikososyal yönden sağlıklı gelişimin desteklenmesi konusunda yalnız öğrencilere değil, anne-baba, eğitimci ve eğitim yöneticileri gibi okul sistemi içinde yer alan tüm bireylere yönelik faaliyetler yürütülmektedir

Milli Eğitim Bakanlığının teşkilatlanmasında Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında Özel Eğitim Dairesi Başkanlığı ve Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetleri Dairesi Başkanlığı bulunmaktadır. Bu başkanlıkların yapısı aşağıdaki gibidir:

– **Özel Eğitim Dairesi Başkanlığı**

1. Program Geliştirme ve Kaynaştırma Eğitim Şubesi
2. Zihinsel Engellilerin Eğitimi Şubesi
3. Sosyal ve Duygusal Güçlüğü Olanların Eğitim Şubesi
4. Bedensel Engellilerin Eğitimi Şubesi
5. Özel Yeteneklilerin Eğitimi Şubesi

– **Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetleri Dairesi Başkanlığı**

1. Rehberlik ve Araştırma Merkezleri (RAM) Şubesi
2. Eğitsel ve Mesleki Rehberlik Şubesi
3. *Kişisel ve Psikososyal Hizmetleri Şubesi*
4. Psikolojik Ölçme Araçları Şubesi

Bu şubelerin tamamı hizmet verdiği bireylerin ruh sağlığını da dikkate almaktadır bununla birlikte, özellikle ruh sağlığı konusuna odaklı olarak hizmet vermekte olan şube, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetleri Dairesi Başkanlığı altında yer alan Kişisel ve Psikososyal Hizmetleri Şubesi'dir.

### **3.1.2. Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulu**

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, sadece sağlık hizmetlerine yoğunlaşan bir yapı oluşturmak amacıyla Sağlık Bakanlığı şeklinde yeniden yapılandırıldığında daha önce yürütülen sosyal hizmetler bu alana özelleşmiş yeni ve eski kurumlara devredilmiştir. Halen bedensel, zihinsel ve ruhsal özürlülere birçok farklı kurum hizmet üretmektedir. Her kurum kendi içinde çeşitli projeler geliştirmekte ve uygulamaktadır. Kurumların hizmet alanları farklı tanımlanmış olsa da bazen bu hizmetler çakışmakta ve tekrar niteliğinde olabilmektedir. Bazı hizmetlerin ise sorumlusu tanımlanmadığı için boşluk oluşabilmekte ve bu nedenle, ruhsal özürlüler yaşamın tüm alanlarında ihtiyaç duydukları kapsayıcı ve bütünlük içeren bir destekten mahrum kalmaktadırlar.

DSÖ yayınladığı metinlerde ruh sağlığı hizmetlerinin koordinasyonunun önemini vurgulamakta ve bir yürütme veya yönlendirme kurulunun gerekliliğinin altını çizmektedir. Avrupa ülkeleri incelendiğinde ruh sağlığı yürütme/yönlendirme kurulu açısından her ülke kendi yapısına göre farklı modeller uygulamaktadır. Örneğin, İngiltere'de Sağlık Bakanlığı,

belediyeler, kamu görevlileri ve klinisyenlerden oluşan Ulusal Ruh Sağlığı Hizmet Ekibi ilgili tüm kurumları desteklemekte ve koordine etmektedir. Almanya’da ruh sağlığı hizmetleri yerel yapılanma ile yürütülmesine rağmen Sağlık Bakanlığı çatısı altında oluşturulan ve doktorlar, hastalar, bakım verenler, kamu sağlığı yetkilileri ve politikacılardan oluşan bir komite, uzmanların görüşlerinin yetkililere iletilmesini ve yeni projelerin başlatılmasını sağlamaktadır. İsveç, Finlandiya, Norveç, Danimarka, İsviçre ve İspanya’da bölgesel sağlık kurulları veya danışma kurulları mevcuttur. Toplum temelli ruh sağlığı modelini çok iyi uygulayan ülkelerden Hollanda’da bir yürütme kuruluna ihtiyaç duyulmadığı belirtilmekte ise de Fransa ve İtalya’da böyle bir kurulun kurulma süreci başlatılmış durumdadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün Arnavutluk, Sırbistan, Hırvatistan, Bulgaristan, Bosna-Hersek, Macaristan, Makedonya, Moldova ve Romanya gibi güney doğu Avrupa ülkelerinde yürüttüğü SEE Projesi çerçevesinde, toplum temelli modele geçiş süreci bu ülkelerde uluslar arası bir yürütme kurulu tarafından takip edilmektedir. Dünya örneklerinde ruh sağlığı alanında yürütme ve yönlendirme kurulu oluşturulduktan sonra üretilen faaliyetlerin çok anlamlı ivme kazandığı ve hizmetin daha az maliyetle daha fazla memnuniyet sağladığı görülmüştür.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı birçok farklı kurumun yürüttüğü sosyal hizmetleri tek elde toplayacağı için uygulamada kolaylık sağlayacaktır. Bu Bakanlığın altında yapılanan özellikle Çocuk Hizmetleri, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri ile Sosyal Yardımlar Genel Müdürlükleri ruh sağlığı hizmetleriyle ilişkili birçok alanda faaliyet yürütecektir. Ancak Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı veya Milli Eğitim Bakanlığı gibi kurumların yukarıda özetlenen ruh sağlığı ile ilgili faaliyetlerinin devam edeceği göz önüne alınırsa hem verimliliği hem de etkinliği artıracak kurumlar arası eşgüdümü sağlayacak bir yapılanmanın oluşturulması gerekmektedir. Ülkemizdeki kurumların teşkilatlanması göz önüne alındığında yürütme/yönlendirme kurulundan çok, çalışma usul ve esasları Başbakanlık tarafından çıkartılacak yönetmelikle belirlenecek bir koordinasyon kurulunun oluşturulması daha uygun olacaktır. Aşağıda böyle bir kurulun önerilen üye kurumları listelenmiştir.

#### RUH SAĞLIĞI KOORDİNASYON KURULU

- Sağlık Bakanlığı
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- Adalet Bakanlığı
- İç İşleri Bakanlığı
- Milli Eğitim Bakanlığı
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- Yükseköğretim Kurulu
- Diyanet İşleri Başkanlığı
- Radyo Televizyon Üst Kurulu
- Meslek Örgütleri ve Sivil Toplum Kuruluşları

## 3.2. RUH SAĞLIĞI HİZMET MODELİ DEĞİŞİKLİĞİ

### 3.2.1. Ruh Sağlığı Sistemleri

Türkiye’de ruh sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından hastane temelli model ile verilmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı toplam 8 bölge RSHH geniş coğrafi bölge ve büyük nüfus esasına dayalı olarak hizmet vermektedir. Örneğin Şekil.1.’de görüldüğü gibi Elazığ RSHH’si 18 il ve 9.411.745 kişilik bir nüfusa hizmet verirken Bakırköy RSHH’si 6 il ve 12.797.601 milyon nüfusa hizmet vermektedir.

Dünya’da ruh sağlığı alanında üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır.

- a. Hastane temelli model
- b. Toplum temelli model
- c. Toplum- hastane denge modeli

#### 3.2.1.1. Hastane Temelli Model

Hastane temelli model 1800’lü yıllardan 1960’lı yıllara kadar Dünya’da yaygın olarak kullanılan en eski ve geleneksel olan modeldir. Bu dönemde çok sayıda büyük psikiyatri hastaneleri kurulmuştur. Bu hastaneler genellikle şehrin dışında ve ortalama 2.000 yatak kapasitesine sahip hastanelerdir. Örneğin İngiltere’de bu şekilde toplam 120.000 yatak oluşturulmuştur. Bu hastanelerin aşırı kalabalık olması, hijyen şartlarının kötü olması, hasta hakları ihlallerinin yaygın olarak görülmesi ile 1960’lardan itibaren bu model terk edilmeye başlanmıştır.

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. “Dönerkapı” 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.

### 3.2.1.2. Toplum Temelli Model

Avrupa Birliğinin 2009 Türkiye İlerleme Rapor’unda “Kurumsallaşmaya alternatif olarak toplum temelli hizmetlerin oluşturulması çok önemlidir. Bu konuda çocukların ve gençlerin sağlıklarının korunması yönünde özel çaba gösterilmesi ihtiyacı bulunmaktadır...” şeklinde önerdiği toplum temelli model, 1960’larda öncelikle İtalya’da, eşzamanlı olarak İngiltere, Fransa, Almanya’da başlayan ve **Tablo.6.**’da gösterildiği gibi tüm dünyada hızla geçilen, DSÖ’nün de tavsiye ettiği bir modeldir.

**Tablo.6.** DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde Toplum Temelli Rehabilitasyon Merkezlerine Erişilebilirlik (2008).

ÜLKE	Politika, plan veya yürürlükteki yasalarda rehabilitasyon servislerinin gerekliliğine yer verme	Uygulamada rehabilitasyon merkezlerine erişen mental bozukluklu hasta yüzdesi	ÜLKE	Politika, plan veya yürürlükteki yasalarda rehabilitasyon servislerinin gerekliliğine yer verme	Uygulamada rehabilitasyon merkezlerine erişen mental bozukluklu hasta yüzdesi
Belçika	Evet	(81-100%)	Makedonya	Evet	(21-50%)
Estonya	Evet	(81-100%)	Arnavutluk	Evet	(1-20%)
Fransa	Evet	(81-100%)	Bulgaristan	Evet	(1-20%)
Almanya	Evet	(81-100%)	Çek Cum.	Evet	(1-20%)
İtalya	Evet	(81-100%)	Finlandiya	Evet	(1-20%)
Lüksemburg	Evet	(81-100%)	Gürcistan	Evet	(1-20%)
Hollanda	Evet	(81-100%)	Macaristan	Evet	(1-20%)
İngiltere	Evet	(81-100%)	Litvanya	Evet	(1-20%)
Avusturya	Hayır	(81-100%)	Moldova	Evet	(1-20%)
İspanya	Evet	(21-100%)	Romanya	Evet	(1-20%)
Danimarka	Evet	(51-80%)	Sırbistan	Evet	(1-20%)
Yunanistan	Evet	(51-80%)	Özbekistan	Evet	(1-20%)
İrlanda	Evet	(51-80%)	Azerbaycan	Evet	Bilgi yok
Norveç	Evet	(51-80%)	Kıbrıs Rum K.	Evet	Bilgi yok
Polonya	Evet	(51-80%)	Letonya	Evet	Bilgi yok
Rusya	Evet	(51-80%)	Karadağ	Evet	Bilgi yok
Bosna Hersek	Evet	(21-50%)	Portekiz	Evet	Bilgi yok
Hırvatistan	Evet	(21-50%)	İsveç	Evet	Bilgi yok
İsrail	Evet	(21-50%)	Slovakya	Bilgi yok	Bilgi yok
Malta	Evet	(21-50%)	Slovenya	Bilgi yok	Bilgi yok
İsviçre	Evet	(21-50%)	Türkiye	Bilgi yok	Bilgi yok

Toplum temelli ruh sağlığı modelinin esas hedef kitlesini ağır ruhsal bozukluğu olan veya hastanede uzun süre yatırılan hastalar oluşturmaktadır. Bu hastalarla ilgili sorunu sadece tedavi boyutuyla dűřünmemek gerekir. Bu sorun sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir sorundur. Konuyu bir halk sağlığı sorunu olarak ele alıp yukarıda sıralanan boyutları açarsak:

### **SOSYAL BOYUT:**

- Ađır ruhsal hastalıđı olan hastalar çođu kez bakıma ihtiyaç gűsterirler, bu durum ailenin yařadıđı ekonomik ve sosyal yűkű daha da ađırlařtırır,
- Hastalar aileleri ve toplumla iliřkilerinde gűlűkler yařamaktadırlar,
- Ailelerin ihmali ve istismarı ile karşılaşılabilir,
- Hastalar, hastalığın pozitif belirtileri sebebiyle kendilerine ve başta aileleri olmak üzere çevrelerine fiziksel olarak zarar verme potansiyeli taşıyabilirler,
- Ev ve hastane dışında zamanını değerlendirebileceği koşullardan yoksun olmaları nedeniyle sosyal izolasyonları kalıcı hale gelmektedir,
- Toplumsal űnyargı ve dıřlamalara maruz kalmaktadırlar. Bundan sadece hasta deđil aile de zarar gűrmektedir,
- Aileler karşı karşıya kaldıkları bu ağır sorunla nasıl baş etmeleri gerektiği konusunda bilgi sahibi olmadıklarından maruz kaldıkları sonuçlar sebebiyle çaresizlik hissetmektedirler.

### **EKONOMİK BOYUT:**

- Hastalar ailelerine bağımlı yaşamaktadırlar,
- Hastalığın çeşitli dűnemlerinde bakıma ihtiyaç duyulduğundan aileden en az bir kişinin çalışma veriminin azalmasına ya da hiç çalışmamasına neden olmaktadır,
- Eđitimlerini tamamlamada gűlűk çekmeleri nedeniyle meslek sahibi olamamaktadırlar,
- Meslek sahibi olmuř hastalar gerek hastalıđın birincil etkileri gerekse iletiřimde yařadıkları gűlűkler ve sosyal beceri yoksunluđu nedeniyle verimli çalıřmamakta veya iřlerini bırakmaktadırlar,
- Yetersiz ekonomik kořullarda yařamlarını sűrdűrmektedirler,
- Dűzenli takip ve tedavileri yapılamadıđı zaman alevlenme sıklıđı ve řiddeti artmakta ve hastaneye yatıř sıklıđı ve sűresi uzamaktadır. Bu sebeple zaten çođunlukla ekonomik deđer űretemeyen hastanın űlke ekonomisine maliyeti artmaktadır,
- Hasta çođu kez dűzenli takip ve tedavi olanađına ulařamadıđından alevlenme belirtileri ađır olmakta, tedaviye ulařması ancak kolluk kuvvetlerinin műdahalesi ve çođunlukla yařadıđı yerden uzakta bařka bir řehre nakli ile műmkűn olmakta bu durumda hem sosyal hem de ekonomik maliyetleri artırmaktadır.

### **HUKUKİ BOYUT:**

- Çođu műmeyyiz olmayan hastaların dűzenli tıbbi ve hukuki kayıtlarının olmaması ve ilgili yerlerin haberdar olmaması nedeniyle yanlıř hukuki iřlemler yapılabilenkte ve hasta ve/veya ikinci kiřilerin hak ihlali sűz konusu olabilmektedir,
- Yine aynı nedenlerle hastanın askere alınması veya silah ruhsatı alması gibi hasta ve toplum açısından risk oluşturabilecek işlemler yapılabilenkte,

- Hastalar ve yakınları, sosyal hakları konusunda bilgilendirilme ve bilinçlendirilme eksikliği nedeni ile hak kaybına uğramaktadırlar,
- Vesayet altına alınan hastaların bir kısmında, vasilerinin ilgisizliği ve ihmali olabilmekte, ancak bunun tespiti, takibi ve gerekli mercilere bildirim yapılamamaktadır.

### **TIBBİ BOYUT:**

- Hastalık, yaşam boyu sürmekle birlikte çoğu kez iyi planlanmış ve sürdürülebilir bir medikal tedaviye iyi yanıt verir. Hastalığın sık alevlenmesinde ve hastaneye yatış gerektirmesinde medikal tedavinin sürdürülememesi önemli rol oynar. Hastaların tedavisi ve tedaviye uyumu/uyumsuzluğu periyodik olarak takip edilirse alevlenme sıklığı, şiddeti ve/veya hastaneye yatış sıklığı azalabilmektedir,
- Hastalığın alevlenme döneminden önce ortaya çıkan bazı uyarıcı işaretler vardır. Bu işaretler erken tanınıp müdahale edilirse hastalık alevlenmeyebilir. Uyarıcı işaretler hastaya ve/veya yakınlarına öğretilir veya sağlık personeli tarafından tespit edilebilirse erken medikal müdahale yapılabilir ve alevlenme önlenir,
- Hastalığın prognozunda ailenin hastaya, hastalığa ve tedaviye ilişkin tutumu belirleyici bir rol oynar. Aile hastalıkla ilgili bilgilendirilirse hastaya karşı, hastalık ve tedaviye ilişkin tutumu iyileştirilebilir ve bu da prognozu olumlu etkiler,
- Sık alevlenme hastalarda kalıcı bilişsel kayıplara yol açar ve bunun sonucunda hastalık belirtileri yüzünden sosyal izolasyona maruz kalmış olan hasta tamamen soyutlanabilir ve kendi bakımına ilişkin en temel rutinleri bile yapamaz hale gelebilir. Yukarıda sıralanan müdahalelerle alevlenme sıklığı azaltılacağından hastaların yıkımı önlenir veya geciktirilebilir,
- Psikiyatride yalnız ağır ruhsal hastalığı olan hastalar için değil bütün hastalık grupları için “iyileştiren ilişki” kavramı vardır. Bizzat hastayla kurulan ilişkinin kendisinin iyileştiren, belirtileri sınırlayan bir etkisi bulunmaktadır. Ailelerinin bile sağlıklı bir ilişki kur(a)madığı hastalara yapılan periyodik ziyaret, onunla ilgilenilmesi ve yardım çabaları hastalığın hem doğasını, hem de prognozunu olumlu etkileyecektir,
- Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar çoğu kez zeka ve beceri sorunu olmayan hastalardır. Uygun terapi ve rehabilitasyon programlarıyla en azından öz-bakımlarını sağlayabilecekleri gibi üretime de katkıda bulunabilirler. Takipler sırasında uygun hastaların terapi ve rehabilitasyon programlarına yönlendirilmesi sağlanabilir, böylece hem bakım verenin yükü azaltılabilir hem de hastanın evden çıkması ile pek çok yarar elde edilebilir (sosyal işlevsellikte artış, üretime katkı ve özgüvende artış, maddi koşullarının iyileşmesi vb.).

Hastane temelli modelle hastanın sadece tedavi ihtiyacı karşılanabilmekte iken yukarıda anlatılan sorun alanlarına müdahale edilememektedir. Tüm bu boyutlarıyla “sorun” bir halk sağlığı sorunu olarak düşünülürse, sadece hastanın alevlenme dönemlerinde hastaneye getirildiği ve sonrasında tek başına bırakıldığı hastane temelli sistemin değiştirilmesi ve toplum temelli psikiyatri modeline geçilmesi gerekmektedir.

### **3.2.1.3. Toplum-Hastane Denge Modeli**

Psikiyatri hastanelerini tamamen kapatmayı ve yataklı hizmetleri ülke sathına yaymayı hedefleyen toplum temelli modelin özellikle insan kaynakları açılarından maliyeti oldukça yüksek olmaktadır. Ülkemizin sağlık sistemi, sosyo-ekonomik koşulları göz önüne alındığında ve insan kaynakları açısından eksikliklerini gidermesinin onlarca yıl alacağı hesaplandığında en ideal modelin toplum-hastane denge modeli olduğu görülmektedir. Halen İngiltere’de uygulanan toplum-hastane denge modelinde psikiyatri hastaneleri 200 yatak veya altına düşürülerek korunmuş ayrıca toplum psikiyatrisi sistemi de kurulmuştur.

Türkiye’de mevcut 8 RSHH’den Bolu ve Trabzon hastanelerinin yatak sayısı 100 civarında; Erenköy ve Samsun hastanelerinin yatak sayısı sırasıyla 200, 300 civarında; Elazığ, Adana, Manisa ve Bakırköy hastanelerinin yatak sayıları sırasıyla 500, 600, 700 ve 1500 civarındadır. Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemiz 29 sağlık bölgesine ayrılmıştır ve bu bölgelerin hasta yatakları dahil tüm sağlık hizmetleri yapılanması yeniden organize edilmektedir. Bu yeni yapılanmaya uygun olarak 8 bölge RSHH’nin yatak sayılarının azaltıldığı ve psikiyatri yataklarının tüm ülke sathına yayıldığı bir yapılanma düşünülmektedir. 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.

### **3.2.2. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Toplum temelli ruh sağlığı modeli İtalya’da ruh sağlığı reformuyla 1961 yılında başlamış ve **Tablo.6.**’da gösterildiği gibi son 30 yılda Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde uygulamaya geçilmiştir. İtalya’da başlayan değişim, diğer Batı Avrupa ülkelerinde de kısa süre sonra başlamış ve tamamlanmıştır. En son Yunanistan Avrupa Birliği’ne giriş sürecinde ruh sağlığı sistemini değiştirmiştir. Bulgaristan ve Romanya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde de değişim programları yürütülmektedir. Aynı değişim süreci İran’da da yürütülmekte, DSÖ Afganistan’a da aynı sistemi önermektedir. Tüm bu ülkelerde yaşanan değişim, hastane temelli ruh sağlığı sisteminden toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçilmesi şeklindedir. Toplum temelli ruh sağlığı modeli, modern batı ülkelerinin sağlık hizmetlerindeki temel unsurlardan biridir.

Toplum temelli ruh sağlığı sistemi üç unsur üzerine kuruludur. Bunlar:

- a. Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması,
- b. Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi,
- c. Her tanımlanmış bölgeye: sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması,

şeklindedir.



Bu modelde ülke 100-300 bin nüfustan oluşan coğrafi alanlara bölünür ve her alan için bir toplum ruh sağlığı merkezi planlanır. Merkezde çalışan ruh sağlığı ekibi psikiyatri uzmanı, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacı, ergoterapist, uğraş terapisti ve diğer yardımcı personelden oluşur. Ekip hareketlidir, hizmeti gerektiğinde hastanın yaşadığı alana götürür. Ekibin hizmet verdiği merkez genellikle ana hastanenin dışındadır. Ekip görev ve sorumluluk açısından yapılandırılmış, yapılacak işler ise planlanmıştır. Her hasta için kayıt vardır ve o hasta için yapılacaklar bireysel olarak yazılı planlanmıştır. Amaç kronik ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların yaşadıkları ortamda takip ve tedavilerinin yapılmasıdır. Bu sayede hastaların toplumun dışına atılmadan ve dışlanmadan toplumla birlikte yaşamaları hedeflenir.

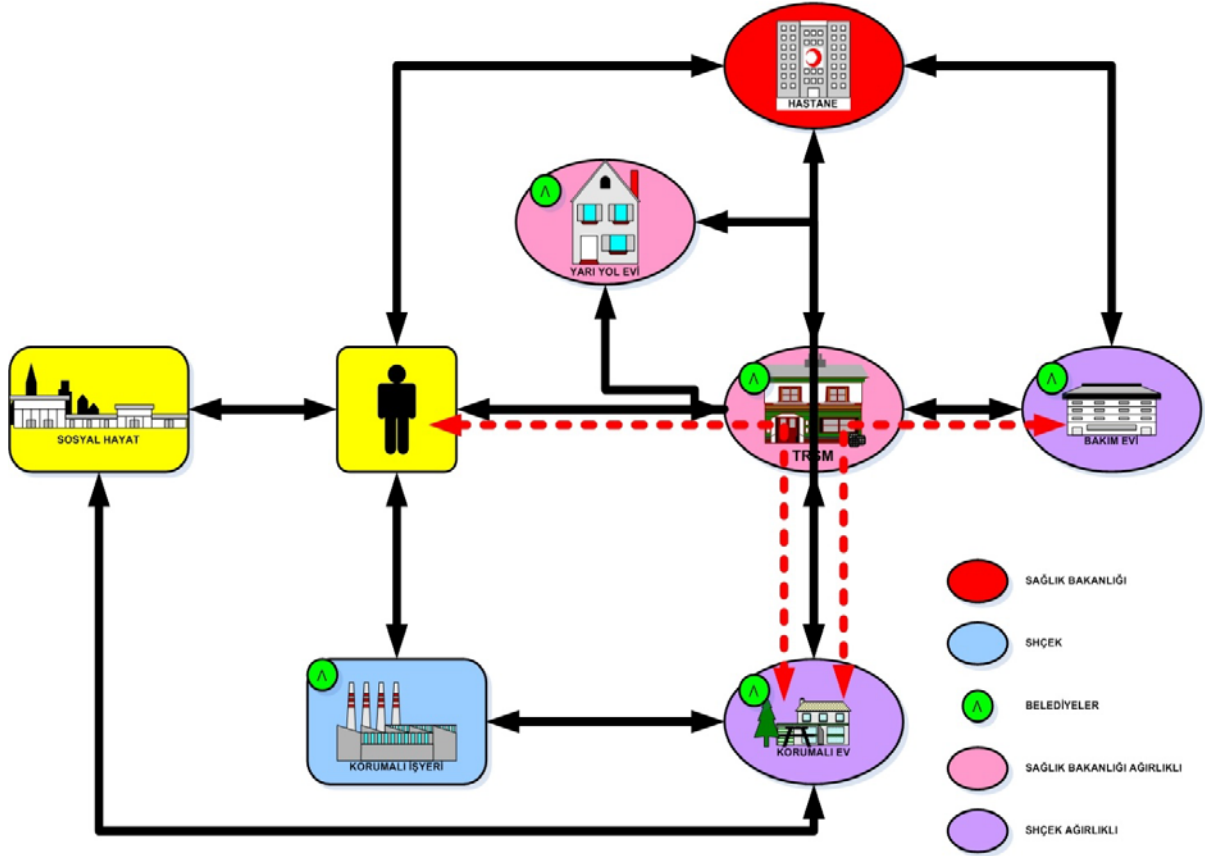
Bakanlığımız tarafından 2006 yılında hazırlatılan ulusal ruh sağlığı politika metninde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş ve Bakanlığımız ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı almıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009'da alınmış ve pilot çalışmaların sonuçları değerlendirilerek ilgili yönerge Şubat 2011'de yayınlanmış ve uygulaması başlamıştır.

### **3.2.2.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulması**

Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı modeline geçme çalışmaları çerçevesinde, 2006 yılında Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi korumalı ev projesi başlatmış ve halen sürdürmektedir. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin yürüttüğü Bahçelievler projesi ve hastane bünyesinde kurulan gündüz hastanesi önemli adımlardır. Akdeniz, Ankara ve Kocaeli Üniversite'leri bünyelerinde rehabilitasyon merkezleri ve gündüz hastaneleri açılmış olması ilerleme ve modelin bilinirliği açısından önemlidir. Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Mayıs 2008'de açılmıştır. Türkiye'de ilk merkez olan Bolu'daki merkezin faaliyetleri yakından izlenmeye başlanmıştır. Bolu'daki hastalar genellikle Bolu RSHH'den hizmet aldıkları için tespit ve takip edilmeleri kısmen kolaydır. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin hizmet verdiği sırada izlediği prosedürler, karşılaştığı maliyet, finans, iaşe, personel ve lojistik sorunlar değerlendirilmiş, hasta davranışları açısından da iyi bir projeksiyon verisi sağlanmıştır. Bu veriler ve yurt dışı gözlemleri ışığında rehabilitasyon faaliyetleriyle uğraşan akademisyenlerle danışma toplantıları yapılarak ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş projesinin ana ilkeleri belirlenmiştir.

Proje oluştururken öncelikle Finlandiya, İtalya, İngiltere, Almanya ve Hollanda'ya özellikle ruh sağlığı hastanelerinde çalışanlardan oluşan kalabalık bir ekiple gidilmiş ve bu ülkelerin sistemleri incelenmiştir. Toplum temelli ruh sağlığı modelini en iyi uygulayan ülkelerden biri olan Hollanda'daki sistemi Türkiye'nin hemen her ilinde çalışan yaklaşık 120 psikiyatristin yerinde görmesi sağlanmıştır. Bu gözlem çalışmasıyla, her ilde yeni yapılanmanın nasıl olacağı hakkında bilgi ve görgüsü olan en az bir psikiyatrist olması hedeflenmiştir.

Ülkemizde uygulamaya geçilmesi düşünülen toplum temelli modelde; ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların açılacak olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından kayıt altına alınıp takip edilmesi, halen hastanelerde yatmakta olan ve ihtiyacı bulunan hastaların projenin sonraki aşamasında açılacak yarı-yol evleri ve korumalı evlerde kalmasının ve korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması hedeflenmektedir. **Şekil.6.**'da bu model şematik olarak gösterilmiştir.

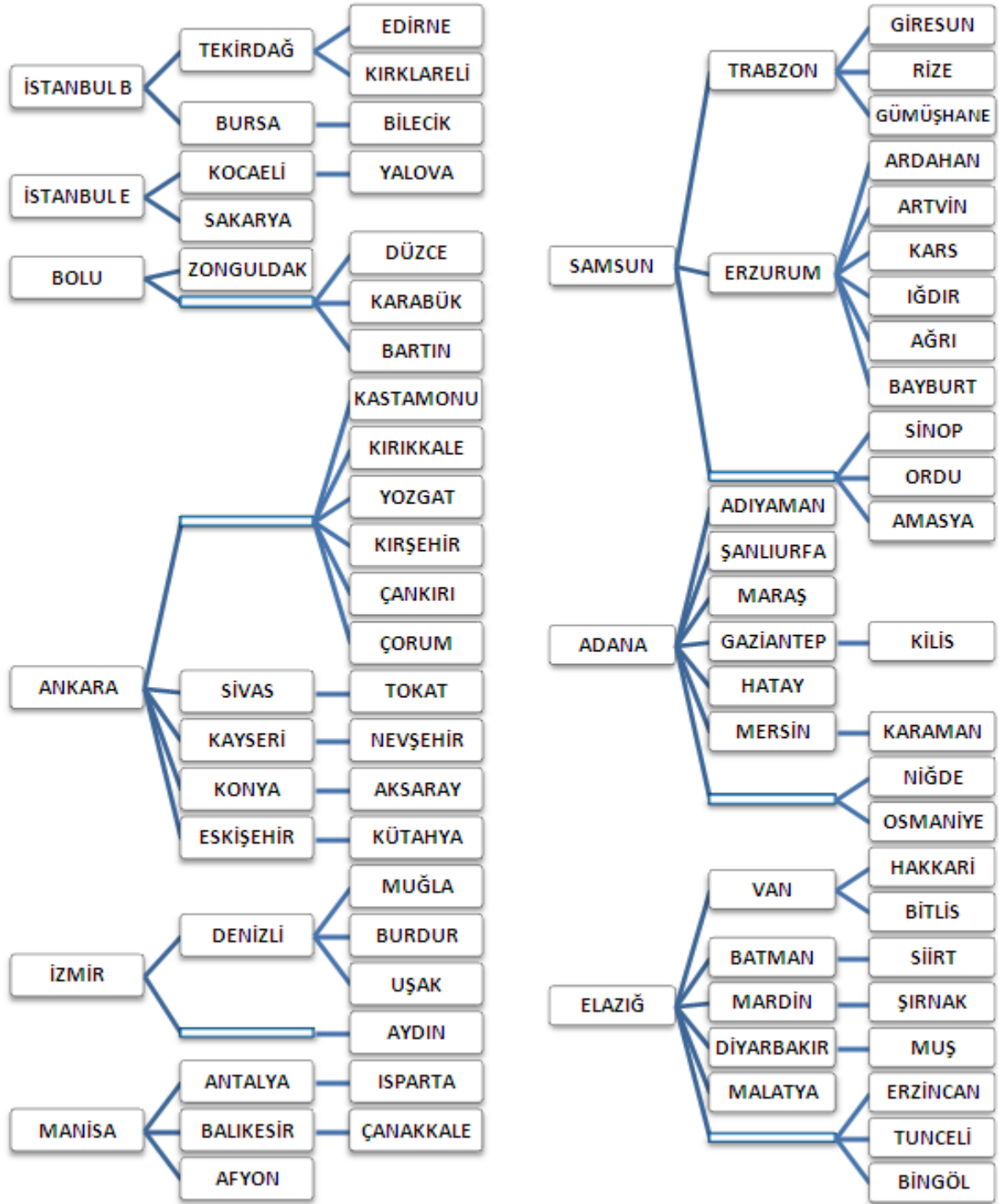


**Şekil.6.** Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli.

Her 100-300 bin nüfusa bir tane açılması planlanan TRSM'lerin: Kendisine bağlanmış coğrafi bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği, rehabilitasyon, psikoeğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olması planlanmaktadır. Bu sayede TRSM'ler ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için verilen hizmetin ana düzenleyicisi ve kontrol merkezi olacaktır.

Projeye göre RSHH'nin olduğu 7 il ve Ankara ile İzmir'de toplam 9 tane merkez birinci halka olarak açılacaktır (**Şekil.7.**). İkinci aşamada bu illerle afiliye edilen 26 ilden ekipler bu merkezlerde eğitileceklerdir. Üçüncü aşamada kalan 47 ilde TRSM'ler açılacaktır. Son olarak da merkez nüfusu 100 bin ve üstü olan her yerleşim alanında bir merkez olarak toplam 236

TRSM açılması hedeflenmektedir. Her ilde kaç TRSM açılacağı planı **Tablo.10.**'da gösterilmiştir.



Şekil.7. TRSM'lerin Kademeli Açılma Planı

Tüm diğer merkezlerde çalışacak ekibin eğitiminin birinci halkadaki merkezlerde verilmesine çalışılacaktır. Eğitim 1 hafta teorik, 2 hafta pratik eğitimi kapsayan 3 aylık modül olarak planlanmıştır.

Merkezlerin toplu taşıma ile kolay ulaşılabilir, toplum içinde, minimum 300m2, mümkünse bahçeli, müstakil binalarda kurulması hedeflenmiştir. Bakanlığımız tarafından 16.02.2011 tarihinde yayınlanan “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’de” işlevleri detaylı anlatılan TRSM’lerin aşağıdaki iş basamaklarını yürütmesi planlanmaktadır.

#### **KAYIT İŞLEMLERİ:**

- Kendisinin sorumlu olduğu coğrafi bölgede yaşayan “ağır ruhsal bozukluğu” olan hastaları tespit ederek merkezin veri tabanına kaydetmek,
- Kaydedilen hasta ve/veya yakınlarıyla irtibata geçerek merkezin amacı, işlevleri, hastaya sağlayacağı faydalar konusunda bilgilendirmek,
- Merkeze devamı sağlanan hastaların psikiyatrik ve sosyal profillerini sosyodemografik veri formu ve ölçeklerle belirlemek.

#### **TAKİP İŞLEMLERİ:**

- Merkeze devamı sağlanan hastaların farmakolojik tedavilerini düzenli kullanıp kullanmadığı, doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etki olup olmadığı gibi süreçleri takip etmek,
- Merkeze devamı sağlanamayan hasta ve/veya yakınlarıyla irtibata geçilerek evde ziyaret etmek ve bu ziyaretler sırasında farmakolojik tedavisini planlamak ve hastayı merkeze devamı konusunda ikna etmeye çalışmak,
- Merkezde ya da evde takip sırasında herhangi bir sebeple alevlenen ve kendine ya da çevresine zarar verme potansiyeli taşıyan hastanın ilgili birimlerle irtibat kurarak yataklı bir psikiyatri kliniğine yatışını sağlamak.

#### **EĞİTİM:**

- Hasta ve hasta yakınlarına psikoeğitim vermek,
- Uygun hastalara sosyal beceri eğitimi vermek ve toplum içinde uygulamalar yapmak.

#### **TERAPİ:**

- Hastaların ilgileri ve kişilik özelliklerine uygun uğraşı alanlarını planlamak ve uğraşı terapilerine katılımlarını programlamak,
- Uygun olan hastalarla açık/kapalı grup terapileri düzenlemek.

#### **DİĞER FONKSİYONLAR:**

- Yerel yönetimler, yerel yazılı ve görsel medya aracılığı ile toplumu bilinçlendirmek ve damgalama karşıtı çalışmalar yapmak.
- Yapılan çalışmalar sırasında tespit edilen hastaneye yatış, bakım, çalışacak işyeri ihtiyaçlarına cevap vermek üzere ilgili kurumlarla irtibat kurmak.

TRSM’lerin fonksiyon kazanmasından hemen sonra yarı-yol evleri, korumalı evler ve korumalı işyerlerinin uygulamaya sokulmaları planlanmaktadır.

Toplum temelli modelde ana hedef hastanın mümkünse ailesinin veya yakınlarının yanında yaşamını sürdürmesidir. Ancak bunun sağlanamadığı durumlarda hastaları büyük hastanelere yatırmak yerine toplum içinde onun bir parçası olarak yaşayabilecekleri yerlere yerleştirmek gerekir. Projenin ilerleyen döneminde açılması düşünülen yarı-yol evleri, hastaneden taburcu edilebilecek ve ailesinin yanında kalamayacak hastaların 24 saat boyunca

sağlık çalışanları tarafından gözlemlendiği ve desteklendiği evler olarak planlanmaktadır. Buradan sonra hasta, toplum içinde tek başına veya kısmi destekle yaşayabileceği duruma geldiğinde korumalı evlere nakledilecektir.

Korumalı evler eğer geliri varsa hasta tarafından yoksa Sosyal Hizmetler tarafından finanse edilen ve sağlık çalışanlarının periyodik olarak ziyaret ettiği, bir veya birkaç hastanın bir arada yaşamlarını sürdürdüğü yerler olarak düşünülmektedir. Korumalı evde arkadaşlarıyla birlikte toplum içinde uyumlu yaşayan hastalardan uygun olanlarının korumalı iş yerlerinde çalışmaları hedeflenmektedir.

Korumalı işyerleri belediye, kamu veya özel diğer kurumlar tarafından desteklenen işyerleri olarak planlanmaktadır. Mevcut mevzuat kapsamında Çalışma Bakanlığı'nın işbirliği ile açılması düşünülen birimlerde çalışan hastalar çalışmalarının karşılığında kendi harcamaları için gelir de kazanabilecektir. Ayrıca uygun olan hastaların, normal işyerlerinde (yarışmalı işlerde) özürülü kontenjanından iş bulunmasına yardımcı olmaya çalışmak uygulanabilecek bir diğer yöntemdir.

TRSM'ler hastanın sağlık durumunun takibinden sorumlu merkez olacağından hastanın yarı-yol evi, korumalı ev veya korumalı işyerine geçmesine karar veren ve sistemin merkezindeki kurum olarak iş görecektir.

Ülkemizdeki toplum yapısı nedeni ile hastalarımızın çoğu, giderek azalmakla birlikte halen ailelerinin yanında yaşamaktadır. Ailelerinin yanında yaşayan hastalar için de TRSM'ler gün içinde vakitlerini geçirebilecekleri tedavi ve terapilerinin sürdürüldüğü merkezler olarak işlev görecektir. Ailesiyle yaşayan hastaların çoğu tüm gününü evde geçirmekte, aileden en az bir kişi hasta bakımı nedeni ile sosyal yaşam ve üretim sürecinden uzak kalmaktadır. Aileler sadece farmakolojik tedavi konusunda destek almakta bunun dışında kendilerini yalnız hissetmekte ve zaman içinde hasta ile ailesi arasında ilişkiler bozulmaktadır. Mevcut insan gücünün yetersizliği, hastasını hastaneye getiren aileye poliklinik ortamında, hasta ve hastalık hakkında bilgi vermeyi ve yönlendirmeyi çok güçleştirdiğinden aileler bazen ne yapacaklarını bilememekte ve sorun yaşamaktadırlar. Bu sorunun TRSM'lerde ailelere yönelik eğitim programları hazırlanması ve her hastanın ailesiyle birlikte o hastaya özgü bireysel yaklaşım metodunun planlanması ile çözülebileceği düşünülmektedir.

### **3.2.2.2. Ağır Ruhsal Hastalığı Olan Kişilerin Bakımı**

Ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin %10'unun uzun vadede bakıma ihtiyaç duyduğu düşünülmektedir. Avrupa ülkelerinde şizofreni hastalarının yaklaşık %50'si aileleri ile yaşarken ülkemizde bu oranın %95'den fazla olduğu tahmin edilmektedir.

ABD'de NIMH (National Institute of Mental Health) verilerine göre sokakta yaşayan insanların 1/3-1/4'ünde ağır ruhsal hastalık saptanmıştır. Ülkemizde, İstanbul'da kış aylarında sokakta yaşayan insanlarda yapılan bir çalışmada ise çalışmaya alınan grubun %85,7'sinde Eksen I'de yer alan bir psikiyatrik hastalık; %43,1'inde ise psikotik bozukluk saptanmıştır.

Ülkemizde ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin bakım hizmetlerinde aksaklıklar mevcuttur. Yukarıda da belirtildiği gibi Türkiye'de şizofreni hastaları için aile ile yaşama

oranı yüksektir. Modernleşme süreci ile birlikte aile ile birlikte yaşama oranlarının düşeceği ve bakım yatağı sayısı ihtiyacının artacağı öngörülebilir.

Mart 2011 itibariyle ağır ruhsal özürllüer için RSHH'lerinde 550 yatağın bakım yatağı olarak kullanıldığı tespit edilmiştir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunun (SHÇEK) mevcut yatılı bakım merkezlerinden ve özel bakım merkezlerinden yakın zamana kadar sadece bedensel ve zihinsel özürllü bireyler faydalanabilmekte iken, 2007 yılından itibaren hem SHÇEK kamuya ait bakım evlerine, hem de özel sektör özel bakımevlerine gittikçe artan bir şekilde ruhsal özürllü kişileri de kabul etmeye başlamıştır. SHÇEK'in kurumlarında kalan yaklaşık 4500 özürllünün 800 kadarının ruhsal özürllü olduğu tahmin edilmektedir.

2010 yılı sonlarından itibaren mevzuatta yapılan değışiklikten sonra özel bakım kurumlarının hem sayısı, hem de bunların ruhsal özürllü kabul etme oranı hızla artmaya başlamıştır. Ancak ruhsal özürllüer bakım hizmeti verilen bu kurumlarda psikiyatrik tedavi konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır ve bu sıkıntılarını giderildiğı yeni bir yapılanmaya gereksinim vardır. Mart 2011 itibariyle özel sektöre ait 84 bakım evinin, en büyüğü 360 yatak kapasiteli olmak üzere toplam 7526 yatağı mevcuttur. Bunlardan toplam 6836 yatağı bulunan 71 tanesi ruhsal özürllü de kabul etmektedir. Bu kurumlarda kalanların 1/5'inin ruhsal özürllü olduğu tahmin edilmektedir. Toplamda yaklaşık 2500 (her 100 bin kişiye yaklaşık 3 yatak) ruhsal özürllünün bakım kurumlarında kaldığı söylenebilir. Bu konuda **Tablo.7.**'de gösterilen başka ülkelerin bakım yatağı sayılarıyla kıyaslandığında ülkemizdeki bakım hizmetinin geliştirilmesi gerektiğı görülmektedir.

**Tablo.7.** DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde Ruh Sağlığı Alanında 100 Bin Kişiyeye Düşen ve Sağlık Kurumları Dışında Yer Alan Bakım Yatağı Sayıları (2008).

Ülke	Yatak Sayısı	Ülke	Yatak Sayısı
Letonya	189,0	Polonya	13,0
Slovenya	127,0	Azerbaycan	12,0
Finlandiya	102,0	Sırp Cumhuriyeti	12,0
Rusya Federasyonu	90,0	Çek Cumhuriyeti	12,0
İsveç	80,0	Bosna Hersek Federasyonu	11,7
Romanya	75,0	Slovakya	6,0
Bulgaristan	59,0	Gürcistan	3,6
Portekiz	34,0	Hollanda	1,0
İspanya	27,6	Türkiye*	Yaklaşık 3,0

\*DSÖ verisi değıildir.

Ruhsal özürllüer bakımında çağdaş yaklaşım, toplum içinde apartman dairelerinde küçük gruplar halinde yaşamalarıdır. Bu nedenle oluşturulacak bakım yatakları toplum içinde küçük grupları barındıran evler veya ev toplulukları şeklinde olmalıdır.

### **3.2.2.3. Ruh Sağlığı Hastalarının İstihdamı**

Dünya’da ağır ruhsal hastalığı olanların istihdamı ile ilgili temelde iki yöntem olduğu gözlenmektedir: Birincisi, iş koçları aracılığı ile hastaların yarışmalı bir işe yerleşmesini sağlamak, ikincisi ise korumalı işyerlerinde istihdamı sağlamaktır. Bunları açarsak:

- a. Yarışmalı işler: Herkesin başvurup çalıştığı işlerdir, hasta iş bulma ve çalışma konusunda yönlendirilir, iş koçu endirekt olarak hastanın iş bulmasına ve sürdürmesine yardımcı olur.
- b. Korumalı işyerleri: Özerk çalışma kurallarına bağlı olup hastaların gelir elde edebilecekleri bir tarzda işletilmektedir. Bu sayede kişinin hem üretime katılması hem de rehabilitasyonu hedeflenmektedir.

Ruh sağlığı alanında şu ana kadar ülkemizde iş koçu veya korumalı işyeri uygulaması yoktur. Türkiye’de “bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerindeki engeller nedeni ile çalışma gücünü kaybetmiş” kişilerin istihdamına yönelik yasa ve yönetmelikler olmasına rağmen Eylül 2008 verilerine göre İŞKUR’a kayıtlı “Ruh hastalıkları grubundaki özürllüer” grubundaki 7728 başvurunun sadece 650 kişisi bir işe yerleştirilmiş durumdadır.

Ruhsal özürllüerinin çalışmasında diğer özürllü gruplarına göre farklılıklar mevcuttur. Bedensel ve zihinsel özürllüer de damgalanma ve ayrımcılık sebebiyle mağdur olsalar da bu sorun ruhsal özürllüer için her alanda olduğu gibi çalışma alanında da daha büyük sorundur.

Bedensel ve zihinsel özürllüer kapasitelerine uygun bir işe yerleştirildikten sonra yaşamları özürllü olmayan insanlar gibi devam edebilmektedir. Ancak ruhsal özürllüerinin her türlü tedavi ve tedbire rağmen yeni bir atak geçirme ihtimalleri hep olduğundan süreç her defasında yeniden başlayabilmektedir. Ülkemizde özürllüerine yapılan sosyal destekler özürllünün bir işe girmesiyle son bulduğundan ruhsal özürllüer atak geçirebilme kaygılarından dolayı aldıkları sosyal destekleri kesip bir işe girip çalışmaya imkanları olsa bile cesaret edememektedirler. Bu konuda başka ülkelerde olduğu gibi işe giren özürllünün aldığı sosyal desteğin işten çıktığında yeniden başlatılması gibi bir uygulamaya geçmek gerekmektedir.

### 3.3. YENİ ORGANİZASYON PLANI TEMELİNDE HEDEF VE AKTİVİTELER

#### 3.3.1. Ruh Sağlığının Geliştirilmesi ve Teşviki

“Health promotion” kelimesi karşılığı olarak kullanılan “sağlığın teşviki” veya “sağlığın desteklenmesi” belli bir sağlık amacı veya programı için politik taahhüt, politik destek, sosyal kabul ve sistem desteği kazanmak için tasarlanmış bireysel ve sosyal eylemlerin kombinasyonuna denmektedir. Bu tür bir eylem, sağlığı ve sağlıklı yaşam tarzına ulaşılmasını destekleyen yaşam koşullarını yaratmak için bireyler veya gruplar adına veya bunlar tarafından yapılabilir. Destek, kitle iletişim ve multi-medya araçlarının kullanımı, doğrudan politik lobi yapılması ve örneğin çıkarların tanımlanmış konular etrafında toplanması vasıtasıyla toplumun harekete geçirilmesi dâhil pek çok şekilde olabilir. Sağlık çalışanları, toplumun her seviyesinde destek vermekten sorumludur.

##### 3.3.1.1. Damgalama ve Ayrımcılığa Karşı Farkındalığın Oluşturulması

Damgalanma ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin karşılaştıkları en önemli sorunlardan biridir. Hastaların kendilerine saygısını azaltan, aile ve çevreyle ilişkisini bozan, sosyalleşmelerini engelleyen, özgürce yaşama ve çalışma haklarını ellerinden alan bir tutumdur. Sonuçta hastalar hastalıkları sebebiyle her vatandaşın sahip olduğu “sıradan bir insan gibi yaşamak” hakkına sahip olamamaktadırlar.

Toplumda çok yaygın olan “ruh sağlığı bozuk olan kişiler daha çok şiddet gösterirler ve tehlikelidirler”, “ ruhsal hastalık kişisel zayıflıktan dolayı oluşur”, “ruhsal hastalar tedavi edilemezler” gibi yanlış bilgi ve önyargılar sebebiyle oluşan damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmek gerekir. Damgalama ve ayrımcılıkla mücadelenin etkili olabilmesi için hasta ve hasta yakınlarının kurdukları dernekler, sağlık çalışanları, sivil toplum kuruluşları, medya, meslek kuruluşları ve resmi organlar hep birlikte hareket etmelidirler. DSÖ bu mücadelenin belirli bir program dahilinde yapılmasını ve eylem planının oluşturulmasını önermektedir.

##### 3.3.1.2. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi

Kadınlara yönelik aile içi şiddet, kadınlarla erkekler arasında eşit olmayan güç ilişkilerinin sonucu meydana gelen ve özel yaşam içinde olduğundan dolayı genellikle gizli tutulan, tespit edilmesi zor bir sorundur. Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi’nde kadına yönelik şiddet, “ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel, psikolojik acı veya ıstırap veren ya da verebilecek olan cinsiyete dayalı bir eylem uygulama ya da bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma” şeklinde tanımlanmaktadır.

Aile içi şiddet organ travmalarına, geçici veya kalıcı sakatlıklara, yetersiz beslenmeye, kronik hastalıkların artmasına, madde bağımlılığına, kronik ağrıya, korunmasız cinsel ilişkiye girmeye, pelvik enflamatuar hastalıklara, jinekolojik problemlere, düşüklere, düşük ağırlıkta çocuk doğumlarına, anne ölümlerine, intiharlara neden olabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Şiddet mağduru ve risk altındaki kadınlarda depresif belirtiler, organik nedenlerle açıklanamayan bedensel yakınmalar, uykusuzluk, yoğun korku ve kaygı duyma sık rastlanan belirtiler olarak bildirilmektedir.



Bu kişilerin ‘yardım’ alabilecekleri hizmet alanları arasında belki de en başta sağlık hizmetleri gelmektedir. Şiddet mağduru ve risk altındaki kadınların en çok sağlık sektöründe çalışanlara güven duyabildikleri ve en çok onlardan yardım talep edebildikleri sağlık hizmeti sunanlar tarafından bilinmesi gereken önemli bir noktadır.

2006/17 sayılı "Çocuk ve Kadınlara Yönelik Şiddet Hareketleriyle Töre ve Namus Cinayetlerinin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirler" konulu Başbakanlık Genelgesi ile koordinatör kurum olarak belirlenen Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü bir eylem planı hazırlamıştır. Bu eylem planı kapsamında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Ruh Sağlığı Daire Başkanlığının yürüttüğü “ Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı” başlatılmıştır. Başlatılan bu programın temel amacı: ‘Şiddetin kadın sağlığı üzerine etkilerini azaltmak ve gelecekte kadına yönelik şiddet olgularını önlemek’ olarak belirlenmiş; alt hedefler de:

- Aile içi şiddete uğrayan kadına yönelik hizmetleri temel sağlık hizmetlerine entegre etmek,
- Aile içi şiddete uğrayan kadına yaklaşım ve müdahale konusunda sağlık personelinin duyarlılığını ve yeterliğini geliştirmek,
- Aile içi şiddete uğrayan kadınlara yönelik kayıt-bildirim ve izlem mekanizması oluşturmak,
- Sektörler arası koordinasyon ve işbirliğini geliştirmek,
- Toplum bilinçlendirme çalışmalarına katkıda bulunmak, olarak belirlenmiştir.

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ile 2008 yılında imzalanan protokol kapsamında Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı’nda ilk aşamada sağlık personeline farkındalık kazandırılması ve bilgi-becerilerinin artırılmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Proje kapsamında Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ile ortaklaşa yürütülen çalışmalarla toplam 424 sağlık personeline eğitici eğitimi verilmiştir. Kasım 2010 itibarı ile 59.534 sağlık personelinin eğitimi tamamlanmıştır. Bu konuda Program doğrultusunda çalışmalara hassasiyetle devam edilmelidir.

### **3.3.1.3. Çocuk İstismarının Önlenmesi**

Bedensel ruhsal ve cinsel gelişimin henüz tamamlanmadığı 0-18 yaş dönemindeki çocukların, kendilerine bakmakla yükümlü olan kimseler veya diğer yetişkinler tarafından kaza sonucu olmayan fiziksel, duygusal, zihinsel ve cinsel gelişimlerini engelleyen ya da beden veya ruh sağlıklarına zarar veren durumlarla karşı karşıya bırakılmasına “çocuk istismarı” denmektedir. Çocuğun bedensel olarak sağlıklı olmasına rağmen fiziksel veya psikolojik gelişimi için gerekli ihtiyaçlarının karşılanmaması ise “çocuk ihmali” olarak tanımlanmaktadır.

Çocuk istismarı şüphesiz yüzyıllardır vardır, ancak bir sağlık sorunu olarak ele alınışı yenidir. Fiziksel istismara yönelik çalışmalar 1962 yılında yayınlanan “Dövülmüş Çocuk Sendromu” konulu makaleden sonra başlamıştır. Cinsel istismar konusu 1970’lerde Amerika Birleşik Devletlerinde artan vaka bildirimleri ile birlikte sağlık sorunu olarak görülmeye başlanmıştır. Yine 1970’lerde Kanada ve İngiltere’de de benzeri bildirimler yayınlanmıştır.

Doğu ülkelerinden bildirimler ise daha sonraki yıllarda başlamıştır. Duygusal istismar ise 1980'lerden sonra tartışılmaya başlanmıştır.

Çocuk istismarı ve ihmali boyutları iyi bilinmeyen çok ciddi toplumsal bir sorun olmasının yanı sıra, yol açtığı bedensel, zihinsel ve psikolojik bozukluklar ile bireylerde yaşam boyu iş gücü yitimi, uzun süreli ve yineleyici tetkik ve tedaviler nedeniyle de önemli yükler getiren bir sağlık sorunudur. Ancak çocuk istismarı özellikle aile bireylerinden biri tarafından yapıldığında genellikle üstü örtüldüğü ve bildiri yapılmadığından sorunun büyüklüğü tam tespit edilememektedir.

Dünya Sağlık Örgütü yayınladığı raporda, 2002 yılında 15 yaşın altında tahminen 31.000 çocuğun öldürüldüğünü, tam sayısı bilinmemekle birlikte bu ölümlerin büyük kısmından aile üyelerinin sorumlu olduğunu, düşük ve orta gelirli ülkelere göre iki üç kat daha fazla olduğunu bildirmiştir. Yine aynı raporda 18 yaşına kadar olan erkek çocukların %8'inin, kız çocukların ise %25'inin çeşitli şekilde cinsel istismara maruz kaldığını; çocuk istismarına bağlı ölümlerin %61'inin önlenemez ölümler olduğunu; istismara uğrayan çocukların sıklıkla iyi bir değerlendirme yapılmadan evlerine geri gönderildiğini, ilerleyen dönemde bu çocukların %5-10'unun öldürüldüğünü, %35-50'sinin hasara uğratıldığını bildirmiştir. Türkiye'de yapılmış çalışmalara bakacak olursak: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun yaptığı bir çalışmada, 1995 yılında 7-14 yaş grubunda çocukları olan ailelerin %43'ünde aile içi fiziksel şiddet, %53'ünde sözel şiddet olduğu ve bu ailelerin %46'sında çocuklara yönelik fiziksel şiddet uygulandığı saptanmıştır. İstanbul'da 9-11'inci sınıflarda okuyan 1871 kız öğrenci ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %11,3'ü çocukken kendilerine istemedikleri bir şekilde dokunulduğunu, %4,9'u ise cinsel ilişkiye zorlandıklarını, %1,8'i ise ensest ilişki yaşadıklarını bildirmişlerdir. 1262 üniversite öğrencisinde çocukluk çağı istismarı, cinsel yönelim ve intihar davranışının incelendiği bir başka çalışmada da katılımcıların %28,1'i çocukluk dönemlerinde cinsel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir. Türkiye'de çocuk istismarı konusunda yapılan araştırmaların gözden geçirildiği diğer bir çalışmada ise duygusal istismarın %78 gibi yüksek bir oran ile ilk sırada geldiği tespit edilmiştir. Duygusal istismar tek başına görülebildiği gibi fiziksel ve cinsel istismarla birlikte de görülebilmektedir. Fiziksel ihmal veya istismar vakalarının %90'ında duygusal ihmal veya istismarın olduğu da saptanmıştır. Tüm bu veriler sağlık çalışanlarının ve toplumun farkındalığının artırılmasının istismarın önlenmesi ve erken tanınması için önemli olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde mevcut sistemde, istismara uğrayan, ihmal edilen çocukların tanı, tedavi, bildirim, izlem ve adli işlem süreçlerinde çeşitli aksaklıklar yaşanmakta, bunun sonucunda da istismara etkin bir biçimde müdahale edilememektedir. Tıbbi ve adli işlemler sırasında çocukların yaşantılarını uygunsuz koşullarda defalarca dile getirmesine neden olunmakta, bu da çocuğun uğradığı travmayı şiddetlendirmekte ve bazen yeni bir travma yaşamasına sebep olmaktadır. Bu kurumlarda çocukla görüşme yapan kişiler, çoğu zaman çocuğun ruhsal durumunu gözetebilecek görüşme yapma eğitimi almamış kişiler olmaktadır. Zaten mağdur olan bu çocukların bu konuda özelleşmiş kurumlarda değerlendirilmesi bu süreci daha az örselenme ile geçirmeleri için gereklidir. Bu özelleşmiş kurumların istismara uğrayan çocuklarla görüşme yapmak için eğitim almış kişileri istihdam etmesi gereklidir. Konu ile ilgili kolluk kuvvetleri, adli merciler, sosyal hizmetler gibi kamu kurum temsilcilerinin

istismara uğrayan çocukla mükerrer görüşmelerden kaçınması, çocukla uzman kişilerin yaptığı görüşmeyi izlemeleri, kendi kurum işleyişleri için gerekli olan raporları bu izlem sonucu oluşturmaları, mahkemeler ve ilgili diğer tüm kurumların mümkün olduğu ölçüde bu görüşme ve raporları esas kabul etmesi önemlidir. Bu amaçla, 2009 yılında Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, MEB, Sağlık Bakanlığı, SHÇEK, Yargıtay, Adli Tıp Kurumu, Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Diyanet İleri Başkanlığı ve Baro'nun katılımları ile bir çalışma başlatılmış ve yapılan bir dizi toplantıdan sonra alınan kararların işlerliğini görmek amacıyla Ankara'da ilk pilot Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) 2010 yılında açılmıştır. Yapılan gözlemlerde uygulamanın çocuklar açısından oldukça faydalı olduğu tespit edilmiş ve ilgili kurumların ortak kararıyla çocuk izlem merkezi sayısının yakın zamanda 12'ye çıkarılmasına karar verilmiştir. Bu arada ilgili kurumlar tarafından bu konuyla ilgili yasal mevzuatta ihtiyaç duyulan yeni düzenleme çalışmalarına başlanmıştır.

#### **3.3.1.4. İntiharın Önlenmesi**

İntihar bütün dünyada önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. İntihar oranı, ülkeler arasında her 100 bin kişide 3 ile 45 arasında değişmektedir. İntihar girişimi biyolojik, genetik, psikolojik, sosyolojik ve çevresel faktörler sonucu ortaya çıkmaktadır. İntihar dünya genelinde 15-19 yaş grubundaki gençlerin ölüm sebebinin ilk beş nedeni arasında yer almaktadır.

Yapılan araştırmalar intihar girişiminde bulunan kişilerin büyük çoğunluğunun tanı konabilir bir ruhsal bozukluğu olduğunu göstermektedir. İntihar girişiminde bulunan hastaların %40-60'ı bu girişiminden önceki ay içerisinde bir hekime başvurmuştur ve pek çoğu psikiyatri uzmanı yerine pratisyen hekimi tercih etmektedir. Bu sebeple intiharı önlemede birinci basamak sağlık çalışanları çok önemlidir. Birinci basamak sağlık çalışanları topluma en yakın, en uzun ilişki kuran ve toplum tarafından kabul edilen kişilerdir. Dolayısıyla toplumla sağlık hizmetleri arasında en önemli aracıdırlar. Birinci basamak çalışanları intihara yakın kişileri belirlemek, tanımlamak ve yönetmek konusunda en etkili konumdadır. Bu kişileri tanıma, değerlendirme, yönetme ve sevk etme intiharı önlemede en önemli adımdır. Ülkemizde psikiyatri uzmanı ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayıları yeterli değildir. Bunun için intihara zemin hazırlayan en yaygın bozukluklar arasında olan depresyon gibi bozuklukların tedavisinin birinci basamakta da yürütülmesi gerekmektedir. Nitekim İsveç'te pratisyen hekimlere depresyonun tanı ve tedavisi konusunda eğitim verilmesiyle intiharın azaldığı tespit edilmiştir.

Bakanlığımızca 2004 yılı itibariyle bireylerin ruh sağlığı düzeylerini yükseltmek ve intihar girişiminde bulunmuş bireyler ile diğer kriz durumlarıyla karşılaşan kişilerin tıbbi tedavilerinden sonra psikososyal destek hizmetlerini sağlamak amacıyla intihara müdahale çalışmalarına başlanmıştır. "Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı" geliştirilerek Bakanlığımıza bağlı devlet hastaneleri acil servisleri bünyelerinde oluşturulan ve halen 50 ilde 103 birim olarak hizmet veren Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimleri aracılığı ile anılan programın yürütülmesine devam edilmektedir. Ülkemizde aile hekimliği sistemine geçildiğinden Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programının aile hekimliği sistemine entegre edilmesi gerekmektedir.

İntihar genç yaşlarda daha sık ve artan bir sorun olduğundan, önlenmesi konusundaki faaliyetlerde Milli Eğitim Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı gibi paydaş kurumlarla koordineli çalışılmalıdır.

### **3.3.1.5. Afet ve Travmaların Ruhsal Sonuçlarının Önlenmesi**

Ülkemiz deprem kuşağı üzerinde olduğu için bazıları çok şiddetli olabilen depremler ile sel, çığ düşmesi, toprak kayması gibi doğal afetler sıkça yaşanmaktadır. Ayrıca ülkemizde yangın, iş kazası, doğal gaz patlaması gibi olaylar da seyrek değildir. Tüm bunlara maruz kalan, bazen geniş kitleler bazen de bireyler olay anında, hemen sonrasında veya uzun yıllar boyunca psikolojik olarak etkilenebilmekte ve bazen psikiyatrik müdahale gerekmektedir.

Afet veya travma sonrası oluşan stresi en aza indirmek ve ileri dönemlerde rahatsızlıkların ortaya çıkmasını engellemek için proaktif müdahalede bulunmak gerekir. Afet yada travma anı ve hemen sonrası kaotik bir süreçtir. İhtiyaçların en yüksek, kaynakların en az olduğu bu dönemde insanlar zamana karşı bir yarış yapmak zorundadır. Fizyolojik ve maddi ihtiyaçların ön planda olduğu bu dönemde olayın şoku psikolojik ihtiyaçları gölgeler. Ancak barınma, yemek, güvenlik gibi temel fizyolojik ihtiyaçların belirli bir düzeyde karşılanmaya başlandığı ve kaotik ortamın biraz geçtiği dönemde psikolojik ihtiyaçlar ön sırayı alır. Psikolojik sorunlar fizyolojik ihtiyaçların artmasına sebep olduğu gibi karşılanması ve baş edilmesi her zaman mümkün olmayan problemlere de sebep olabilirler. Bu dönemde kitlelere veya bireye sağlıklı müdahalede bulunulmazsa ileride yaşanabilecek sorunların daha çok büyümesi muhtemeldir.

Özellikle geniş kitleleri etkileyen afetler kişinin yaralanması veya sakatlanması, yakınların ölümü veya sakat kalması, kişinin bunları kötü şartlarda görmesi ve yaşaması, çaresizlik, imkansızlık, bir şey yapamama, işe yaramama duygularının yoğun yaşanması, olaylardan veya sonuçlarından bir şekilde sorumlu olduğunu düşünme, başkalarını suçlama ve intikam alma düşünceleri, öz saygıyı kaybetme, intihar düşünceleri, temel fizyolojik ihtiyaçların karşılanmaması sebebiyle regrese olma veya suçluluk duyma gibi yoğun psikolojik süreçler yaşanabilir. Bu süreçleri yaşayanların çoğu akut stres bozukluğu semptomları gösterse de çok azı post-travmatik stres bozukluğu tanısı alır. Ancak bu zorlu süreçlere mutlaka müdahale edilmeli ve kitleler veya birey desteklenmelidir. Bu müdahale veya desteğin nasıl yapıldığı çok önemlidir. Özellikle büyük afetlerde bazen psikolojik destek verenler de post-travmatik stres bozukluğu yaşayabilmektedir.

Ülkemizde afet yaşandığında veya travmatik büyük bir olay olduğunda kamu tarafından ivedilikle 'kriz müdahale masası' oluşturulmaktadır. Krizi yönetmeyle görevli bu masa özellikle akut dönemdeki kaosu çözmeye ve lojistik unsurların sevk ve idaresine çalışır. Sosyal sorunları daha çok güvenlik perspektifiyle ele alan bu yapılanma, psikolojik destek konusunda yetersiz kalabilmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerine diğer sağlık hizmetlerinin aksine akut dönemde fazla ihtiyaç hissedilmezken ilerleyen dönemde hissedilir. Bu da verilecek hizmetlerin başta az ama giderek artan şekilde daha uzun süreçler için planlanmasını gerektirir. Ancak genelde ruh sağlığı hizmetlerinin farklılıkları göz önüne alınmadan, psikiyatristler ve psikologlar diğer sağlık çalışanları gibi ilk günler yoğun olarak kriz bölgesine gönderilirler ama ihtiyacın daha çok olduğu ilerleyen günlerde insan kaynağı

sıkıntısı yaşanır. Bazen akut dönem geçtikten sonra baş gösteren sorunlara o an çözüm getirilmeye çalışılmakta ancak çözüm için yapılanlar yeni sorunlara sebep olabilmektedir. Geçmiş tecrübeler göstermiştir ki, afet veya travmalarda sosyal ve psikolojik destek kamu yerine ağırlıklı olarak sivil toplum kuruluşları tarafından verilmektedir. Ancak her kuruluş kendi başına ve kendi yöntemiyle hizmet ürettiğinden bazen iyi niyetli bu çabaların kendisi sorunlara sebep olmaktadır.

Krize psikolojik destek ve psikiyatrik müdahale için önceden hazırlık yapmak gerekir. Hazırlanacak eylem planında kriz masasından başlayan ve olay yerine uzanan bir hiyerarşik yapılanma belirlenmeli, olay tiplerine göre kimin, neyi, ne zaman ve nasıl yapacağı tespit edilmelidir. Afetzedeler dışında diğer sağlık ekipleri ve yardım görevlilerine verilecek destek ve eğitim hizmetleri de planlanmalıdır. Psikolojik destekler için hedefler belirlenmeli ve uygulamada bu hedeflerin sınırlarının aşılmasına izin verilmemelidir.

### **3.3.2. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Hizmetlerine Entegrasyonu**

Ülkemizde ruhsal hastalığı olan altı kişiden ancak biri yardım aramaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1988 yılında 11 ülkede, "Ruh Sağlığı Hizmetine Ulaşım Yolları Görüşme Formu" kullanarak yaptığı araştırmada ruhsal yakınmalarla ilgili ilk başvurunun Avrupa ülkeleri ve Küba'da ağırlıklı olarak pratisyen hekimlere, Kenya'da psikiyatri dışı uzmanlara, Hindistan ve Pakistan'da ruh sağlığı birimlerine, Endonezya'da ise geleneksel tedavilere yapıldığını göstermiştir. Benzer bir yöntemle Ankara'da yapılan çalışmada hastaların yarısının doğrudan ruh sağlığı uzmanına ulaştığı, yarıya yakınının diğer uzmanlara başvurduğu, pratisyen hekimlere başvurunun ise çok düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Erzurum'da aynı yöntemle yapılan başka bir çalışmada ise hastaların yarıya yakınının psikiyatri dışı uzmanlara başvurduğu, bu oranı sırası ile pratisyen hekimler, psikiyatrlar ve geleneksel tedavilerin izlediği tespit edilmiştir. Çalışmalar, bölgesel farklılıklar olsa da ülkemizde ruhsal rahatsızlıklarda hasta sevk zincirinin arzulandığı şekilde işlemediğini, pratisyen hekimlere müracaatın beklenenin çok altında olduğunu, ilk başvurunun doğrudan psikiyatri uzmanına oldukça fazla yapıldığını göstermektedir. Oysa ülkemizde hem erişkin hem de çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında uzman açığının olduğu, buna ek olarak psikiyatrik hastalıkların sıklığının ve hastalık yükünün fazla olduğu göz önüne alındığında, bazı ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta verilmesinin daha uygun olacağını düşündürmektedir.

Ülkemizde 2010 yılı sonu itibarıyla tüm illerde aile hekimi uygulamasına geçilmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunun da bu yeni modele adapte edilmesi gerekir. Aile hekimliği uygulamasında hekim-hasta ilişkisinin daha uzun süreli ve yakın olduğu düşünüldüğünde ruh sağlığı hastalarına hizmetin birinci basamakta verilmeye başlanması ve gerek olduğunda ikinci veya üçüncü basamağa sevki daha uygundur. İleride evde sağlık hizmetleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, madde bağımlılığı toplum temelli tedavi merkezleri, gençlik evleri ve toplum merkezleri uygulamalarının daha yaygınlaşması planlandığından aile hekimleri ile bu merkezlerin koordineli çalışmaları gerekmektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetlerine entegrasyonu için öncelikle buralarda çalışanlara ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve takipleri hakkında sürekli hizmet içi

eğitim planlanmalıdır. Evde sağlık hizmetleri ve toplum ruh sağlığı hizmetleri, bağımlılık tedavisi hizmet modeli gibi toplum temelli uygulamalar ile damgalama ve ayrımcılıkla m¼cadele, çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programı, kadına yönelik aile içi Şiddet ve sağlık sonuçlarını erken tanılama, intiharı erken tanıma gibi riskli gruplara yönelik y¼r¼t¼lmekte olan koruyucu ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunun sağlanması gerekmektedir. Bu amaçla aile hekimlerine ve birinci basamak çalışanlarına bu sistemler ve kurumları hakkında bilgi verilmeli ve işbirliği için tedbirler alınmalıdır.

### **3.3.2.1. Ruh Sağlığı Alanında Akılcı İlaç Kullanımı**

Son yıllarda yapılan bazı çalışmalar psikotrop ilaç kullanımını gerektiren hastalık sıklığı ile açıklanamayacak d¼zeyde psikotrop ilaç kullanımda artış olduğunu g¼stermektedir. Psikotrop ilaç reçete edenlere baktığımızda en fazla pratisyen hekimlerin daha sonra psikiyatri dışı uzman hekimlerin geldiği g¼r¼lmektedir. Bu durum psikotrop ilaçların kullanımı ile ilgili akılcı ilaç kullanım kılavuzlarının gerekliliğini akla getirmektedir. Pratisyen hekimlere yönelik olarak yaklaşık 20 yıldır ruh sağlığı eğitimi d¼zenlenmesine karŐın hastaların b¼y¼k oranda başvurduğu psikiyatri dıŐındaki uzman hekimlere yönelik bu t¼r programlar bulunmamaktadır. Bu nedenle birinci basamak çalışanlarına yönelik planlanan eğitimlere psikiyatri dışı uzman hekimler de dahil edilmelidir.

### **3.3.3. Psikiyatri Yatak Sayısının D¼zenlenmesi**

#### **3.3.3.1. Genel Hastanelerde Psikiyatri Yatak Sayısının Arttırılması**

T¼rkiye’de Ekim 2010 verilerine g¼re toplam 7356 psikiyatri yatağı bulunmaktadır ve toplam yatağın %53,5’i RSHH’leri içinde yer almaktadır (**Tablo.2.** ve **Grafik.2.**). RSHH’lerdeki 668 adli psikiyatri yatağı, 184 alkol ve madde bağımlılığı yatağı ve 564 kronik hasta bakım yatağı dışında toplam 2516 yatak genel psikiyatri hizmetleri için kullanılmaktadır (**Tablo.3.**). Üniversite ve özel sekt¼re ait t¼m yatakların da bu amaçla kullanıldığı kabul edilirse genel psikiyatri hizmetleri için kullanılan yatak sayısı 5940 olmakta ve **100 bin kişiye 8,1 yatak** d¼Őmektedir.

Halen sağlık bakanlığına bağlı genel hastanelerde 21 birimde 10 yataktan az olmak üzere (ortalama=5,8) toplam 101 birimde 1999 yatakla psikiyatri hizmeti verilmektedir. 1 ile 6 yatağa sahip (ortalama=2,5) 71 birimde ise toplam 187 yatak aktif olarak kullanılmamaktadır.

Bakanlığımız ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli modele d¼n¼Őt¼r¼lmesi kararını almıştır. Bu modelde b¼lge hastanesi uygulamasına son vermek gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemiz 29 sağlık b¼lgesine ayrılmıştır ve bu b¼lgelerin hasta yatakları dahil t¼m sağlık hizmetleri yapılanması yeniden organize edilmektedir. Bu yeni yapılanmaya uygun olarak 8 b¼lge hastanesinin yatak sayılarının azaltılması ve zamanla bu hastanelerin sadece buldukları il’e hizmet vermesi ve toplum temelli modele uygun olarak yeni açılacak psikiyatri yataklarının genel hastaneler içinde olması planlanmaktadır. **Tablo.10.**’da her hastanede kaç yatak açılmasının planlandığı detaylı olarak g¼sterilmiŐtir.

Detayları **Tablo.8**'de gösterilen yeni planlamada ruh sağlığı hastaneleri de dahil olmak üzere en az 10-15 yataktan oluşan 180 birimde hizmet verilmesi planlanmıştır. Her birimdeki yatak sayısı hesaplanırken nüfus yoğunluğu başta olmak üzere birçok parametreye bakılmıştır.

**Tablo.8.** Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Planlanan Genel Psikiyatri Yataklarının Dağılımı.

	Yatak Sayıları								TOPLAM
	10-15	20	25-35	40-50	60-90	100-160	200	600	
Merkez Sayısı	19	47	48	27	22	14	2	1	180
Toplam Yatak	270	940	1395	1135	1610	1640	398	600	7988

Plan sonucunda genel psikiyatri için kullanılan Bakanlık hastanelerindeki yatak sayısı %76,9 oranında artarak 4515'den 7988'e çıkmaktadır. Üniversiteler ve özel sektörün yataklarıyla birlikte ülkemizdeki toplam genel psikiyatri yatak sayısı %58,5 oranında artarak 5940'dan 9413'e çıkmakta ve **100 bin kişiye 12,9 yatak** düşmektedir. Bu arada 7356 olan tüm psikiyatri yatak sayısı yapılması planlanan 2350 adli psikiyatri yatağıyla birlikte %59,9 artarak 11763'e çıkmaktadır (**Tablo.9.**)

**Tablo.9.** Planlanan Bakanlık Psikiyatri Yatakları ile Diğer Kurum Yataklarının Dağılımı.

	Birim Sayısı (Şimdiki)	Yatak Sayısı (Şimdiki)	Birim Sayısı (Planlanan)	Yatak Sayısı (Planlanan)	Artış
SB RSHH - Genel Psikiyatri	8	2516	8	1380	% (-45)
SB RSHH - Adli Psikiyatri	5	668	23	2350	% 252
SB RSHH - AMATEM*	5	184			
SB RSHH - Kronik Bakım**	3	564			
SB Genel Hastaneler	101	1999	172	6608	% 231
Üniversiteler	35	968	35	968	-
Özel RSHH	5	415	5	415	-
Özel Genel Hastaneler	20	42	20	42	-

\* SB THGM tarafından ayrı planlanacak \*\* Sosyal Hizmetlere devredilecek

**Tablo.10.** Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Planlanan Psikiyatri Yatak ve TRSM Sayıları.

İl	Hastane	Hastane Rölü	Var Olan Yatak Sayısı	Planlanan Yatak Sayısı	Planlanan Psikiyatri Yatak Sayısı	Açılması Planlanan TRSM Sayısı	İl Nüfusu (2009)	İl Toplam Psikiyatri Yatak Sayısı	100bin Kişiyeye Düşen Psk. Yatak Sayısı
Adana	Kampüs (Adana RSHH)	A1		1400	120	5	2062	260	12,6
	Adana Çukurova D.H.	A11	600	500	50				
	Adana Numune EAH.	A1	910	250	20				
	Adana D.H.	A11	311	350	30				
	Adana Kozan D.H.	B	125	200	20				
	Adana Ceyhan D.H.	B	176	200	20	1			
Adıyaman	Adıyaman D.H. (Yeni)	A11	282	400	40	1	588	40	6,8
	Adıyaman Kahta D.H.	B	76	150		1			
	Adıyaman Besni D.H.	C	63	75		1			
Afyon	Afyonkarahisar D.H.	A11	400	800	60	1	701	60	8,6
Ağrı	Ağrı D.H.	A11	271	375	35	1	538	35	6,5
	Patnos D.H.	B	75	150		1			
	Doğubeyazıt D.H.	B	80	150		1			
Aksaray	Aksaray D.H.	A11	350	400	40	1	377	40	10,6
Amasya	Amasya D.H.	A11	426	300	30	1	324	30	9,3
	Merzifon D.H.	B	180	180		1			
Ankara	Kampüs Etlik	A1		3056	106	15	4650	424	9,1
	Kampüs Bilkent	A1		3056	198				
	Ankara Keçiören EAH.	A1	308	250	20				
	Ankara EAH.	A1	622	250	20				
	Sincan D.H. (Yeni)	A11	239	400	20				
	Mamak D.H. (Yeni)	B		200	20				
	Ankara Polatlı Duatepe D.H.	B	276	250	20	1			
	Gölbaşı D.H.	B	75	200	20	1			
Çubuk D.H.	B	100	100		1				
Antalya	Antalya Kampüs	A1		1000	80	3	1920	185	9,6
	Antalya EAH.	A1	904	675	40				
	Antalya Kepez (Yeni)			300	20				
	Antalya Alanya D.H.	A11	225	300	25	1			
	Antalya Manavgat D.H.	B	179	200	20	1			
Ardahan	Ardahan D.H.	B	100	150	10		108	10	9,3



İl	Hastane	Hst. Rolü	Var Olan	Planlanan	Planlanan Psk. Ytk.	TRSM	İl Nüfusu	T. Psk. Ytk.	Psk. Yatak/100bin Kişi
Artvin	Artvin D.H.	B	204	150	15		166	15	9,0
	Aydın D.H.	A11	465	600	50	1			
Aydın	Aydın Nazilli D.H.	A11	405	400	30	1	979	100	10,2
	Aydın Söke F. Faik Kocagöz D.H.	B	245	200	20	1			
	Balıkesir D.H. (Yeni)	A11		850	80	1			
Balıkesir	Bandırma D.H.	B	350	300	30	1	1140	130	11,6
	Edremit D.H.	B	202	200	20				
Bartın	Bartın D.H.	B	300	300	20		188	20	10,6
Batman	Batman D.H.	A11	350	500	40	1	498	40	8,0
Bayburt	Bayburt D.H.	B	150	150	10		75	10	13,3
	Bilecik D.H.	B	100	200	15	1			
Bilecik	Bozüyük D.H.	B	120	100		1	202	15	7,4
Bingöl	Bingöl D.H.	A11	325	300	25	1	256	25	9,8
Bitlis	Bitlis Tatvan D.H.	B	279	400	25		328	25	7,6
Bolu	Bolu İzzet Baysal RSHH.	A11D	90	60	60	1	272	60	22,1
Burdur	Burdur D.H.	B	320	300	20	1	252	20	7,9
	Kampüs	A1		1200	80				
	Bursa Dörtçelik RSHH.	A11D			120				
	Bursa D.H.	A11	808	400	40	5			
Bursa	Bursa Çekirge D.H.	A11	525	400	40		2551	330	12,9
	M.Kemalpaşa D.H.	B	179	200	20				
	İnegöl D.H.	A11	308	300	30	1			
	Gemlik D.H.	B	128	130		1			
Çanakkale	Çanakkale D.H.	A11	500	500	50	1	478	50	10,5
Çankırı	Çankırı D.H.	B	238	250	15	1	185	15	8,1
	Çorum D.H.	B	700	300	25	1			
Çorum	Çorum D.H. (Yeni)	A11		400	35		541	60	11,1
	Kampüs	A11		1200	80				
Denizli	Denizli Servergazi D.H.	B	304	200		2	926	80	8,6
	Diyarbakır Kampüs	A1		1550	100				
Diyarbakır	Diyarbakır D.H. (Yeni)	A11		600	20	3	1515	120	7,9
Düzce	Düzce Atatürk D.H.	A11	275	375	30	1	335	30	9,0

İl	Hastane	Hst. Rolü	Var Olan	Planlanan	Planlanan Psk. Ytk.	TRSM	İl Nüfusu	T. Psk. Ytk.	Psk. Yatak/100bin Kişi
Edirne	Edirne D.H.	A11	422	400	35	1	395	50	12,7
	Keşan	B	175	150	15				
Elazığ	Elazığ RSHH	A11D	510	80	80	1	551	80	14,5
Erzincan	Erzincan D.H.	A11	400	385	20	1	213	20	9,4
Erzurum	Erzurum Kampüs	A1		1300	80	1	774	80	10,3
Eskişehir	Eskişehir Kampüs	A1		780	80	1	755	100	13,2
	Eskişehir Yunus Emre D.H.	A11	618	600	20	1			
Gaziantep	Kampüs			1550	120		1654	185	11,2
	Şehitkamil D.H.	A11	330	250	20	4			
	Gaziantep Cengiz Gökçek D.H.	A11	606	300	30				
	Gaziantep Nizip D.H.	B	127	150	15	1			
	Gaziantep İslahiye D.H.	C	66	100		1			
Giresun	Giresun Prof Dr. A. İ. Özdemir D.H.	A11	400	400	40	1	422	40	9,5
Gümüşhane	Gümüşhane D.H.	B	208	200	15		131	15	11,5
Hakkari	Hakkari D.H.	B	160	250	20		257	20	7,8
Hatay	Hatay Antakya D.H.	A11	417	1000	80	1	1448	125	8,6
	Hatay İskenderun D.H.	A11	397	500	45	1			
	Hatay Samandağı D.H.	C	48			1			
	Hatay Kırıkhan D.H.	C	90	150		1			
	Reyhanlı D.H.	C	80			1			
	Hatay Dört Yol D.H.	B	132	125		1			
İğdır	İğdır D.H.	B	220	250	20	1	183	20	10,9
Isparta	Isparta D.H. (Yeni)	A11		700	40	1	421	40	9,5
	Kampüs			1450	140		3868	450	11,6
	İzmir Atatürk EAH.	A1	1110	700	80				
	İzmir Bozyaka EAH.	A1	688	400	40				
	İzmir Tire Dr.Ertuğrul Aker D.H.	B	227	200	20	12			
	İzmir Buca Seyfi Demirsoy D.H.	A11	406	400	30				
	İzmir Tepecik EAH.	A1	735	1400	60				
	İzmir Çiğli D.H.(Yeni)		30	400	40				
	İzmir Ödemiş D.H.	B	250	250	20	1			
	İzmir Menemen D.H.	B	180	200	20	1			
	Torbali D.H.	B	100	150		1			
Kemalpaşa D.H.	C	50	50		1				

İl	Hastane	Hst. Rolü	Var Olan	Planlanan	Planlanan Psk. Ytk.	TRSM	İl Nüfusu	T. Psk. Ytk.	Psk. Yatak/100bin Kişi	
K. Maraş	Kahramanmaraş D.H.	A11	515	500	90	2	1037	110	10,6	
	Kahramanmaraş Elbistan D.H.	B	234	250	20	1				
	Afşin D.H.	B	101	125		1				
Karabük	Karabük D.H.	A11	233	400	25	1	219	25	11,4	
Karaman	Karaman D.H.	A11	441	300	30	1	232	30	12,9	
Kars	Kars D.H.	A11	369	350	25	1	307	25	8,1	
Kastamonu	Kastamonu Dr.M. İslamoğlu D.H.	A11	225	300	25	1	360	25	6,9	
Kayseri	Kampüs	A1		1548	126	3	1206	126	10,4	
Kırıkkale	Kırıkkale D.H.(Y.İ.H.)	A11	215	600	35	1	281	35	12,5	
Kırklareli	Kırklareli D.H.	B	301	250	15		333	35	10,5	
	Kırklareli Lüleburgaz D.H.	B	266	300	20	1				
Kırşehir	Kırşehir D.H.	B	300	300	25	1	223	25	11,2	
Kilis	Kilis D.H.	B	162	200	15	1	122	15	12,3	
Kocaeli	Kampüs	A1		1130	80	1	1522	195	12,8	
	Derince EAH.	A1	331	300	30	1				
	Kocaeli Gölcük D.H.	B	210	250	25	1				
	Kocaeli Darıca D.H.	B	298	300	20	1				
	Kocaeli Gebze Fatih D.H.	B	184	400	40	1				
	Körfez	C	65	50		1				
Konya	Konya EAH.	A1	1040	1040	160	3	1993	180	9,0	
	Konya Numune H.	A11	600	400						
	Konya Ereğli D.H.	B	251	250	20					1
	Konya Akşehir D.H.	B	180	200						1
Kütahya	Kütahya D.H.	A11	270	500	40	1	572	55	9,6	
	Kütahya Tavşanlı D.H.	B	232	250	15	1				
Malatya	Malatya Beydağı D. H.	A11	600	640	80	2	737	80	10,9	
Manisa	Manisa RSHH.	A11D	786	100	100	1	1332	185	13,9	
	Manisa Akhisar D.H.	B	200	300	25	1				
	Manisa Turgutlu D.H.	B	228	300	20	1				
	Manisa Salihli D.H.	B	254	250	25	1				
	Manisa Alaşehir D.H.	B	145	200	15					

İl	Hastane	Hst. Rolü	Var Olan	Planlanan	Planlanan Psk. Ytk.	TRSM	İl Nüfusu	T. Psk. Ytk.	Psk. Yatak/100bin Kişi
Mardin	Mardin D.H.	A11	150	400	30	1	738	65	8,8
	Mardin Nusaybin D.H.	B	50	150	15	1			
	Mardin Kızıltepe D.H.	B	79	200	20	1			
Mersin	Kampüs	A11		1100	100	3	1641	170	10,4
	Mersin Tarsus D.H.	A11	722	600	50	1			
	Mersin Silifke D.H.	B	160	200	20				
Muğla	Muğla D.H.	A11	501	500	30	1	802	75	9,4
	Muğla Fethiye D.H.	B	223	200	20	1			
	Muğla Milas 75.Yıl D.H.	B	173	150	15	1			
	Muğla Bodrum D.H.	B	77	100	10				
Muş	Muş D.H.	B	289	300	30	1	404	30	7,4
Nevşehir	Nevşehir Dr.İ.Ş. Atasagun D.H.	A11	300	300	25	1	284	25	8,8
Niğde	Niğde D.H.	A11	330	300	30	1	340	30	8,8
Ordu	Ordu D.H.	A11	438	450	40	1	724	80	11,0
	Fatsa D.H.	B	317	300	20	1			
	Ünye D.H.	B	279	300	20	1			
Osmaniye	Osmaniye D.H.	A11	305	500	45	1	471	45	9,6
	Osmaniye Düziçi D.H.	C	75	70		1			
	Osmaniye Kadirli D.H.	B	165	165		1			
Rize	Rize EAH.	A1	354	354	40	1	320	40	12,5
Sakarya	Sakarya EAH.	A1	410	800	80	2	861	80	9,3
Samsun	Samsun Kampüs	A1		400	120	2	1250	160	12,8
	Çarşamba D.H.	B	162	200	20	1			
	Bafra Nafiz Kurt D.H.	B	202	250	20	1			
	Vezirköprü D.H.	B	190	150		1			
Siirt	Siirt D.H.	A11	202	400	30	1	304	30	9,9
Sinop	Sinop Atatürk D.H.	B	250	200	15		201	15	7,5
Sivas	Sivas Numune H.	A11	504	600	60	1	633	60	9,5
Şanlıurfa	Kampüs	A11		950	80	1	1613	150	9,3
	Şanlıurfa EAH.	A1	529	400	30	1			
	Şanlıurfa Siverek D.H.	B	68	200	20	1			
	Şanlıurfa Viranşehir D.H.	B	61	200	20	1			
Şırnak	Şırnak D.H.	B	143	200	15	1	430	35	8,1
	Şırnak Cizre Dr.S. Cizrelioğlu D.H.	B	133	200	20	1			

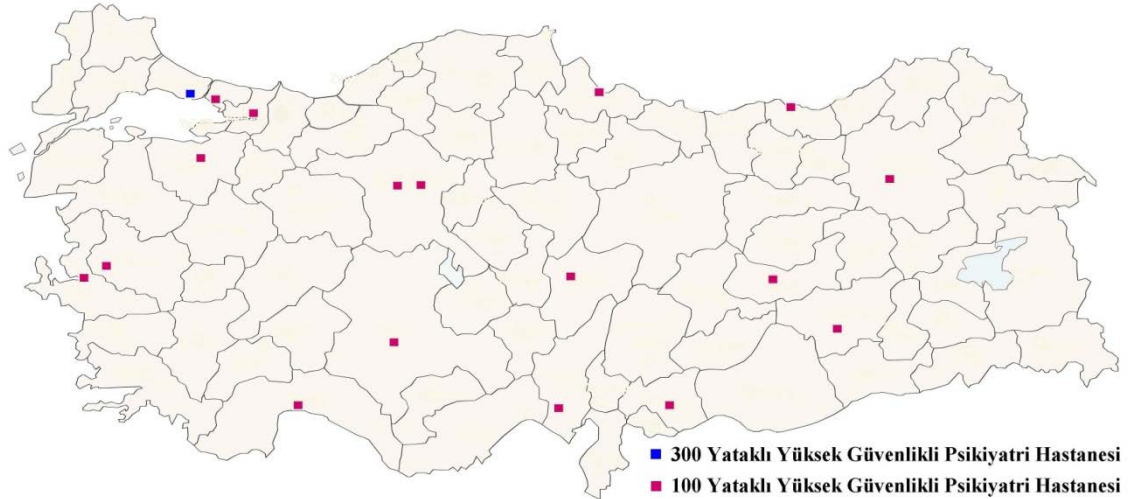
İl	Hastane	Hst. Rolü	Var Olan	Planlanan	Planlanan Psk. Ytk.	TRSM	İl Nüfusu	T. Psk. Ytk.	Psk. Yatak/100bin Kişi
Tekirdağ	Tekirdağ D.H.	A11	400	400	30	1	783	60	7,7
	Tekirdağ Çorlu D.H.	B	242	300	30	1			
	Tekirdağ Çerkezköy D.H.	B	137	200		1			
Tokat	Tokat RSHH.	A11D	150	60	60	1	624	60	9,6
Trabzon	Trabzon Kampüs	A1		400	100	1	765	100	13,1
Tunceli	Tunceli D.H.	B	150	150	15		83	15	18,1
Uşak	Uşak D.H.	A11	605	600	45	1	336	45	13,4
Van	Van Kampüs	A1		1300	100	1	1022	100	9,8
Yalova	Yalova D.H.	B	206	200	20	1	203	20	9,9
Yozgat	Yozgat D.H. (Ankara Etlik)	A11	290	350	25	1	487	40	8,2
	Sorgun D.H.	B	130	250	15				
Zonguldak	Zonguldak Atatürk D.H.	A11	437	450	40	2	620	60	9,7
	Zonguldak Karadeniz Ereğli D.H.	B	375	300	20	1			
İSTANBUL ANADOLU KUZAY BÖLGESİ	Erenköy RSHH	A1D	250	300	200		2789	430	15,4
	Kartal Dr.Lütfi Kırdar EAH.	A1	699	822	60	1			
	Göztepe EAH.	A1	690	600	30				
	Pendik D.H.	A1	100	470	30	2			
	Tacirler E.V. Sultanbeyli D.H.	B	100	300	30	1			
	Fatih Sultan Mehmet EAH.	A1	300	600	30				
	Tuzla D.H.	B	40	400	30	1			
	Kartal Yavuz Selim D.H.	A11	225	200	20	1			
	Maltepe Bölgesi					2			
	Ataşehir Bölgesi					1			
İSTANBUL ANADOLU GÜNEY BÖLGESİ	Haydarpaşa Numune EAH.	A1	727	600	60	1	1765	200	11,3
	Ümraniye EAH.	A1	326	692	60	1			
	Sarıgazi D.H.			400	30	1			
	Üsküdar D.H.	A11	250	500	30	1			
	Paşabahçe D.H.	A11	300	310	20	1			
	Sancaktepe Bölgesi					1			
	Beykoz Bölgesi					1			
	Çekmeköy Bölgesi					1			

İl	Hastane	Hst. Rolü	Var Olan	Planlanan	Planlanan Psk. Ytk.	TRSM	İl Nüfusu	T. Psk. Ytk.	Psk. Yatak/100bin Kişi
İSTANBUL AVRUPA BAKIRKÖY BÖLGESİ	Bakırköy Kampüs			2300	600	1			
	Bağcılar EAH.	A1	498	461	30	2			
	Güngören D.H. (Yeni)			400	30	1	2291	660	28,8
	Bahçelievler Bölgesi					2			
	Esenler Bölgesi					2			
İSTANBUL AVRUPA ÇEKMECEBÖLGESİ	İkitelli Kampüs			1980	128				
	Beylükdüzü D.H.			300	30	1			
	Büyükçekmece D.H.(Yeni)	B	50	200	20	1			
	Esenyurt D.H. (Yeni)	B		300	20	2	2217	198	8,9
	Başakşehir D.H	B	100	100		1			
	Avcılar Bölgesi					2			
	K.Çekmece (Halkalı)					2			
İSTANBUL AVRUPA BEYOĞLUBÖLGESİ	Silivri D.H	B	161	150		1			
	Okmeydanı EAH.	A1	808	600	40	1			
	Seyrantepe D.H.			500	40	1			
	Sarıyer D.H.	C	40	300	30	1			
	Taksim EAH.	A1	249	200	20		1770	130	7,3
	Beşiktaş D.H.	C	50	50		1			
	Beyoğlu Bölgesi					1			
	Kağıthane Bölgesi					1			
İSTANBUL AVRUPA FATİH BÖLGESİ	Eyüp Bölgesi					1			
	Haseki EAH.	A1	536	400	40	1			
	İstanbul EAH.	A1	363	500	40				
	Sultangazi D.H.(Yeni)			400	40	2			
	Bayrampaşa D.H.	B	100	300	30	1	2083	180	8,6
	Gaziosmanpaşa D.H.(Yeni)			300	30	2			
	Fatih Bölgesi					1			
	Zeytinburnu Bölgesi					1			
Arnavutköy Bölgesi					1				
				İstanbul Anadolu Yakası		17	4554	630	13,8
				İstanbul Avrupa Yakası		34	8361	1168	14,0
				İstanbul Genel		51	12915	1798	13,9

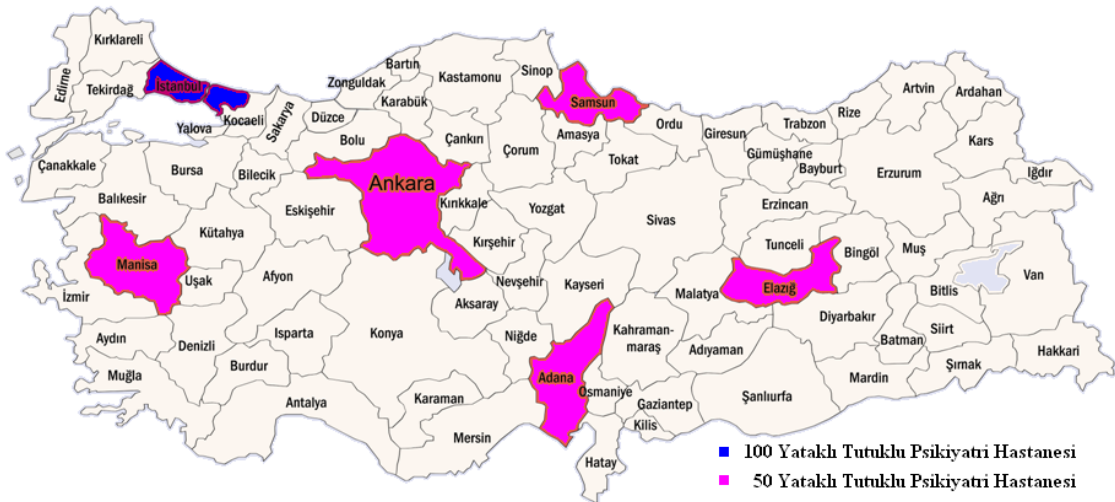
### 3.3.3.2. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri ve Tutuklu Psikiyatri Hastanelerinin Kurulması

2004 yılında kabul edilen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 57'nci madde birinci fıkrasında "Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar" denilmektedir. RSHH'lerindeki 668 adli psikiyatri yatağının 551'i yüksek güvenlikli olmadığı halde Kanun'da bahsedilen müşahede, muhafaza ve tedavi amacıyla kullanılmaktadır. Yatak sayısı çok yetersiz olduğundan ileri tarihlere randevu verilmektedir. Örneğin Mart 2011 itibarıyla Bakırköy RSHH'de bu şekilde sırada bekleyen 400'den fazla vaka vardır.

Adli psikiyatri yatak sayısının ülkemiz için kaç olması gerektiğinin tespiti amacıyla ülkemizde bu alanda çalışan uzmanlarla, DSÖ adına çalışan ve konu hakkında uzman olan yurtdışından bir ekiple 2010 yılında toplantılar yapılmıştır. Çalışmalar sonucunda Bakanlığımız 16 ilde toplam 2000 yüksek güvenlikli psikiyatri yatağı olan (Şekil.8.) ve 5 ilde toplam 350 tutuklu psikiyatri yatağı olan hastaneler (Şekil.9.) açmaya karar vermiştir.



Şekil.8. Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi Açılması Planlanan İller ve Yatak Sayıları.



Şekil.9. Tutuklu Psikiyatri Hastanesi Açılması Planlanan İller ve Yatak Sayıları.

### 3.3.4. Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Sayısının Artırılması

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve ilgili yönetmeliklerle ihtiyaç duyulan sağlık personelinin yetiştirilmesi ve istihdamı konusunda koordinatörlük görevi Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Ruh sağlığı alanında insan gücümüz Avrupa bölgesi ortalamalarının çok altındadır. Son yıllarda psikiyatri uzmanlık eğitimi kontenjanları artırılmış olsa bile bunun yeterli olduğu söylenemez (**Tablo.11.**).

**Tablo.11.** 2002-2010 Yılları Arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Kontenjanları.

YIL	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Toplam Kontenjan	123	98	131	213	170	164	173	172	195

Bu kişilerin eğitim aldıkları yerlere göre dağılımı **Tablo.12.**'de gösterilmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı 13 eğitim hastanesinde üniversitelerin ise 39'unda psikiyatri uzmanlık eğitimi verilmektedir.

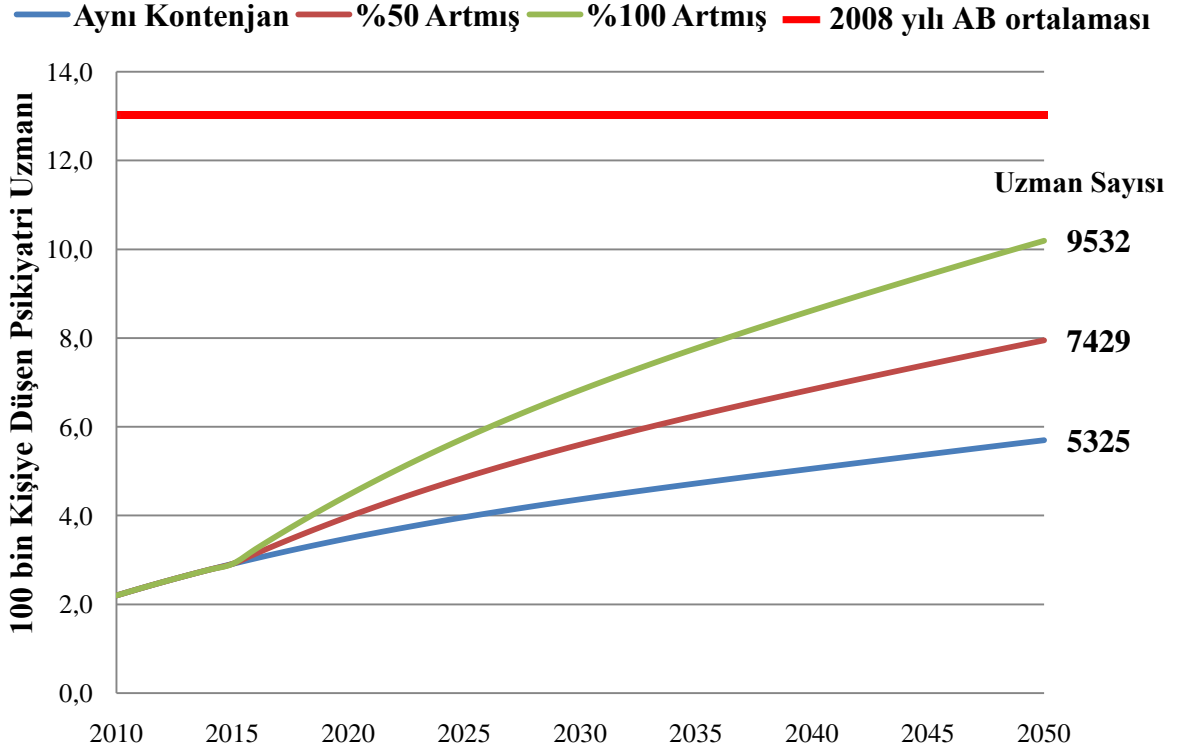
**Tablo.12.** 2002-2010 Yılları Arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimine Başlayanların Kurumlara Göre Dağılımı.

Kurum	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	GATA	Toplam
Toplam Kontenjan	625	762	27	1.414

Ülkemizde yılda ortalama 170 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının sisteme eklendiği göz önüne alınırsa Avrupa ülkelerindeki ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı oranına yetişmek çok uzun zaman alacaktır. **Grafik.7.**'de yılda 170 psikiyatri asistanı alınmaya devam edildiği takdirde 2050 yılına kadar olan projeksiyon görülmektedir. Aynı grafikte kontenjanların %50 ve %100 artırılması halinde beklenen projeksiyonlar da gösterilmiştir. Avrupa'da 100 bin kişiye düşen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısının 15 ülke ortalamasının günümüzde 12,9 olduğu düşünülürse, kontenjan %100 artırıldığında bile 2050 yılında 100 bin kişiye ancak 10,2 uzman sayısına ulaşılmaktadır.

Mevcut durum incelendiğinde; üniversitelerde yatak başına düşen asistan sayısı doyumluk düzeyinde olduğundan kontenjan artırımı yapmak mümkün görünmemektedir. Eğitim araştırma hastanelerindeki durum da farklı değildir. Yeni açılması planlanan kampus hastanelerde psikiyatri eğitim kliniği olmayan illerde yeni klinikler açarak kontenjanın arttırılabileceği düşünülmektedir.





**Grafik.7.** 2010-2050 Yılları Arası Projekte Edilen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Sayısı.

15 Avrupa ülkesinde 100 bin kişiye düşen çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı 1,5 iken ülkemizde bu sayı 0,28 düzeyindedir. **Tablo.13.**'de çocuk ruh sağlığı uzmanlık eğitimi kontenjanları; **Tablo.14**'de de bu kişilerin eğitim aldıkları yerlere göre dağılımı gösterilmiştir.

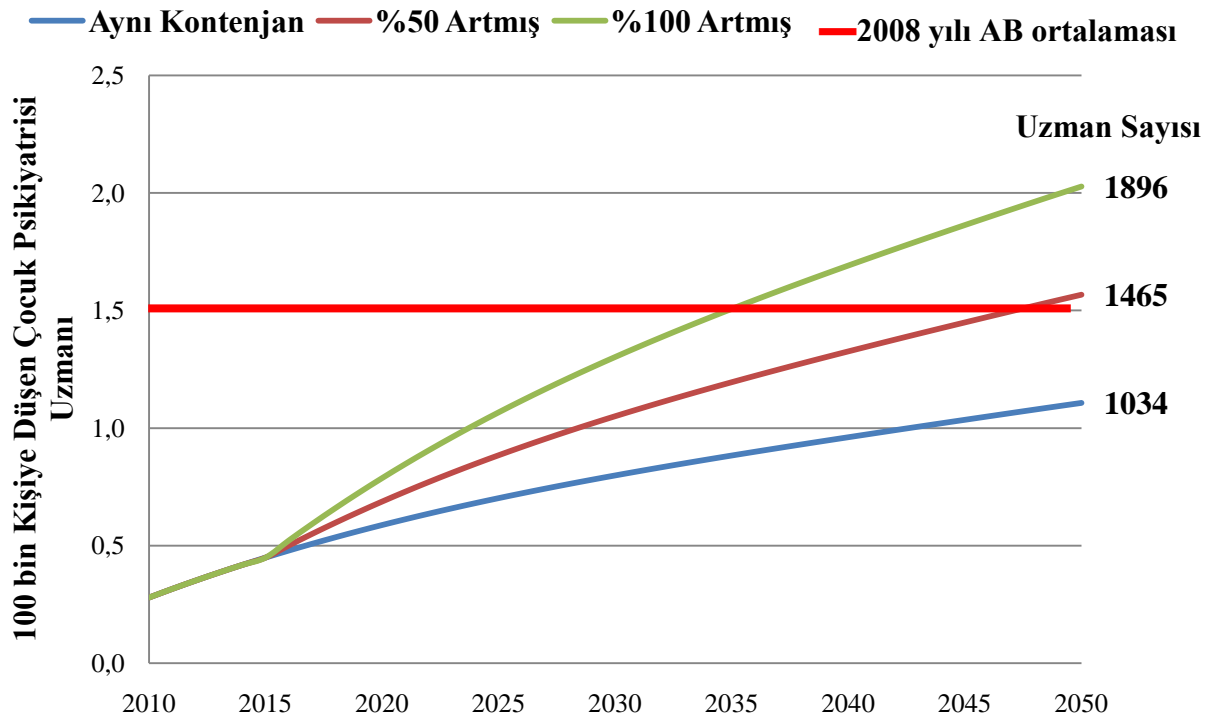
**Tablo.13.** 2002-2010 Yılları Arasında Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Kontenjanları.

YIL	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Toplam Kontenjan	19	27	22	25	24	25	47	42	41

**Tablo.14.** 2002-2010 Yılları Arasında Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimine Başlayanların Kurumlara Göre Dağılımı.

Kurum	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	GATA	Toplam
Toplam Kontenjan	39	226	3	268

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları branşındaki uzman sayısını Avrupa ülkeleri ile kıyaslarken bizdeki çocukların toplam nüfusa oranının çok daha fazla olduğuna dikkat etmek gerekir. Ülkemizde Mart 2011 itibariyle 206 çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı vardır ve son 5 yıllık TUS ortalamasına göre her yıl 34 yeni uzman sisteme dahil olmaktadır. **Grafik.8.**'de 2050 yılına kadar var olan kontenjanda, kontenjanın %50 ve %100 artırıldığı durumlarda ulaşılabilecek çocuk ruh sağlığı uzmanı sayıları ve 100 bin kişiye düşen uzman sayıları gösterilmiştir. Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinin 2'inde çocuk ruh sağlığı uzmanlık eğitimi verilmektedir ancak uzmanlık eğitimi veren 21 üniversiteye Sağlık Bakanlığı kadroları açılarak sayısının artırılması girişiminde bulunulmuştur. Her yıl ortalama uzmanlık eğitimine başlayan asistan sayısı 70-80 civarına çıkartılabilirse bu alandaki açığımız makul bir sürede kapanacak gibi görünmektedir.



**Grafik.8.** 20010-2050 Yılları Arası Projekte Edilen Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Sayısı.

Yine sağlık alanında çalışan psikolog sayısı Mart 2011 itibariyle 100 bin kişi için 2,20'dir ve bu oran DSÖ Avrupa bölgesi ülkeleri içinde en düşüklerdendir. Ülkemizde YÖK tarafından denkliği kabul edilen 40 üniversitede, 2010 yılında 2632 psikoloji lisans eğitimi için öğrenci kadrosu açmıştır. Sağlık alanında halen 1370 psikologun çalıştığı düşünülürse yeni mezun psikoloji lisansiyerlerinin bu alanı tercih etmesi özendirilmelidir. Ayrıca psikoloji lisans eğitiminin klinik psikolojiye yönelik olarak gözden geçirilmesi gerekmektedir.

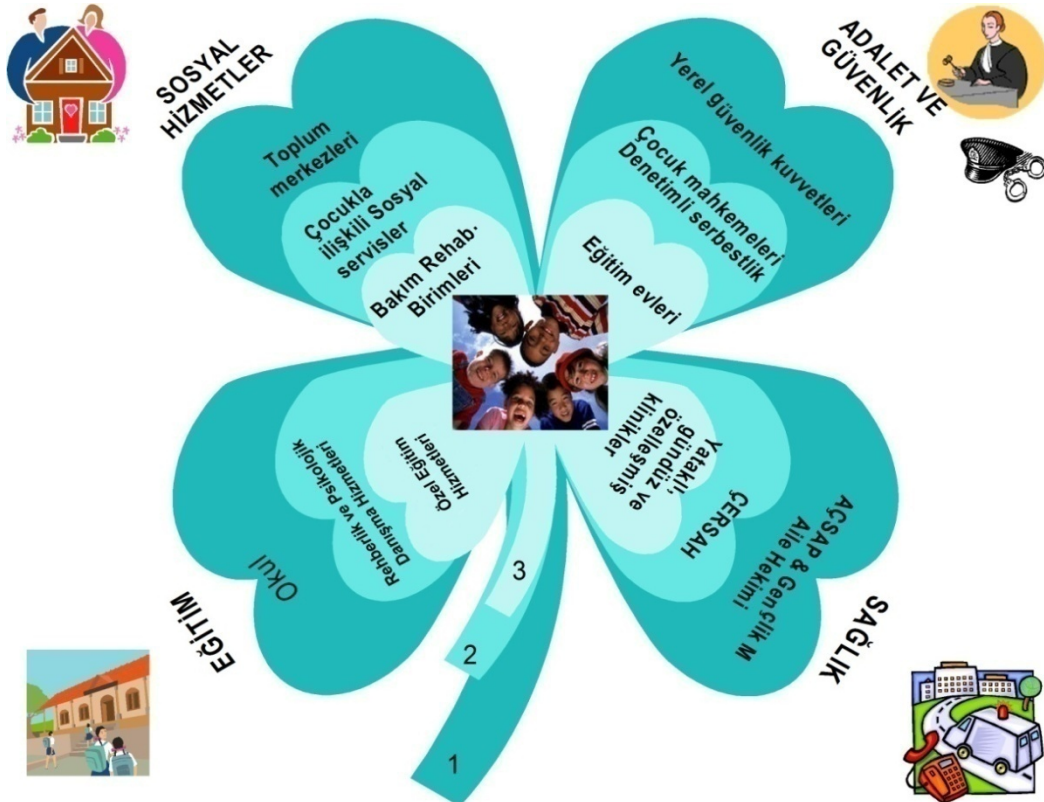
Ülkemizde psikiyatri dal hemşireliği yeni gelişmekte olan bir alandır ve bu alanda eğitim almış hemşire sayısı oldukça azdır. Psikiyatri kliniklerinde çalışan mevcut hemşirelerden başlamak üzere bundan sonra psikiyatri alanında çalışacak hemşirelerin ruh sağlığı hemşireliği eğitimlerinin ve sertifikasyonlarının sağlanması gerekmektedir. Hemşirelerde de uzmanlık teşvik edilmelidir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanları çok önemlidir. Örneğin Almanya’da sistem sosyal çalışmacıların üzerine kurulmuştur. Ancak ülkemizde sağlık alanında halen 613 sosyal hizmet uzmanı çalışırken, 2010 öğretim yılında 10 üniversitede 678 öğrenci eğitime kabul edilmiştir. Bu sayının hızla artırılması çok önemlidir.

### 3.3.5. Çocukluk ve Ergenlik Dönemine Yönelik Çalışmalar

Sağlık hizmeti verenler çocukların gelişimindeki aksamaları saptama, önleme ve gereğinde sağıltma gibi çok önemli bir olanağa sahiptirler. Yapılan araştırmalar yaşamın anne karnında geçen döneminde ve doğumdan sonraki ilk üç yılında beyin gelişiminin yaşamın başka dönemlerinden çok daha hızlı olduğunu göstermektedir. Yaşamın diğer yıllarında değişimler aylar ve yıllar almaktayken, bebeklik döneminde değişimler günler içinde olur. Aynı zamanda bebeklik dönemindeki gelişim ve ruh sağlığı daha sonraki dönemler için vazgeçilmez bir temel oluşturur. Bu dönemin ayrıca bireyin toplumsal bir varlık olarak benliğini kazanmasında büyük önemi vardır. Sağlık sistemi içerisinde çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetleri birinci basamaktan ayrı bir hizmet olarak düşünülmemeli, sunulan hizmetler içerisinde bütüncül olarak verilmelidir. Bu anlamda çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetleri, bebek – çocuk – adolesan izlemlerinin bir parçası olarak görülmeli ve ekip anlayışı içerisinde sunulmalıdır. Bu amaçla geliştirilen hizmet içi eğitimler birinci basamak çalışanlarına (hekimler başta olmak üzere tüm sağlık personeline) Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmalıdır.

Günümüzde toplum merkezli çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerini dört bacaklı bir sistem olarak düşünmek gerekir. **Şekil.10.**'da çocuk-ergen toplum temelli ruh sağlığı modeli şematik olarak gösterilmiştir.



Şekil.10. Çocuk-Ergen Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli.

### Sağlık sistemi:

Dünya Sağlık Örgütü'nce de önerildiği ve Ulusal Ruh Sağlığı Politika kitabında da yer verildiği gibi sağlık sistemi içinde çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin toplum bazında büyük oranda sağlığı geliştirici ve koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamı ve bu yaş grubuna yönelik tedavi hizmetlerinin de bu konuda uzmanlık eğitimi almış kişilerce verilmesi hedeflenmelidir. Ancak Şekil.5.'de görüldüğü gibi Ekim 2010 itibariyle 81 ilin 45'inde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı yoktur. Bu sebeple sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler birinci basamak hekimleri ve uzmanlığı olan ve akredite edilmiş psikolog, çocuk gelişimcisi gibi diğer sağlık meslek grupları tarafından verilebilir. Bu konuda meslek içi eğitim programları sistematik bir biçimde yaygınlaştırılmalı ve birinci basamakta çalışan öncelikle hekimler olmak üzere tüm sağlık personeli ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmelidir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında ikinci ve üçüncü basamak sağlık/tedavi hizmetleri ülkemizde çoğunlukla üniversite kliniklerinde ve bazı illerde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yürütülmektedir. Bu alanda tedavi hizmetlerinin, tüm dünya uygulamalarında da kabul edildiği üzere, mutlaka bir ekip çalışması içinde sürdürülmesi gerekir. Bu ekipte uzman hekimin yanı sıra klinik psikolog ve sosyal hizmet uzmanı, mümkünse bir hemşire ve eğitim uzmanının da yer alması uygun olur.

Dünyadaki uygulamalarda ruh sağlığı hizmetlerinin üçüncü aşamasında yataklı kurumlar ve gündüz hastaneleri yer almaktadır. Aynı bir tedavi ekibi kadar, yaşa, gelişim dönemine ve gereksinimlere uygun, erişkin birimlerinden ayrı yataklı ve gündüz tedavi birimlerinin oluşturulması gerekmektedir.

### Eğitim sistemi;

Çocuk ve ergen ruh sağlığında eğitim sistemi çok önemlidir. Tüm eğitim kurumlarında rehberlik ve psikolojik danışma hizmetleri kapsamında yürütülen psikososyal destek ve önleme çalışmaları, hem çocuk ve ergenlerin sağlıklı gelişiminde hem de sağlıklı bir toplum oluşmasında önemli bir yere sahiptir. Bu konuda yürütülen faaliyetler, ruhsal sorunların erken fark edilmesi açısından da kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle okul çalışanlarının çocuk ve ergen ruh sağlığı konusunda bilgilendirilmeleri çocukların hem sağlıklı gelişimleri ve hem de sorunlarının erken dönemde tedavi edilebilmesini sağlayan bir adım olmaktadır. Çocuk ve ergen ruhsal sorunlarının tedavi aşamasında önemli yeri olan özel eğitim merkezleri ülkemizde Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlanmışsa da, bu kurumların eğitim işlevlerinin içeriği gözden geçirilmeli ve toplum temelli modele entegre edilmelidir.

### Adalet ve güvenlik sistemi;

Adalet sisteminin hem çocukların güvenliğinin ve bakıma muhtaç olanların koruma altına alınmasının sağlanması gibi işlevleri ve hem de çok önemli bir çocuk ve ergen ruh sağlığı koruma sistemi olan çocuk haklarının takibi yükümlülüğü vardır. Özellikle ergenlik döneminde suça eğilimli ve suç işleyen gençler konusunda adalet ve emniyet teşkilatıyla tedavi kliniklerinin işbirliği içinde olması gerekmektedir. Krize müdahale konusunda bu birimlere sürekli hizmet içi eğitim planlanmalıdır.

### Sosyal hizmet sistemi;

Ruh sağlığının geliştirilmesi açısından daha önce SHÇEK bünyesinde çalışmakta olan “gençlik merkezleri” ve “toplum merkezleri” gibi oluşumların büyük önemi vardır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı açısından ailelerin bilgilendirilmesi, çocukların sağlıklı gelişimi ve hastalıkların erken teşhis ve tedavileri yönünden önem taşımaktadır. Sosyal sistemlerin işlev göreceği bir alan da kronik rahatsızlığı ve/veya engeli olan çocuklara yönelik rehabilitasyon hizmetleridir. Çalışmalar, hasta bir çocuğun diğer kardeşlerinin ve ebeveynlerinin ruhsal sağlığını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle rehabilitasyon hizmetlerine çocuk ve ergenin ailesinin de dâhil edilmesi uygun olur.

Her toplumda olduğu gibi ülkemizde de korunması gereken ve devletin bakımına muhtaç olan çocuklar vardır. 2007 yılında SHÇEK’e bağlı kuruluşlarda bu şekilde 12.092 çocuğun kalmakta olduğu bilinmektedir. Ancak çağdaş yaklaşım, bu durumdaki çocukların bakım kurumlarında kalmalarının yerine akraba veya koruyucu ailelerin yanında kalmalarının sağlanması şeklindedir. Ayrıca bu çocukların, yetişkinliğe geçişte toplum içinde bağımsız yaşamalarını destekleyecek düzenlemelere ihtiyaç vardır.

### **3.3.6. Bağımlılığı Önleme ve Tedavi İçin Hizmet Modeli Oluşturma**

Avrupa ülkelerinde %3,5’a varan oranlarda bağımlılık sorunu varken ülkemizde bu oranın %0,1-0,5 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Aradaki fark Türkiye’nin sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına ve yaygın dini inancına bağlanabilir. Ancak artan iletişim ve etkileşimin de katkısıyla son yıllarda ülkemizdeki bağımlılık sorununun artış ivmesi Avrupa ülkelerine göre daha fazladır. Bu artış, birkaç on yıl içinde ülkemizde de bağımlılığın çok önemli bir sorun olabileceğini düşündürmektedir.

Madde bağımlılığı sadece sağlık boyutu olan bir konu değildir. Sağlık dışında, kamusal, sosyal, hukuki ve idari birçok yönü vardır. Bağımlılığın sıklığı bölgesel farklılıklar gösterdiğinden, bağımlılıkla mücadele için merkezi bir yapılanmadan çok yerel yaklaşımlar ön planda olmalıdır. Halen birçok belediye, kaymakamlık veya özel sektör temsilcisinin bu konuda yerel olarak yürüttüğü projeler vardır. Bu soruna çok boyutlu yaklaşmak gerektiğinden planlamanın tek bir kurum veya merkez tarafından değil ilgili tüm yerel paydaşların katılımıyla tek çatı altında yapılması daha doğrudur.

Madde bağımlılığı tedavisinin uzun süreli ve daimi olması gerekmektedir. Hastane merkezli tedavi modelinde tedavisi sağlanan çoğu olgu eve döndüğünde tedavi programına devam edememekte, bu da başarıyı çok düşürmektedir. Tüm dünyada hastanelerde hizmet verme yerine toplum temelli müdahale merkezleri modeline geçiş artmaktadır. Bunun en önemli nedenleri:

- Tedaviye ulaşımın kolay olması,
- Tedavinin sürekliliğinin sağlanması,
- Yerel güçlerin işbirliğinin ve iletişiminin sağlanması,
- Çevresel faktörlere müdahalenin daha kolay olmasıdır.

Bakanlığımız birimleri tarafından bu perspektifte ülkemizin bugünkü ve gelecekteki gereksinimlerine ve gerçeklerine uygun olan hizmet modeli hazırlama çalışmaları devam etmektedir.

### 3.3.7. Ruh Sağlığı Alanındaki Hizmetlerde Denetim ve Kalite Değerlendirmesi

#### 3.3.7.1. Uluslar Arası Kuruluşlar Tarafından Yapılan Denetimler ve Sivil Toplum Kuruluşlarının Katılımı

Türkiye, 18 Ocak 1988 tarihinde Avrupa Komisyonu üyesi olarak İşkence ve İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezayı Önlenme Sözleşmesini imzalamıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisi 6 Ocak 1989'da sözleşmeyi onaylamış ve 1 Mayıs 1989'da sözleşmenin tüm hükümleri yürürlüğe girmiştir. Sözleşme hükümlerinin uygulanmasını takip amacıyla Avrupa Konseyi Konvansiyonu kapsamında kurulmuş olan Avrupa İşkence ve İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezayı Önlenme Komitesi (CPT) belirli aralıklarla ülkemizdeki RSHH'leri, kapalı psikiyatri servisleri, bakımevleri, çocuk bakım merkezleri, ıslahevleri, kadın ve çocuk cezaevleri, ceza ve tutukevleri, nezarethaneler, karakollar, yabancı ülke uyruklu kişilerin gözetim altında tutuldukları yerler gibi merkezleri denetlemektedir.

Türkiye, 1989 da CPT'nin denetlemelerini hukuki olarak kabul ettikten sonra ilk kez 1990 yılında denetlenmiştir. Cezaevleri ve karakolların denetlendiği bu ziyaretten sonra ilk kez RSHH olarak Bakırköy 1992 yılında denetlenmiştir. 90'lı yıllar ülkemizin işkence suçlamalarıyla karşılaştığı yıllar olduğundan bu dönemde daha çok karakol, nezarethane, cezaevi gibi kurumları denetleyen CPT'nin RSHH'lerinde yaptığı denetimler **Tablo.15.**'de gösterilmiştir. Bu denetimler dışında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu tarafından 2007 yılında, MDRI tarafından 2003 yılında denetlenmiştir.

**Tablo.15.** CPT'nin Türkiye'deki RSHH'lerini Denetleme ve Rapor Tarihleri.

Denetleme tarihi	Denetlenen hastaneler				Raporun basım tarihi
	BAKIRKÖY	SAMSUN	ELAZIĞ	ADANA	
22.11.1992-03.12.1992	X				11.01.2007
05.10.1997-17.10.1997	X	X			16.12.1999
07.12.2005-14.12.2005	X			X	06.09.2006
22.11.2006-04.12.2006	X	X	X		28.05.2009

3/12/2008 tarihli ve 5825 sayılı Kanun'la onaylanması uygun bulunan "Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi" Bakanlar Kurulu kararınca 27/5/2009 tarihinde onaylanmıştır. Bu Sözleşme'nin "Ulusal uygulama ve denetim" başlıklı 33'üncü maddesinin 3'üncü fıkrasında "Taraf devletler, başta engelliler ve onları temsil eden kuruluşlar olmak üzere sivil toplumun denetim sürecine tam katılımını sağlar." denmektedir. Bu madde, ruh sağlığı alanında faaliyet gösteren kurumlar ile bakım evleri, çocuk esirgeme

kurumları, ıslah evleri, kadın sığınma evleri gibi kurumların sivil toplum kuruluşlarının sürekli denetimine açık olması mecburiyetini getirmektedir.

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 işlevleri 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.

### **3.3.7.2. Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Ölçme, Değerlendirme ve Kalitenin İyileştirilmesi**

Son yıllarda, sağlığın diğer alanlarında olduğu gibi ruh sağlığı hizmetlerinde de kalite çalışmalarına ilgi artmıştır. Ülkemizde son 6 yılda, Sağlık Bakanlığı tarafından performansa dayalı ek ödeme sisteminin bir parçası olarak tanımlanan kalite uygulamaları sürekli gelişimi ve sistemdeki tüm paydaşlarda kalite kültürünün geliştirilmesini hedeflemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılında yayınladığı “Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” ile yürürlüğe konulan Kurumsal performans uygulaması, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde hizmetlerin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla 100 sorudan oluşan soru seti ile başlatılmıştır. Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması, sağlık kurumunun hizmet kalitesi, verimlilik, etkililik ve uygunluk açısından değerlendirmeye tabi tutulmasıdır. Daha önce az sayıda kurum ve sağlık çalışanının ilgilendiği kalite uygulamaları bu tarihten itibaren tüm kurumlarımızın gündemine girmiştir.

2007 yılında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan kalite kriterleri geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur. 2008 yılında yapısal ve içeriğe ilişkin değişikliklerle 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan ve ülkemize özgü bir yapı kazanan bu set “Hizmet Kalite Standartları” adını almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır.

Hizmet Kalite Standartları ile kurumlarımız Sağlık Bakanlığı değerlendiricileri tarafından yılda en az 2 kez değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmeler sonucunda elde edilen kurumsal performans katsayısı, kurumlarda dağıtılacak olan ek ödeme miktarında belirleyici olmaktadır. Kurumsal performans uygulaması ve bu uygulamanın etkili olabilmesi amacı ile bugüne kadar gerçekleştirilen eğitim faaliyetleri, sağlık çalışanlarımızda kalite, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği alanlarında farkındalığın oluşması noktasında önemli bir yol kat edilmesini sağlamıştır.

01/03/2011 tarihli ve 9489 sayılı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” nde Hizmet Kalite Standartları bilimsel bir metodoloji ile yeniden kurgulanmış ve dizayn edilmiştir. “Hastane Hizmet Kalite Standartları” “Sağlık Hizmetleri Yönetimi” boyutunda yer alan “Psikiyatri Hizmetleri” bölümü ile hastanelerde yer alan psikiyatri servis ve kliniklerine

ilişkin kalite standartları belirlenmiştir. Psikiyatri Hizmetleri bölümünde 42 standart ve 115 alt bileşen bulunmaktadır. Ruh sağlığı alanında verilen hizmetler, hastaneler ve psikiyatri klinikleri dışında bakım evleri, SHÇEK'e bağlı kurumlar, ıslah evleri, kadın sığınma evleri ve çocuk ceza evleri, ceza ve tutuk evleri, nezarethaneler, bağımlılık merkezleri vb. birçok alanı kapsamaktadır. Bu kurumların dış denetimi yapılmamakta bu da eleştirilere sebep veren olumsuzlukların çok yavaş düzeltilmesiyle sonuçlanmaktadır. Bu standartlar modifiye edilerek yukarıda belirtilen diğer kurumlarda da kullanılabilir.

Ülkemizde kurulması planlanan toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli TRSM'ler tarafından yürütülecektir. Bu merkezler, ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların kayıt altına alınıp takip edilmesi, hastaların yarı-yol evleri ve korumalı evlerde kalmasının ve korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması gibi konularda önemli bir rol üstlenecek ve bir anlamda hastalara ilişkin tüm yönlendirmelerin yapılacağı çekirdek bir noktada yer alacaktır. Bu nedenle TRSM'lerin hizmet süreçleri ve kalite çıktıları açısından periyodik olarak değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Bakanlığımız tarafından, değerlendirmelerde kullanılmak üzere TRSM'lere yönelik kalite standartları oluşturulacaktır.

Ayrıca, kalite kültürünün kurumlarda her basamakta gelişmesini sağlamak, hatalar karşısında savunmaya geçmek yerine, hataları bir öğrenme fırsatı olarak gören bir ekip ruhu geliştirmek amacı ile öz değerlendirme mantığı harekete geçirilmelidir. Öz değerlendirme faaliyetlerinin, kurumların hizmet süreçlerini iyileştirme çalışmalarında en önemli araçlardan biridir. Mevcut uygulamalar ve yukarıdaki tespitler ışığında, ülkemizde ruh sağlığı alanındaki hizmetlerin kalitesinin ve uygunluğunun değerlendirilmesine ilişkin süreçler **Tablo.16.**'da belirlenmiştir. Süreçlerin uygulanması yönünde sürekli ve kararlı bir tutum sergilenmesi, sistemdeki iyileşme grafiğinin olumlu yönde ilerlemesini sağlayacaktır.

**Tablo.16.** Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Ölçme ve Değerlendirme Süreçleri.

Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Ölçme ve Değerlendirme Süreçleri	Sorumlu Kurum	Değerlendirme Periyodu
Kamu otoritesi tarafından yapılan değerlendirmeler	RSHH'lerin ve psikiyatri servis/kliniklerinin değerlendirilmesi	Sağlık Bakanlığı 6 ayda 1
	TRSM'lerin değerlendirilmesi	Sağlık Bakanlığı 6 ayda 1
Öz değerlendirme	Kurumların, oluşturulan standartlarla gerçekleştirdikleri iç değerlendirme	İlgili Kurum 6 ayda 1



### 3.3.8. Ruh Sağlığının Geliştirilmesi İle İlgili Araştırmaların Desteklenmesi

Sağlığın geliştirilmesi için yürütülen çalışmalar genellikle sağlık istatistikleriyle yapılır. İstatistikler daha çok hastalıklara odaklandığından ruh sağlığını geliştirmede bu yöntem yetersiz kalmaktadır. Toplumun ruh sağlığının yeterli takibi, hastalık rakamlarıyla birlikte sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik verilerin değerlendirilmesi ve koruyucu önleyici faaliyetlerin izlenmesiyle olabilir. Bu alandaki bilginin yetersiz olması kanıta dayalı bir sistem kurulmasını ve hizmetlerin geliştirilmesini ve takibini engellemektedir. Var olan bilgi yetersizliği ruh sağlığı alanında etkili ve yeterli plan ve program yapılmasına izin vermediği gibi sınırlı insan kaynaklarının ve maddi kaynakların yanlış kullanılmasına ve hizmetlerin ihtiyaca göre planlanamamasına sebep olmaktadır.

Ruh sağlığı alanında yapılan araştırmalar genellikle hastalık, hasta tedavisi ve ilaçlara odaklanmaktadır. Kontrollü bir ortamda deneysel çalışmalar şeklinde olan bu araştırmaların çoğu günlük pratiğe yansımamaktadır. Bir taraftan çok işe yaramayan çok sayıda araştırma yapılırken, ruh sağlığı politikalarını belirlemede kullanılacak kanıta dayalı bulgular konusunda araştırma yapılmamaktadır.

Toplum ruh sağlığı konusunda sosyal, kültürel ve ekonomik verilerin araştırılması bu konudaki yaklaşımı etkileyebilir. Ruh sağlığı hizmetlerinin maliyeti, uygulamaların faydaları gibi konularda yapılacak araştırmalar politikaların geliştirilmesine sebep olacaktır. Hastane temelli modelden toplum temelli modele geçiş gibi tüm sistemin değiştirilmesinin başladığı bu dönemde, hem iki modelin karşılaştırıldığı hem de yeni modelin ülkemiz için nasıl şekillenmesi gerektiğine dair ipuçları verecek araştırmalar gereklidir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ve ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa nasıl daha iyi entegre edileceği ve yapılanların sonuçlarını inceleyen araştırmalar politika yapıcılara yön verecektir. Bu konuda yapılacak araştırmalar ruh sağlığı alanında yeni politikaları şekillendireceğinden desteklenmeleri gereklidir.

### 3.3.9. Ruh Sağlığı Alanında Yasal Düzenlemeler

Ülkemizde ruh sağlığı ile ilgili birçok düzenleme 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nda, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda, 5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'da, 4787 sayılı Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usullerine Dair Kanun'da, 5402 sayılı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu'nda ve ilgili birçok yönetmelik ve diğer mevzuatta yer almaktadır.

Mevcut mevzuat günlük pratikte uygulanmakla birlikte temel bazı alanlarda boşluk vardır. TBMM 5825 sayılı Kanun'la onaylanması uygun bulunan "Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi" Bakanlar Kurulu kararınca 27/5/2009 tarihinde onaylanmıştır. Bu Sözleşme tüm dünyada bu alanda yapılmış en son düzenlemedir ve birçok yeni bakış açısını tüm taraf devletlere zorunlu kılmaktadır. Sözleşme'de genel hükümlerin anlatıldığı 4'ncü maddenin 1'nci fıkrasının (a) bendinde "Devletler bu Sözleşme'de tanınan hakların uygulanması için gerekli tüm yasal, idari ve diğer tedbirleri almayı taahhüt eder" denmektedir. Türkiye, Avrupa Komisyonu üyesi olarak 1989'da onayladığı "İşkence ve İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezayı Önlenme Sözleşmesi" gereğince,

Avrupa Konseyi Konvansiyonu kapsamında kurulmuş olan Avrupa İşkence ve İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezayı Önlenme Komitesi (CPT) tarafından belirli aralıklarla denetlenmektedir. Her denetimden sonra ayrıntılı bir rapor yayınlayan CPT ülkemizde Ruh Sağlığı Yasası'nın olmayışının da altını çizmektedir. Avrupa Birliği sürecinde de tüm ülkelerden bu alanda yasal düzenleme istenmiştir.

Mevcut kanunlarımız bazı alanlarda yetersiz kalmaktadır ve bazı sorunlar yaşanmaktadır. Örneğin: Mahkeme kararı olmadan, hastaların kendi istekleri dışında “zorla” hastaneye yatırılması ve özgürlüklerinin kısıtlanması kanunlarımıza göre suç olmasına rağmen uzun yıllardır uygulanmaktadır. Bir diğer sorun alanı vesayet sistemidir. Sınırları çizilmemiş olduğundan ve uygulamanın takibinin pratik olmaması sebebiyle birçok sorun yaşanmaktadır. Adli psikiyatri hastaları ile ilgili yine birçok alanda sorun yaşanmaktadır. TCK'da yer almasına rağmen hastaların yüksek güvenlikli servisler yerine kapalı servislere yatırılması bir başka problemdir. Aile mahkemeleri, cezaevleri veya denetimli serbestlik ile ilgili kanunlar ruh sağlığı alanında çalışan sağlık personelinin doğrudan ilgilendirmekte ve uygulamalarda sorunlar yaşanmaktadır. Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'ne uymayan mevzuatımızın uyumlu hale getirilmesi, eksiklerin tamamlanması ve DSÖ'nün 1996'da yayınladığı “Ruh Sağlığı Yasası: On Temel İlke” deklarasyonuyla da uyumlu ruh sağlığı ile ilgili yasal mevzuatın düzenlenmesi gerekmektedir.

### **3.3.9.1. İstemsiz Yatış**

“Zorla” yatırılan hastalarla ilgili ilk çalışmalar 1960'ların sonunda ABD'de başlamıştır. Söz konusu çalışmaların amacı “zorla” yatırma konusunda devlete geniş yetkiler verilmesine olanak sağlayan geleneksel “tedaviye duyulan gereksinim” ölçütünü sorgulayarak bu yetkiyi sınırlandırmaktır. Bu geleneksel ölçütün yerine hastanın kendisi için ya da bir başkası için zararlı olabilecek bir davranışta bulunma riski taşıması ya da onun yaşamını sürdürmesi için gerekli temel gereksinimlerini karşılayamayacak kadar ağır ve açık yetersizlik durumunda olması, bunun da ciddi biçimde yaşamsal tehdit oluşturması gibi ölçütler konulmaya çalışılmıştır. Bu yeni sistem hastanın tedaviyi reddetme hakkını da gündeme getirmiştir.

Ülkemizde istemsiz yatışla ilgili yasal düzenlemeler TMK 432-437'nci maddeleriyle düzenlenmiştir. Ancak bu maddeler toplumu ve toplum düzenini koruma bakış açısıyla düzenlendiğinden hasta hakları konusunda oldukça yetersizdir. Bu kanunların nasıl uygulanacağı hakkında gerekli düzenlemeler olmadığından ya hiç uygulanmamakta ya da çok yetersiz uygulanmaktadır. İstemsiz yatışların büyük oranda yapıldığı RSHH'leri idarecilerinin adli makamlarla kurdukları kişisel ilişkiler sonucu her hastanede ayrı bir prosedür geliştirilmiştir. Ancak uygulama standartlardan yoksun ve tamamı iyi niyete dayalı olarak yürümektedir. Bu sebeple istemsiz yatışa hangi durumda, kimler tarafından karar verileceği, sürecin nasıl takip edileceği ve taburculuğun nasıl yapılacağı gibi konular hukuki olarak belirlenmelidir.

### **3.3.9.2. Hasta Hakları**

Hasta hakları, insan hak ve özgürlüklerinin sağlık alanında saygı görmesini temin etmek için tasarlanmış özel garantilerdir. Finlandiya hasta hakları yasasını yasalastıran ilk Avrupa ülkesi olmuştur. 1992 yılında çıkarılan yasada hasta haklarını kapsayan hükümler: İyi sağlık hizmeti ve ihtiyaç duyulduğunda tedavi, tedaviye ulaşım, bilgilendirme ve kendi kendine karar verme, acil tedavi şeklindedir.

Genel olarak diğer ülke mevzuatlarında hasta hakları konusunda kişinin tedaviye ulaşım hakkı, hekimini seçme hakkı, hastalığı ve tedavisi konusunda bilgilendirme hakkı, tedavisinin gidişatı ile ilgili karar verme hakkı konuları üzerinde durulmaktadır. Ruh sağlığı alanı bu belirtilen konularda tıbbın diğer dallarından farklı özellikler taşımaktadır. Bunun için Norveç gibi bazı ülkeler hasta hakları ile ilgili yasalarda psikiyatrik hizmetlere ayrı bir şekilde değinmiştir.

Ülkemizde 1998 yılında uygulamaya giren hasta hakları yönetmeliği genel konuları içermektedir, psikiyatrik hasta hakları konusunda ayrı bir mevzuat bulunmamaktadır. Psikiyatri hastaları açısından var olan yönetmelikte tartışmalı maddeler mevcuttur. Örneğin: Tedaviyi reddetme ve durdurma hakkının tariflendiği 25'nci maddede "Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir..." denilmektedir. Ancak ülkemizde ruh sağlığı alanında genel eğilim, hasta istemese dahi "zorla" tedavi edilmesi gerektiğidir ve uygulama da bu yöndedir. Bu tartışmalı alanın hukuki metinlerle netlik kazanması hekimden hekime değişen uygulamalara son verilmesi gerekir. Ruh sağlığı hastalarına faydalanamadıkları haklarından faydalanabilmeleri için pozitif ayrımcılık yapan yeni bir yaklaşım gerekmektedir.

### **3.3.10. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı**

Ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı tüm dünyada çok büyük kaynak tüketmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2000 yılında bildirdiğine göre Avrupa Birliği Ülkelerinde yurtiçi hâsılanın %3-4'ü bu alana harcanmaktadır. Çalışmalar, ruh sağlığı hastalıklarının işe devamsızlık, erken ölüm gibi sonuçlarının toplam maliyeti çok artırdığını göstermiştir. Örneğin Fransa'da 2000 yılında depresyon sebebiyle 31,9 milyon gün işe devamsızlık olmuştur. Ayrıca çalışma performansının azalmasının, devamsızlıktan beş kat fazla kayba sebep olduğu tahmin edilmektedir. Ağır ruhsal bozukluklarda, aileden en az bir kişi hastayla ilgilenmek zorunda kaldığından üretime katılamamakta, bazen de bir sağlık çalışanının tüm mesaisi harcanmaktadır.

Kamu maliyesi açısından bakıldığında, ruh sağlığı hizmetleri diğer sağlık alanlarından farklı olarak daha çok sağlık sistemi dışından finanse edilmektedir. İş kaybı, işe devamsızlık, hastalık izinleri, çalışamama, işsizlik sigortası, düşük performansla çalışma, erken emeklilik, bakım ücretleri ağır ruhsal hastalıkların maliyetinin %60-80'ini oluşturmaktadır.

Sağlık ekonomisinde kaynaklar her zaman sınırlıdır. Kıt kaynakların en etkili şekilde kullanılması gerekir. Farklı politika ve yaklaşımların maliyet ve etkinliğinin karşılaştırılması, maliyet-fayda ve maliyet-etkinlik açısından kaynakların en verimli kullanılmasını ve en fazla

fayda elde edilebilmesini sağlar. Günümüzde kanıta dayalı maliyet-etkinlik yaklaşımı Amerika ve Batı Avrupa'da uygulansa da her ülkenin mali yapısı, sağlığa ayırdığı pay, sağlık ekonomisi farklı olduğundan bu uygulamaların sonuçları kullanılamamaktadır. Maliyet-etkinlik çalışmalarının çoğu farmakolojik tedavilere odaklanmaktadır, oysa ruh sağlığının promosyonu için çok farklı yaklaşımlar gerekmektedir. Ruh sağlığında maliyet-etkinliğin artırılması için var olan hizmet kaynaklarının artırılması gerekir. Hizmetler genellikle birden fazla sektör tarafından üretildiğinden ortak bütçe yaklaşımı uygulanmalıdır. Ortak bütçelemede örneğin, yüksek maliyetli bir tedavi yaklaşımı sağlık sisteminin giderini artırırken sosyal hizmetler açısından maliyeti düşürebilir.

Kaynakların nasıl kullanılacağına sadece maliyet-etkinliğe bakarak karar vermemek gerekir. İnsan hakları ve hizmete eşit ulaşma hakkı temel çıkış noktaları olmalıdır. Ruh sağlığı hizmetlerinde damgalanma korkusunun verilen hizmeti almamaya sebep olduğuna da dikkat etmelidir. Koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetlerinde hedef gruplar vardır. Bu gruplara odaklanmak maliyeti önemli ölçüde düşürür.

Ülkemizde ruh sağlığına harcanan paranın toplam miktarını tespit etmek oldukça zordur. 2003 yılına ait 28 Avrupa ülkesinin sağlık hizmetlerine ayırdığı bütçeler incelendiğinde, 4 tanesinin genel sağlık bütçesinin %10'dan fazlasını ruh sağlığına ayırdığı, 16 ülkenin %5-10 arasında pay ayırdığı, 7 ülkenin %2-5 arasında pay ayırdığı ve sadece 1 ülkenin %2'den az pay ayırdığı görülmektedir.

Hastane temelli model tamamen sağlık sistemi tarafından finanse edilirken toplum temelli model daha çok sosyal hizmetler ve yerel yönetimler tarafından finanse edilir. Sosyal hizmetlerin mali yapılanması sağlık sistemine göre çok daha esnektir. Bu esneklik kamu maliyesine önemli faydalar sağlamaktadır. Finansmanda dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta da model değişikliği sırasında kaynakların aktarımının yapılmasıdır. Yataklı kurumlara aktarılan paranın toplum temelli modelde sosyal servislere kaydırılması gerekir.

### **3.3.10.1. Ruh Sağlığı Eylem Planı Tahmini Bütçesi**

Eylem Planı'nda uzun vadeli aktivitelerin 2016 yılı itibarı ile gözden geçirilerek ayrıntılandırılması düşünüldüğünden tahmini bütçe çalışması kısa ve orta vadeli aktiviteler için yapılmıştır. Hesaplanan maliyet Sağlık Bakanlığı'nın ruh sağlığı alanında her yıl bütçe programı kapsamına girmesi gereken olağan toplam miktarı değil, ona ilave olacak şekilde ihtiyaç duyulacak ek kaynağı ifade etmektedir.

Bütçeleme tüm maliyet grupları (eğitim, genel giderler, inşaat) ve maliyet kalemleri belirlenerek yapılmaya çalışılmıştır. Aynı zamanda hedefleri gerçekleştirmek için her bir eylem kapsamında gerekli alt aktivitelerin tekrarlanma sayısının (örneğin; eğitim sayısı) ne olacağı tahmininde bulunulmuştur. Her kalem için yakın dönemde gerçekleştirilmiş ihale veya doğrudan satın alma bedelleri baz alınarak birim maliyet belirlenmiştir. Birimlerle aktivite sayıları çarpılarak tamamlanmaları için gereken toplam maliyetler hesaplanmıştır.

Tahmini bütçenin özet olarak verildiği Tablo.17.'de eğitim başlığı altında planlanan eğitim faaliyetleri yanı sıra düzenlenmesi planlanan toplantılar ve çalıştaylar da yer almaktadır. Genel giderler başlığı altında idari ve lojistik masraflar hesaplanmıştır. Özellikle

açılması planlanan yeni merkezlerin (TRSM, ÇİM, KİM) kira ve idame masrafları bu grubun önemli kısmını oluşturmaktadır. Genel bütçeden maaş alan personel hesaplama dahil edilmemiş ancak yeni kurulacak merkezler için hizmet satın alınarak çalıştırılacak personel giderleri hesaplara dahil edilmiştir. İnşaat başlığı altında Tablo.10.'da gösterilmiş olan ve Bakanlık tarafından, yeni yapılması planlanan hastaneler ile var olan yataklı servislerde yapılması planlanan tadilat masrafları hesaplanmıştır.

Planın 6 yıllık toplam maliyeti yaklaşık 1.67 milyar TL olarak tahmin edilmektedir. Bina inşaatı ve tadilatına bütçenin %68'i ayrılmış olsa da (Tablo.17.) 2016 yılından sonraki dönemde bu alandaki ihtiyacın çok azalacağı; 2017-2023 yıllarını kapsayan dönemde kaynakların tamamının toplum temelli ruh sağlığı sistemine kaydırılacağı düşünülmektedir.

**Tablo.17.** Yıllara Göre Ruh Sağlığı Eylem Planı Tahmini Maliyeti.

Yıllar	Eğitim ve Toplantı	Genel Gider	İnşaat	Toplam
2011	799.000	4.500.000	0	5.299.000
2012	4.360.500	28.280.000	18.750.000	51.390.500
2013	7.834.700	74.295.000	18.750.000	100.879.700
2014	6.834.700	78.945.000	273.750.000	359.529.700
2015	6.834.700	88.065.000	453.750.000	548.649.700
2016	6.272.200	88.065.000	513.750.000	608.087.200
<b>Toplam</b>	32.935.800	362.150.000	1.278.750.000	1.673.835.800

### 3.3.11. İzleme ve Değerlendirme

Bu eylem planının izleme ve değerlendirme faaliyetleri yıllık olarak, söz konusu planda belirtilen ilerleme göstergeleri ile izleme ve kontrol için sağlanacak veriler esas alınarak T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki ilgili birimlerce yürütülecektir.

## BÖLÜM IV

### 2011-2016 YILLARI İÇİN HEDEFLER, STRATEJİLER ve EYLEM PLANI

#### 4.1. HEDEFLER VE STRATEJİLER

##### **Amaç 1. Ruh Sağlığı Hizmetleri Veren Kurumlar Arasında Eşgüdümü Sağlamak**

**Hedef 1.1.** Ruh sağlığı koordinasyon kurulu kurmak

##### **Stratejiler**

- 1.1.1. Koordinasyon kurulu kurulması için çalışmalar yapılması
- 1.1.2. Koordinasyon kurulunun ruh sağlığı hizmetlerinde eşgüdümü sağlaması

##### **Amaç 2. Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tüm İhtiyaçlarını Karşılamanı Bütüncül Bir Ruh Sağlığı Sistemi Kurmak**

**Hedef 2.1.** Toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçmek

##### **Stratejiler**

- 2.1.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin açılması
- 2.1.2. Rehabilitasyon üniteleri veya gündüz hastanelerinin toplum temelli modele entegre edilmesi
- 2.1.3. Eğitim faaliyetlerinin yapılması

**Hedef 2.2.** Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için bakım sistemi kurmak

##### **Stratejiler**

- 2.2.1. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların ailelerine destek verilmesi
- 2.2.2. Aile yanında kalamayan ve kurumda kalması gereken ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için sistem kurulması

**Hedef 2.3.** Ruh sağlığı hastalarının istihdam edilmesini sağlamak

##### **Stratejiler**

- 2.3.1. Ruh sağlığı hastalarının istihdamını sağlamak için korumalı işyerleri uygulaması çalışmalarının yapılması ve yaygınlaştırılması

### **Amaç 3. Ruh Sağlığını Teşvik Etmek ve Geliştirmek**

**Hedef 3.1.** Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı damgalama ve ayrımcılığı ortadan kaldırılmak

#### **Stratejiler**

3.1.1. Damgalama ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına yönelik savunuculuk faaliyetleri yürütülmesi

**Hedef 3.2.** Kadına yönelik şiddeti azaltmak ve sağlıkla ilgili etkilerini önlemek

#### **Stratejiler**

3.2.1. Kadına yönelik aile içi şiddet konusunda sağlık personelinin farkındalığının ve müdahale kapasitesinin artırılması

3.2.2. Sağlık kurumlarına başvuran şiddete uğramış kadınlara verilen hizmetin yaygınlığının ve kalitesinin artırılması

**Hedef 3.3.** Çocuk istismarını önlemek

#### **Stratejiler**

3.3.1. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarını önlemeye yönelik çalışmalar yapılması

**Hedef 3.4.** İntihar azaltmak

#### **Stratejiler**

3.4.1. İntihar önleme konusunda farkındalık yaratılması

3.4.2. Geride kalanlara yönelik girişimlerde bulunulması

3.4.3. Medyanın intihar konusunda haber yapma tutumu ile ilgili çalışmalar yapılması

3.4.4. İntihar girişiminde kullanılan araçlara ulaşımın azaltılması

**Hedef 3.5.** Afetlere müdahale anlamında organizasyon ve planlar geliştirmek ve hayata geçirmek

#### **Stratejiler**

3.5.1. Afet ve travma durumunda psikososyal destek açısından ülke genelinde kurumsal kapasitenin artırılması

3.5.2. Ruh sağlığı çalışanlarının afet ve bireysel veya kitlesel travmalar konusundaki bilgi ve deneyim düzeylerinin artırılması

3.5.3. Medyanın afetlerle ve kitlesel travmalarla ilgili konularda haber yapma tutumu ile ilgili çalışmalar yapılması

3.5.4. Halkın afetler, bireysel veya kitlesel travmaların ruhsal sonuçları konusunda farkındalığının artırılması

#### **Amaç 4. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Entegrasyonunu Sağlamak**

**Hedef 4.1.** Birinci basamak ve aile hekimlerinin psikiyatrik bozuklukların tanı, tedavi ve takipleri konusunda bilgilerini artırmak

##### **Stratejiler**

4.1.1. Ruh sağlığı alanında hastalıklar konusunda birinci basamak hekimlerine ve psikiyatri dışı uzman hekimlere hizmet içi eğitim düzenlenmesi

**Hedef 4.2.** Birinci basamak ve aile hekimlerini toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarına entegre etmek

##### **Stratejiler**

4.2.1. Birinci basamak ve aile hekimleri ile TRSM'ler arasında eşgüdümün sağlanması

**Hedef 4.3.** Riskli gruplara yönelik koruyucu hizmet ve erken tanılama ile ilgili yürütülmekte olan ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunu sağlamak

##### **Stratejiler**

4.3.1. Riskli gruplara yönelik koruyucu hizmet ve erken tanılama ile ilgili yürütülmekte olan ruh sağlığı programları ile ilgili eğitimlerin yaygınlaştırılması

#### **Amaç 5. Psikiyatri Yatak Sayısını Düzenlemek**

**Hedef 5.1.** Genel psikiyatri yataklarının ülke geneline yayılacak şekilde sayısını artırmak ve 100 bin kişiye düşen yatak sayısını 8'den 13'e çıkarmak

##### **Stratejiler**

5.1.1. Ülke genelinde psikiyatri yatak sayılarının düzenlenmesi

**Hedef 5.2.** Yüksek güvenlikli psikiyatri ve tutuklu psikiyatri yataklarının ülke geneline yayılacak şekilde sayısını artırmak ve 100 bin kişiye düşen adli psikiyatri yatak sayısını 0,9'dan 3'e çıkarmak

##### **Stratejiler**

5.2.1. Yüksek güvenlikli psikiyatri hastaneleri açılması

5.2.2. Tutuklu psikiyatri hastaneleri açılması



## **Amaç 6. Ruh Sağlığı Alanında Çalışanların Sayı ve Niteliğini Artırmak**

**Hedef 6.1.** Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi kontenjanını yılda ortalama 170'den 350'ye çıkarmak

### **Stratejiler**

6.1.1. Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi verebilecek eğitim kliniklerinin açılması

**Hedef 6.2.** Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi kontenjanını yılda ortalama 34'den 70'e çıkarmak

### **Stratejiler**

6.2.1. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi verebilecek eğitim kliniklerinin açılması

**Hedef 6.3.** Ruh sağlığı alanında çalışan hekim dışı sağlık personelinin sayısını artırmak

### **Stratejiler**

6.3.1. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan psikolog sayısının artırılması

6.3.2. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan sosyal çalışmacı sayısının artırılması

6.3.3. Psikiyatri hemşireliği yüksek lisans ve doktora programlarını tamamlayan kişi sayısının artırılması

6.3.4. Klinik psikoloji yüksek lisans ve doktora programlarını tamamlayan kişi sayısının artırılması

6.3.5. Rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmesi

6.3.6. Psikiyatrik rehabilitasyon alanında iş ve uğraşı teknikeri ve ergoterapist çalışmasının sağlanması

**Hedef 6.4.** Ruh sağlığı alanında çalışanların niteliğini artırmak

### **Stratejiler**

6.4.1. Ruh sağlığı alanında çalışan meslek elemanlarının lisans eğitimleri müfredatına psikiyatri modülünün eklenmesinin sağlanması

6.4.2. Klinik psikiyatri alanında çalışan psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire ve psikolojik danışmanlar için hizmet içi eğitim programları ve sertifikasyon standartları oluşturulması

## **Amaç 7. Çocukluk ve Ergenlik Dönemine Yönelik Ruh Sağlığı Hizmetlerini İyileştirmek ve Geliştirmek**

**Hedef 7.1.** Sağlıklı çocuk takip programlarına psikososyal gelişim programlarını da entegre etmek

### **Stratejiler**

7.1.1. Çocuk ve ergenlerde psikososyal gelişimi destekleme programlarının sağlıklı çocuk takip ve destek programlarına entegre edilmesi

**Hedef 7.2.** Gelişme geriliği veya zihinsel-ruhsal bozukluğu olan çocukların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini iyileştirmek

### **Stratejiler**

7.2.1. Gelişme geriliği veya zihinsel-ruhsal bozukluğu olan çocukların eğitim ve rehabilitasyon süreçlerinin iyileştirilmesi için sektörler arası işbirliğinin artırılması

## **Amaç 8. Ruhsal Özürlülere Verilen Hizmetlerin Kalitesini Artırmak**

**Hedef 8.1.** Ruh sağlığı alanında verilen hizmetleri denetlemek

### **Stratejiler**

8.1.1. Ruh sağlığı alanında hizmet veren kurumların hizmet kalitelerinin standardize edilmesi

8.1.2. Sivil toplum kuruluşlarının ruh sağlığı hizmetlerinde aktif rol almasının sağlanması

## **Amaç 9. Ruh Sağlığı Alanında Yasal Düzenlemeler Yapmak**

**Hedef 9.1.** Ruh sağlığı alanında hasta hakları, uygulama usul ve esasları, çalışanların sorumluluk ve yetkileri konularında eksik olan yasal mevzuatı tamamlamak

### **Stratejiler**

9.1.1. Ruh sağlığı alanında hasta haklarının düzenlenmesi

9.1.2. Ruh sağlığı yasasının çıkartılması

## 4.2. RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI

**Amaç 1 : Ruh Sağlığı Hizmetleri Veren Kurumlar Arasında Eşgüdümü Sağlamak**

**Hedef(ler) : 1.1. Ruh sağlığı koordinasyon kurulu kurmak**

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş (lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamam-lama Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri	
1.1.1. Koordinasyon kurulu kurulması için çalışmalar yapılması	1. İlgili diğer kurumların konu hakkında bilgilendirilmesi	SB	Aile ve SPB, Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, MEB, Çalışma ve SGB, RTÜK, İlgili Meslek Örgütleri ve STK'lar	2011	İlgili kurum ve kuruluşların etkin katılımının sağlanamaması	Bilgilendirilen kurum ve kişi sayısı	Kurumlardan alınan geribildirimler	
	2. Diğer kurumlardan görüş istenmesi	SB		2011		Görüş bildiren kurum oranı	Görüşlerin tamamlanması	
	3. Ortak çalıştay düzenlenmesi ve gerçekleştirilmesi	SB		2012		Çalıştay düzenleme kararının alınması	Çalıştayın düzenlenmesi	
	4. Çalıştayda yapısı ve çalışma şekli belirlenen kurulun toplantılarının başlaması	SB		2012, Sürekli		Kurulun kurulması	Çalıştay tutanakları ve sonuç bildirgesi	
1.1.2. Koordinasyon kurulunun ruh sağlığı hizmetlerinde eşgüdümü sağlaması	1. Sahada yaşanan sorunların alan çalışmasıyla tespiti	SB, Aile ve SPB	Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, MEB, Çalışma ve SGB, RTÜK, İlgili Meslek Örgütleri ve STK'lar	2012	İlgili kurum ve kuruluşların etkin katılımının sağlanamaması	Alan çalışmalarının sayısı	Farklı kurumlarca derlenen verilerin bir araya getirilmesi	
	2. Ortak çözüm önerileri oluşturulması	SB, Aile ve SPB		2012		İlgili kurum ve kuruluşların etkin katılımının sağlanamaması	Oluşturulan çözüm önerileri	Yeni uygulamaların sahadaki sonuçları
	3. Görev paylaşımı yapılması	SB, Aile ve SPB		2012		Kurumların yetkilerini devretme ve/veya	Her sorunla ilgili sorumlu en az bir kurumun	Görev paylaşımı ile ilgili protokol metinleri

					yeni sorumluluk alma konusunda isteksiz olması	belirlenmesi	
	4. Ruh sağlığı hizmetlerini geliştirici rol üstlenilmesi	SB, Aile ve SPB		2012, Sürekli	Alınan kararların sahaya yansıtılmaması	Kurumlar arası koordinasyon artışı	Faydalanıcılara yapılan memnuniyet anketi

**Amaç 2 : Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tüm İhtiyaçlarını Karşılamanı Bütüncül Bir Ruh Sağlığı Sistemi Kurmak**

- Hedef(ler) :
- 2.1. Toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçmek
  - 2.2. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için bakım sistemi kurmak
  - 2.3. Ruh sağlığı hastalarının istihdam edilmesini sağlamak

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş (lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamam-lama Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
2.1.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin açılması	1. Adana, Ankara, Bolu, Elazığ, İstanbul (Bakırköy, Erenköy), İzmir, Manisa ve Samsun'da birinci halka toplum ruh sağlığı merkezlerinin açılması	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri	2011		Tescil edilen merkez sayısı	Merkezlerde takip edilen kişi sayısı
	2. Belirlenmiş 26 ilde ikinci halka TRSM'lerin açılması	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri	2011	TRSM açılması için uygun mekanların bulunamaması	Tescil edilen merkez sayısı	Merkezlerde takip edilen kişi sayısı
	3. Belirlenmiş 47 ilde üçüncü halka TRSM'lerin açılması	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri	2012	TRSM açılması için uygun mekanların bulunamaması	Tescil edilen merkez sayısı	Merkezlerde takip edilen kişi sayısı
	4. Ülke genelindeki TRSM sayısının 236'ya tamamlanması	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri	2015	TRSM açılması için uygun mekan ve yeterli insan kaynağı bulunamaması	Tescil edilen merkez sayısı	Merkezlerde takip edilen kişi sayısı
2.1.2. Rehabilitasyon üniteleri veya gündüz hastanelerinin toplum	1. Adana, Bolu, Elazığ, İstanbul (Bakırköy, Erenköy), Manisa ve Samsun RSHH'leri rehabilitasyon üniteleri veya gündüz	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane	2011		Rehabilitasyon üniteleri veya gündüz hastaneleri	Rehabilitasyon üniteleri veya gündüz

temelli modele entegre edilmesi	hastanelerinin TRSM'lerle koordineli çalışmaya başlaması		Başhekimlikleri			ile TRSM'lerin koordineli takip ettiği hasta sayısı	hastanelerinde takip edilen hastaların TRSM kayıtlarına alınma yüzdesi
	2. Üniversiteler veya belediyeler gibi diğer kurumların bünyesinde faaliyet gösteren rehabilitasyon üniteleri veya gündüz hastanelerinin TRSM'lerle koordinasyonu için çalışmalar yapılması	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, Üniversiteler, Hastane Başhekimlikleri, Belediyeler, Kaymakamlıklar, İlgili STK'lar	2012	Diğer kurumların TRSM'lerle yeterince koordineli çalışmaması	TRSM'lerin diğer kurum ekipleriyle yaptığı toplantı sayısı, birlikte takip edilen hasta sayısı	Diğer kurumların takip ettiği hastaların TRSM'lerinin kayıtlarına alınma yüzdesi
2.1.3. Eğitim faaliyetlerinin yapılması	1. İlk aşamada açılan 9 TRSM'nin eğitim merkezi haline getirilmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri, TRSM'ler, DSÖ	2011	Eğitici olarak görevlendirilen hekimlerin ek ödemelerinin düşmesi, Yeterli sayıda uzman ekibin oluşturulamaması	Eğitici olarak tanımlanmış kişi sayısı	Eğitim programı, Eğitici olarak tanımlanmış kişilerin listesi
	2. Merkezlerde hizmet verecek ekiplere planlama doğrultusunda 1 haftalık teorik eğitim verilmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri Hastane Başhekimlikleri, TRSM'ler	2015	Eğitim için yeterli sayıda uzman ekibin oluşturulamaması, Eğitimlere katılan ekiplerin istekli olmaması	Eğitime katılan ekip ve kişi sayısı	Eğitim tutanakları
	3. Merkezlerde hizmet verecek ekiplere planlama doğrultusunda kendisine en uygun eğitim merkezinde 2 haftalık pratik eğitim verilmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri Hastane Başhekimlikleri, TRSM'ler	2015	Eğitim için yeterli sayıda uzman ekibin oluşturulamaması, Eğitimlere katılan ekiplerin istekli olmaması ve/veya	Eğitime katılan ekip ve kişi sayısı	Eğitim tutanakları

					eğitim süresince yaşadıkları yerden ayrılmaları		
	4. Merkezlerin bölgesindeki tüm aile hekimleri ve birinci basamak hekimlerinin bu sistem konusunda eğitilmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri Hastane Başhekimlikleri, TRSM'ler	2015	Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu nedeniyle eğitilmeye yeterli katılımın sağlanamaması	Eğitime katılan ekip ve kişi sayısı	Eğitim tutanakları
	5. Merkezlerin bölgesindeki ruhsal özürlülere hizmet veren diğer kamu ve özel kurum ve STK çalışanlarının bu sistem konusunda eğitilmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri Hastane Başhekimlikleri, TRSM'ler	2015	İlgili kurumlardan yeterli katılımın olmaması	Eğitilen kurum ve kişi sayısı	Eğitim tutanakları
2.2.1. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların ailelerine destek verilmesi	1. Aile yanında bakımı teşvik eden mevcut uygulamalardan, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin kolaylıkla yararlanabilmesi için düzenlemelerin yapılması	SB	Aile ve SPB	2012	Mevzuatın net anlaşılır olmaması ve bireysel yorum farklılıklarına açık olması, Paydaşların ruhsal özürlülere bakış açısı,	Paydaş kurumlarla yapılan toplantı sayısı	Mevzuatta yapılan değişiklikler
	2. Yapılan düzenlemelerin işlerliğinin sahada takibi	SB	Aile ve SPB, TRSM'ler	2013, Sürekli	Paydaşların ruhsal özürlülere bakış açısı, Ailelerin yeterince bilgilendirilememesi	Destek verilen aile sayısı	Desteklenen aile sayısındaki artış oranı
2.2.2. Aile yanında kalamayan ve kurumda kalması gereken ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için sistem kurulması	1. Ruh sağlığı hastalarına Sağlık Bakanlığı dışında da kurumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için mevzuattaki eksikliklerin giderilmesi amacıyla çalıştay yapılması	Aile ve SPB, SB	İçişleri Bakanlığı (Belediyeler), İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar	2012	Finans sorunları, Mevzuatta hizmet ve denetleme konularında sorumlu kurumların net tanımlanmamış	Çalıştayın tamamlanması	Mevzuatta yapılan değişiklikler

					olması, Paydaşların ruhsal özürülere bakış açısı		
2. Ruh sağlığı hastalarına verilen bakım ve sağlık hizmetlerinin yeniden organize edilmesi amacıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile protokoller oluşturulması	SB, Aile ve SPB			2012	Mevzuatta hizmet ve denetleme konularında sorumlu kurumların net tanımlanmamış olması, Aile ve SPB'nin ruhsal özürülere bakış açısı	Yapılan toplantı sayısı	Oluşturulan protokol metni
3. Adana, Ankara, Bolu, İstanbul (Bakırköy, Erenköy), Manisa ve Samsun'da yarı-yol evlerinin ve korumalı evlerin açılması	SB, Aile ve SPB	Hastane Başhekimlikleri,		2013	Yarı-yol evleri ve korumalı evlerin kurulması için uygun mekanların bulunamaması, Finans sorunları, Evlerinin takibi için ek personel gereksinimi	Açılan yarı-yol ve korumalı evlerin sayısı, Yarı-yol ve korumalı evlerde kalmak isteyen hasta sayısı	Yarı-yol ve korumalı evlerde kalan hasta sayısı
4. Yarı yol evleri ve korumalı evler konusunda yeni ihtiyaç analizi yapılması	Aile ve SPB	SB		2014	Diğer kurumların uygulamaya karşı tutumu	Maliyet – fayda analizi, diğer kurumlarla yapılan toplantı sayısı	Analiz ve toplantı sonuçları
5. TRSM açılan 2. halkadaki illere yarı yol evleri ve/veya korumalı evlerin kurulması	SB, Aile ve SPB	İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri,		2016	Yarı-yol evleri ve korumalı evlerin kurulması için uygun mekanların bulunamaması, Finans sorunları, Evlerinin takibi için ek personel gereksinimi	Açılan yarı-yol ve korumalı evlerin sayısı, Yarı-yol ve korumalı evlerde kalmak isteyen hasta sayısı	Yarı-yol ve korumalı ev sayısı ve evlerde kalan hasta sayısı



	6. İhtiyaç analizi sonuçlarına göre yarı-yol evleri ve korumalı evler uygulamalarının yaygınlaştırılması	SB, Aile ve SPB	İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri,	2017, Sürekli	Yarı-yol evleri ve korumalı evlerin kurulması için uygun mekanların bulunamaması, Finans sorunları, Evlerinin takibi için ek personel gereksinimi	Açılan yarı-yol ve korumalı evlerin sayısı, Yarı-yol ve korumalı evlerde kalmak isteyen hasta sayısı	Yarı-yol ve korumalı ev sayısı ve evlerde kalan hasta sayısı
	7. Aile yanında veya korumalı evlerde kalamayan ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için bakım kurumlarının yaygınlaştırılması	Aile ve SPB	SB	2015, Sürekli	SHÇEK çalışanlarının ruhsal özürlülere bakış açısı ve bu özürlü grubuna yaklaşım konusunda eğitim eksikliği	Kurulan bakım evi sayısı	Bakım evlerinin denetleme tutanakları
2.3.1. Ruh sağlığı hastalarının istihdamını sağlamak için korumalı işyerleri uygulaması çalışmalarının yapılması ve yaygınlaştırılması	1. TRSM'ler ile koordinasyon içerisinde çalışacak korumalı işyeri uygulamalarının başlatılması ve yaygınlaştırılması konusunda ilgili diğer kurumların bilgilendirilmesi ve görüş istenmesi	SB, Aile ve SPB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	2013	İlgili kurum ve kuruluşların etkin katılımının sağlanamaması	Bilgilendirme ve geri bildirim toplantıları	Toplantı tutanakları ve raporları
	2. Derlenen görüşlerden faydalanarak TRSM'ler ile koordinasyon içerisinde çalışacak korumalı işyeri uygulamaları için mevzuattaki eksikliklerin giderilmesi ve yöntem belirlenmesi	SB, Aile ve SPB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	2014	İlgili kurum ve kuruluşların etkin katılımının sağlanamaması	Yapılan toplantı sayısı, Mevzuat çalışması	Toplantı tutanakları ve raporları, Mevzuat değişikliğinin izlenmesi
	3. Mevcut mevzuatta Özürlü, Eski Hükümlü ve Terör Mağduru İstihdamı Hakkında Yönetmelik'te yer alan pozitif ayrımcılığın psikiyatrik hastalığı olan bireyler için işletilmesi konusunda savunuculuk yapma ve uygulamaya dair denetimlerin yapılması	SB, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	Aile ve SPB	2014, Sürekli	Ruh sağlığı hastalarına yönelik var olan damgalama ve ayrımcılık	Denetimlerin düzenli bir şekilde yapılması	İşe yerleştirilen ruhsal özürlü sayısı
	4. Adana, Ankara, Bolu, İstanbul (Bakırköy) ve	SB,	Belediyeler,	2014	Korumalı	Açılan korumalı	Korumalı

	Manisa’da pilot korumalı işyeri uygulaması başlatılması	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	Kaymakamlıklar		işyerlerinin kurulması için uygun mekânların bulunamaması, Toplumda var olan damgalama ve ayrımcılık	işyeri sayısı	işyerlerinde çalışan hasta sayısı
	5. İzmir, Samsun ve Elazığ’da korumalı işyeri uygulamasının başlatılması	SB, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	Belediyeler, Kaymakamlıklar	2014	Korumalı işyerlerinin kurulması için uygun mekânların bulunamaması, Toplumda var olan damgalama ve ayrımcılık	Açılan korumalı işyeri sayısı	Korumalı işyerlerinde çalışan hasta sayısı
	6. Toplum temelli hizmet veren ruh sağlığı merkezleri ile koordinasyon içinde çalışacak korumalı işyeri uygulamalarının yaygınlaştırılması	SB, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	Belediyeler, Kaymakamlıklar	2014, Sürekli	Korumalı işyerlerinin kurulması için uygun mekânların bulunamaması, Toplumda var olan damgalama ve ayrımcılık	Açılan korumalı işyeri sayısı	Korumalı işyerlerinde çalışan hasta sayısı

**Amaç 3 : Ruh Sağlığını Teşvik Etmek ve Geliştirmek**

- Hedef(ler) :
- 3.1. Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı damgalama ve ayrımcılığı ortadan kaldırılmak
  - 3.2. Kadına yönelik şiddeti azaltmak ve sağlıkla ilgili etkilerini önlemek
  - 3.3. Çocuk istismarını önlemek
  - 3.4. İntihar azaltmak
  - 3.5. Afetlere müdahale anlamında organizasyon ve planlar geliştirmek ve hayata geçirmek

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş (lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamam-lama Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
3.1.1. Damgalama ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına yönelik savunuculuk faaliyetleri yürütülmesi	1. Damgalama ve ayrımcılık karşıtı çalışma grubu oluşturulması	SB	Aile ve SPB, Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar, Medya Temsilcileri	2012	Paydaşların konuya ilgisizliği	Çalışma grubunun oluşturulması	Çalışma grubu listesi ve toplantı tutanakları
	2. Politikacıların ve karar verenlerin savunuculuk konusunda bilinçlendirilmesi	Aile ve SPB, SB	İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar, Medya Temsilcileri	2012, Sürekli	Politikacıların konuya ilgisizliği, Bilinçlendirme faaliyetinin yetersizliği	Düzenlenen faaliyetler	Yürütülen bilinçlendirme faaliyetleri konusundaki raporlar
	3. Milli Eğitim Bakanlığı ve YÖK ile damgalama ve ayrımcılık karşıtı eğitim verilmesinin sağlanması için çalışmalar yürütülmesi	Aile ve SPB, SB	MEB, YÖK		2014	Paydaşların konuya ilgisizliği, benzer konuda farklı çalışmalar yürütülüyor olması	Eğitim müfredatlarında konuya yer verilmesi

	4. Damgalama ve ayrımcılığa karşı bilinçlendirme kampanyaları düzenlenmesi	Aile ve SPB, SB	İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar, Medya Temsilcileri, Mahalli İdareler	2012, Sürekli	Finans sorunları, Paydaşların konuya yeterince önem vermemesi	Düzenlenen kampanya sayısı	Kampanya materyalleri
3.2.1. Kadına yönelik aile içi şiddet konusunda sağlık personelinin farkındalığının ve müdahale kapasitesinin artırılması	1. Kadına yönelik aile içi şiddet konusunda sağlık personelinin toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadına yönelik şiddetin nedenleri ve sonuçları konularında farkındalığını ve müdahale kapasitesini artırmak için hizmet içi eğitimlere devam edilmesi	SB	Aile ve SPB, İl Sağlık Müdürlükleri	2012, Sürekli	Yeterli eğitici yetiştirilememesi, Eğitimlere hizmet yükü nedeni ile devam edilememesi, Sağlık personelinin konuya ilgisiz olması	Eğitim verilen kişi sayısı	Eğitim tutanakları,
3.2.2. Sağlık kurumlarına başvuran şiddete uğramış kadınlara verilen hizmetin yaygınlığının ve kalitesinin artırılması	1. Aile içi şiddete uğrayan kadınların tespit ve takibine yönelik kayıt-bildirim ve izlem uygulamalarının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, ASM ve TSM'ler	2012	Hizmet yükü nedeni ile birinci basamak sağlık personelinin isteksizliği	Birinci basamakta şiddete uğramış kadınların tanılanmasında artış	Kadına yönelik şiddetle mücadele programı bildirim formları
	2. Şiddete uğramış kadınlar için hastanelerdeki sosyal hizmet birimleri aracılığıyla diğer sektörlerle ilgili hizmetlerin devamlılığını sağlayacak mekanizmalar oluşturulması	SB	Aile ve SPB, İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri, İlgili Meslek Örgütleri, Mahalli İdareler, Emniyet Müdürlükleri	2012	Sosyal hizmet uzmanı yetersizliği, Birimlerde çalışan personelin isteksizliği	Şiddet olguları içinde hizmet alma oranında artış	Hizmet alan kişi sayısı
	3. Cinsel şiddet mağduru kadınlara bütüncül hizmet verilmesini sağlamak ve sekonder travmatizasyonu aşgariye indirmek amacı ile pilot bir merkez oluşturulması	SB, Aile ve SPB	Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Barolar, İlgili Meslek Örgütleri	2012	Mevzuat eksiklikleri, Paydaşların konuya ilgisizliği	Pilot merkezin açılması	Pilot merkez çalışma raporları
3.3.1. Çocukluk çağı	1. Sokakta yaşayan çocuklar, kurum bakımında	SB, Aile ve	Adalet Bakanlığı,	2012	Paydaşların	Çalıştayın	Çalıştay sonuç

travmatik yaşantılarını önlemeye yönelik çalışmalar yapılması	olan çocuklar gibi risk gruplarına yönelik spesifik ruh sağlığı programlarının oluşturulması için çalıştay düzenlenmesi	SPB	MEB, İçişleri Bakanlığı, Belediyeler, UNICEF		ilgisizliği	düzenlenmesi	raporu
	2. Çalıştay sonucunda oluşturulan program temel alınarak sağlık personelinin ve ilgili diğer kamu personelinin eğitilmesi	SB, Aile ve SPB, İçişleri Bakanlığı	MEB,,İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK 'lar	2016, Sürekli	Söz konusu programların oluşturulamaması, Yeterli eğitici yetiştirilememesi	Eğitilen personel sayısında artış	Eğitilen personel sayısı
	3. İstismara uğrayan çocukların ikincil örselenmesini en aza indirmek amacıyla ile kurulan çocuk izlem merkezlerinin (ÇİM) ülke genelinde yaygınlaştırılması	SB, Aile ve SPB,	Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, MEB	2013	Kurumlar arası işbirliğinin sağlanamaması, Kurumların kapasite yetersizliği	ÇİM kurulan il sayısında artış	ÇİM sayısı
	4. İstismara uğrayan çocuklar konusunda ülke genelinde sağlık personelinin farkındalığının artırılması	SB	İl Sağlık Müdürlükleri	2016	Hizmet yükü nedeniyle eğitimlerin yapılamaması, Yeterli eğitici yetiştirilememesi	Eğitim alan personel sayısı	Eğitim tutanakları
	5. Çocukluk çağı travmatik yaşantılar konusunda halkı bilinçlendirme ve farkındalık yaratma çalışmaları yapılması	SB, Aile ve SPB,	Adalet Bakanlığı, MEB, İçişleri Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK 'lar, Medya	Sürekli	Yeterli personel eğitiminin sağlanamaması, Paydaşların ilgisizliği, Bölgesel farklılıklar	Düzenlenen faaliyet/ kampanya sayısı	Düzenlenen faaliyet/ kampanya raporları
3.4.1. İntihar önleme konusunda farkındalık yaratılması	1. Riskli gruplarla karşılaşma ihtimali yüksek sağlık personelinin intiharı tanıma ve izlenecek yollar konusundaki bilgilerinin artırılması için eğitim faaliyetleri düzenlenmesi	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2013	Eğitim materyallerinin hazırlanamaması, Sağlık personelinin konuya ilgisizliği	Gerçekleştirilen eğitim faaliyetleri sayısı	Faaliyetlere katılan sağlık personeli sayısı, Eğitim tutanakları

	2. Öğretmenler, kolluk kuvvetleri çalışanları, mahkûmlarla çalışanlar, yaşlılara hizmet verenler, din adamları gibi meslek gruplarının intiharla ilgili erken belirtiler konusunda eğitilmesi	SB	Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, MEB, Aile ve SPB, Diyanet İşleri Başkanlığı, Belediyeler, Valilikler	2013, Sürekli	Paydaşların konuya ilgisizliği, Kurumlar arası koordinasyonun sağlanamaması	Düzenlenen eğitim sayısı	Eğitim verilen kişi sayısı
	3. İntihar riskinin yüksek olduğu bilinen grupların yakın çevresinin farkındalığının artırılması	SB	MEB, Aile ve SPB, Diyanet İşleri Başkanlığı, İlgili Meslek Örgütleri	2013, Sürekli	İlgili personel eksikliği	Gerçekleştirilen faaliyetleri sayısı	
3.4.2. Geride kalanlara yönelik girişimlerde bulunulması	1. İntihar olgularının aile ve yakın çevrelerine destek vermeye yönelik sağlık programlarının geliştirilmesi ve uygulanması	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri, İl Sağlık Müdürlükleri	2013, Sürekli	İlgili personel eksikliği	Destek programlarının oluşturulması	Oluşturulan programları ile ilgili eğitim, İzlem raporları
3.4.3. Medyanın intihar konusunda haber yapma tutumu ile ilgili çalışmalar yapılması	1. İntihar haberlerinin medyada yer alma şekliyle ilgili çalıştay düzenlenmesi	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri, Medya Temsilcileri, RTÜK, TİB, İlgili STK'lar, Emniyet Genel Müdürlüğü	2012	Medyanın gerekli hassasiyeti göstermemesi	Çalıştayın düzenlenmesi	Çalıştay sonuç raporu
	2. Medya ile toplantılara devam edilmesi	SB	Medya Temsilcileri	2012, Sürekli	Medyanın gerekli hassasiyeti göstermemesi	Düzenlenen toplantı sayısı	Toplantı tutanakları
3.4.4. İntihar girişiminde kullanılan araçlara ulaşımın azaltılması	1. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile tarım ilaçlarının satışıyla ilgili düzenlemeler konusunda çalışılması	SB	Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar	2012, Sürekli	İlaç bayilerinin izlenebilirlik, kayıt ve kontrol sisteminin yerleştirilmesinde paydaşların tutumu	Zirai mücadele ilaçlarının takibi ve izlenebilirliği ile ilgili yasal düzenlemelerin ve network sisteminin kurulması	Kimyasalların kontrolü ve izlenebilirliği ile ilgili mevzuatın hazırlanması ve zirai mücadele ilaçları ile intihar

						çalışmalarının tamamlanması	girişiminde bulunan insan sayısı
	2. Silah satışının kontrolü ve evde silah bulundurmanın kısıtlanması konusunda bilgilendirme ve savunuculuk çalışmaları yapılması	SB	Medya Temsilcileri, İlgili STK'lar, İçişleri Bakanlığı	2012, Sürekli	Politika yapıcılarının uzlaşılabilmesi	Düzenlenen faaliyet sayısı	Düzenlenen faaliyetlerle ilgili raporlar
	3. Terapötik sınırı düşük olan ilaçların reçete edilmesi ve satışı konusunda uyarı ve düzenlemeler yapılması	SB	SGK, İlgili Meslek Örgütleri	2012, Sürekli		Terapötik sınırı düşük ilaçlara erişimin sınırlanması	Konuyla ilgili yapılan düzenlemelere ait metinler
3.5.1. Afet ve travma durumunda psikososyal destek açısından ülke genelinde kurumsal kapasitenin artırılması	1. Temel sağlık hizmetlerine entegre mevcut krize müdahale birimlerinin bu alanda kullanılması, bu merkezlerde çalışan personelin afetler konusundaki müdahale kapasitesinin artırılması	SB	İlgili Kamu Kurumları, Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2013	Mevcut çalışanların eğitiminin sağlanamaması	Düzenlenen eğitim sayısı	Eğitim tutanakları, Eğitilen kişi sayısı
	2. Afet ve travmalar durumunda psikososyal destek konusunda çalışan nitelikli insan sayısının artırılması	SB	İlgili Kamu Kurumları, Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2016, Sürekli	Yeterli eğitim yapılamaması	Düzenlenen eğitim sayısı	Eğitim tutanakları, Eğitilen kişi sayısı
3.5.2. Ruh sağlığı çalışanlarının afet ve bireysel veya kitlesel travmalar konusundaki bilgi ve deneyim düzeylerinin artırılması	1. Hizmet içi eğitim modüllerinin hazırlanması	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Kızılay	2012	Paydaşların yeterli hassasiyeti göstermemesi	Eğitim modüllerinin hazırlanması	Eğitim materyalleri
	2. Hizmet içi eğitim düzenlenmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri, Üniversiteler,	2013, Sürekli	Eğitim modüllerinin oluşturulamaması, Eğitici yetersizliği, Ruh sağlığı	Bu alanda yetişmiş insan gücünde artış	Eğitim verilen kişi sayısı, Eğitim tutanakları

			İlgili Meslek Örgütleri		çalışanlarının eğitime ilgisizliği		
	3. Afet tıbbı ve afet psikiyatrisi derslerinin tıp fakültesi eğitimi sırasında işlenmesinin sağlanması konusunda savunuculuk yapılması	SB	YÖK, Üniversiteler	2012	Üniversitelerin konuya ilgisizliği	Afet tıbbı ve afet psikiyatrisi derslerinin verildiği tıp fakültesi sayısında artış	Afet tıbbı ve afet psikiyatrisi derslerinin verildiği tıp fakültesi sayısı
3.5.3. Medyanın afetlerle ve kitlesel travmalarla ilgili konularda haber yapma tutumu ile ilgili çalışmalar yapılması	1. Afet ve kitlesel travma haberlerinin medyada yer alma şekliyle ilgili çalıştay düzenlenmesi	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri, Medya Temsilcileri, RTÜK, TİB, İlgili STK'lar, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Kızılay	2012	Medyanın gerekli hassasiyeti göstermemesi	Çalıştayın düzenlenmesi	Çalıştay sonuç raporu
	2. Medya ile toplantılara devam edilmesi	SB	Medya Temsilcileri	2012, Sürekli	Medyanın gerekli hassasiyeti göstermemesi	Düzenlenen toplantı sayısı	Toplantı tutanakları
3.5.4. Halkın afetler, bireysel veya kitlesel travmaların ruhsal sonuçları konusunda farkındalığının artırılması	1. Sağlık eğitimi faaliyetleri kapsamında halkın afetler, bireysel veya kitlesel travmaların ruhsal sonuçları konusunda eğitiminin sağlanması	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, TSM'ler	2012, Sürekli	Yeterli eğitici personel sağlanamaması, Halkın eğitime ilgi göstermemesi, Bölgesel farklılıklar	Düzenlenen eğitim sayısı	Eğitim faaliyetlerine katılan kişi sayısı
	2. Afetlerle ilgili derslerin tüm eğitim kurumlarında işlenmesinin sağlanması konusunda savunuculuk yapılması	SB	MEB, YÖK	2014	Paydaşların konuya ilgisizliği	Eğitim müfredatlarında konuya yer verilmesi	Eğitim müfredatı



**Amaç 4 : Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Entegrasyonunu Sağlamak**

- Hedef(ler) :
- 4.1. Birinci basamak ve aile hekimlerinin psikiyatrik bozuklukların tanı, tedavi ve takipleri konusunda bilgilerini artırmak
  - 4.2. Birinci basamak ve aile hekimlerini toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarına entegre etmek
  - 4.3. Riskli gruplara yönelik koruyucu hizmet ve erken tanılama ile ilgili yürütülmekte olan ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunu sağlamak

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş (lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamam- lama Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
4.1.1. Ruh sağlığı alanında hastalıklar konusunda birinci basamak hekimlerine ve psikiyatri dışı uzman hekimlere hizmet içi eğitim düzenlenmesi	1. Tedavi rehberleri, akılcı ilaç kullanım kılavuzları ve izlem protokollerinin oluşturulması için çalıştay düzenlenmesi	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2012	Üniversitelerin yeterince destek vermemesi	Çalıştayın gerçekleştirilmesi	Rehber, kılavuz ve protokollerin oluşturulması
	2. Çalıştay sonuçlarına göre rehberler, kılavuzlar ve protokoller hazırlanması, basılması ve dağıtılması	SB	İl Sağlık Müdürlükleri	2012	Rehberler, kılavuzlar ve protokollerin hazırlanmasında gereken hassasiyetin gösterilmemesi ve zaman yönetimi	Rehberler, kılavuzlar ve protokollerin basılması	Rehberler, kılavuzlar ve protokollerin dağıtılması
	3. Aile hekimleri için oluşturulan rehberler, kılavuzlar ve protokollerin uzaktan eğitim modülüne eklenmesi veya eğitici eğitimi ve saha eğitimleri ile eğitimlerin tamamlanması	SB	İl Sağlık Müdürlükleri	2016, Sürekli	Uzaktan eğitim modüllerinin oluşturulamaması, Aile hekimlerinin genel sağlık hizmetlerini daha ön planda tutması, Her bölgede yetkin eğitici personel bulunamaması	Rehberler, kılavuzlar ve protokollerin aile hekimleri tarafından kullanılması	Eğitim verilen hekim sayısı, kılavuzlar ve protokollerini kullanan aile hekimi sayısı

	4. Psikiyatri dışı uzmanlık branşları için akılcı ilaç kullanımını konusunda eğitimler düzenlenmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, İlgili Meslek Örgütleri	2016, Sürekli	Uzman hekimlerin ruh sağlığı konusunda eğitim alma isteksizliği	Düzenlenen eğitim sayısı, Eğitime katılan uzman sayısı	Eğitim tutanakları
	5. Halkın ruhsal hastalıklar konusunda kılavuzlar doğrultusunda eğitilmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, İlgili Meslek Örgütleri, Medya	2016, Sürekli	Medyanın eğitim konusunda isteksizliği, Farklı eğitim düzeylerine göre eğitim faaliyetlerinin yürütülememesi	Doğrudan eğitim verilen kişi sayısı, Düzenlenen eğitim faaliyeti sayısı	Ruhsal sorunlar için birinci basamak hekimine başvuran hasta sayısında artış miktarı
	6. Tedavi rehberleri, akılcı ilaç kullanım kılavuzları ve izlem protokollerinin gözden geçirilmesi ve gerekli yeniliklerin yapılması	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2017, Sürekli	Üniversiteler ve meslek örgütlerinin yeterince destek vermemesi	Konu ile ilgili yapılan toplantılar	Materyallerde gerekli revizyonların yapılması
4.2.1. Birinci basamak ve aile hekimleri ile TRSM'ler arasında eşgüdümün sağlanması	1. Birinci basamak veya aile hekiminin takip edeceği hastalar (birinci basamak, psikiyatri servisleri veya TRSM'lerde) konusunda ruh sağlığı ekibi ile ilişkilerini kuvvetlendirecek izlem protokolleri oluşturulması	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2012	Aile hekimliği sistemi ve TRSM'lerin yeni kurulmuş olması	İzlem protokollerinin oluşturulması	Protokollerin ilan edilmesi
	2. İzlem protokollerinin tüm merkezlerde uygulamaya geçirilmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri	2016, Sürekli	Birinci basamak hekimlerinin protokollere uyum gösterememesi, Hizmet yükü nedeniyle protokollerin uygulanamaması	Protokollerin doğru uygulandığı merkez sayısı	Protokollerin doğru uygulandığı merkez sayısı
4.3.1. Riskli gruplara yönelik koruyucu hizmet ve erken tanılama ile ilgili yürütülmekte olan ruh sağlığı programları ile	1. Çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programı eğitimlerinin ilgili tüm birinci basamak çalışanlarına verilmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri	2016, Sürekli	Birinci basamak çalışanlarının eğitim konusunda isteksizliği, Eğitilecek kişi ve merkez sayısının	Düzenlenen eğitim sayısı, Eğitimlere katılan birinci basamak çalışan sayısı	Eğitim tutanakları

İlgili eğitimlerin yaygınlaştırılması					fazlalığı, Hizmet yükü nedeniyle eğitimlerin yapılamaması		
	2. Kadına yönelik aile içi şiddet ve sağlık sonuçlarını erken tanılama konusunda birinci basamakta ve acil servislerde çalışan sağlık çalışanlarının eğitiminin sağlanması	SB	Aile ve SPB, İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Başhekimlikleri	2016, Sürekli	Sağlık çalışanlarının eğitimlere etkin katılımının sağlanamaması	Düzenlenen eğitim sayısı, Eğitimlere katılan kişi sayısı	Eğitim tutanakları
	3. Aile hekimlerinin uzaktan eğitim modüllerine intiharı erken tanıma konusuyla ilgili eğitimlerin eklenmesi / bu konuda saha eğitimlerinin hazırlanması	SB		2012, Sürekli	Uzaktan eğitim uygulamasının tam yerleşmemesi	Modüle kayıtlı hekim sayısı	Sertifika almaya hak kazanan hekim sayısı
	4. İntiharı erken tanıma konusuyla ilgili birinci basamak hekimlerine eğitici eğitimi ve saha eğitimi verilmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri	2014, Sürekli	Birinci basamak çalışanlarının eğitim konusunda isteksizliği, Eğitilecek kişi ve merkez sayısının fazlalığı, Hizmet yükü nedeniyle eğitimlerin yapılamaması	Düzenlenen eğitim sayısı, Eğitimlere katılan birinci basamak çalışan sayısı	Eğitim tutanakları
	5. Birinci basamak hekimlerinin riskli gruplar konusunda yürüttüğü programların gözden geçirilerek gerekli ekleme ve yeniliklerin yapılması	SB	Üniversiteler, İlgili Kamu Kurumları, Meslek Örgütleri ve STK'lar	2015	Sahada yürütülen faaliyetler hakkında yeterli geri bildirim alınamaması	Gözden geçirilen program sayısı	Değişiklik ve yenileme yapılan program sayısı
	6. Yapılan güncellemeler doğrultusunda sağlık çalışanlarının eğitiminin yenilenmesi	SB	İl Sağlık Müdürlükleri	2016, Sürekli	Programların gözden geçirme çalışmalarının yapılamaması	Verilen eğitim sayısı	Verilen eğitim sayısı, Eğitilen kişi sayısı

**Amaç 5 : Psikiyatri Yatak Sayısını Düzenlemek**

- Hedef(ler) :
- 5.1. Genel psikiyatri yataklarının ülke geneline yayılacak şekilde sayısını artırmak ve 100 bin kişiye düşen yatak sayısını 8'den 13'e çıkarmak
  - 5.2. Yüksek güvenli psikiyatri ve tutuklu psikiyatri yataklarının ülke geneline yayılacak şekilde sayısını artırmak ve 100 bin kişiye düşen adli psikiyatri yatak sayısını 0,9'dan 3'e çıkarmak

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş (lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamam-lama Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
5.1.1. Ülke genelinde psikiyatri yatak sayılarının düzenlenmesi	1. Psikiyatri yatağı olan genel hastanelerde yatak sayısının planlanan rakamlara getirilmesi	SB	Hastane Başhekimlikleri	2015	Yatak sayısı artırılması planlanan hastanelerde diğer branşların yatak talebi, Psikiyatriye karşı olan ön yargı	Yeni açılan psikiyatri yatak sayısı	Yeni açılan psikiyatri yataklarının planlanan yataklara oranı, İlgili ilden RSHH'lerine sevk edilen hasta sayısı
	2. Yeni yapılan hastanelerde planlanan psikiyatri yataklarının açılması	SB	İl Sağlık Müdürlükleri	2015	Psikiyatri uzmanı sayısı azlığı	Yeni açılan psikiyatri yatak sayısı	Yeni açılan psikiyatri yataklarının planlanana oranı
	3. Adana, Elazığ, Manisa ve Samsun RSHH'lerindeki yatak sayılarının planlanan düzeye indirilmesi	SB	Hastane Başhekimlikleri	2015	Bölge illerinde planlanan yeni psikiyatri yataklarının açılmaması	Yatak sayılarının planlanan düzeye indirilmesi	Yatak sayısı
	4. Bakırköy RSHH'deki yatak sayısının 600'e indirilmesi	SB	Hastane Başhekimliği	2016	İlde genel hastaneler için planlanan yeni psikiyatri yataklarının	Yatak sayılarının planlanan düzeye indirilmesi	Yatak sayısı

					açılmaması		
	5. Bakırköy RSHH'deki yatak sayısının 300'e indirilmesi	SB	Hastane Başhekimliği	2023	İlde genel hastaneler için planlanan psikiyatri yataklarının açılmaması	Yatak sayılarının planlanan düzeye indirilmesi	Yatak sayısı
5.2.1. Yüksek güvenli psikiyatri hastaneleri açılması	1. İstanbul Bakırköy'e 300; İstanbul Erenköy, Adana, Elazığ, Manisa, Samsun ve Trabzon illerine 100'er yataklı yüksek güvenli psikiyatri hastanesi yapılması	SB	Adalet Bakanlığı, Hastane Başhekimlikleri	2015	Finans sorunları, Adli psikiyatride çalışabilecek uzman sayısının yetersizliği, Doktor dışı personelin adli psikiyatri biriminde çalışmak istememesi	Açılan yüksek güvenli psikiyatri hastanesi sayısı	Yüksek güvenli hastanelere yatan ve yatış için bekleyen kişi sayısı
	2. Ankara Bilkent, Ankara Etlik, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Erzurum, Gaziantep, İzmir, Kayseri, Kocaeli ve Konya illerine 100'er yataklı yüksek güvenli psikiyatri hastaneleri yapılması	SB	Adalet Bakanlığı, Hastane Başhekimlikleri	2016	Finans sorunları, Adli psikiyatride çalışabilecek uzman sayısının yetersizliği, Doktor dışı personelin adli psikiyatri biriminde çalışmak istememesi	Açılan yüksek güvenli psikiyatri hastanesi sayısı	Yüksek güvenli hastanelere yatan ve yatış için bekleyen kişi sayısı
5.2.2. Tutuklu psikiyatri hastaneleri açılması	1. İstanbul Bakırköy'e 100; Adana, Ankara, Elazığ, Manisa ve Samsun illerine 50'şer yataklı tutuklu psikiyatri hastanesi yapılması	SB	Adalet Bakanlığı, Hastane Başhekimlikleri	2016	Finans sorunları, Adli psikiyatride çalışabilecek uzman sayısının yetersizliği Doktor dışı personelin tutuklu psikiyatri biriminde çalışmak istememesi	Açılan tutuklu psikiyatri hastanesi sayısı	Tutuklu psikiyatri hastanelerine yatan ve yatış için bekleyen kişi sayısı

**Amaç 6 : Ruh Sağlığı Alanında Çalışanların Sayı ve Niteliğini Artırmak**

- Hedef(ler) :
- 6.1. Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi kontenjanını yılda ortalama 170'den 350'ye çıkarmak
  - 6.2. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi kontenjanını yılda ortalama 34'den 70'e çıkarmak
  - 6.3. Ruh sağlığı alanında çalışan hekim dışı sağlık personelinin sayısını artırmak
  - 6.4. Ruh sağlığı alanında çalışanların niteliğini artırmak

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş (lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamam-lama Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
6.1.1. Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi verebilecek eğitim kliniklerinin açılması	1. Adana ve Manisa RSHH'lerinin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi veren dal eğitim hastanelerine dönüştürülmesi	SB		2013	Eğitim kadrosunun oluşturulamaması	Eğitim veren dal hastanesi sayısı	İlgili hastanelerde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi alan kişi sayısı
	2. Elazığ ve Samsun RSHH'lerinin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi veren dal eğitim hastanelerine dönüştürülmesi	SB		2014	Eğitim kadrosunun oluşturulamaması	Eğitim veren dal hastanesi sayısı	İlgili hastanelerde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi alan kişi sayısı
	3. Ruh sağlığı eğitim verme yetkisi olduğu halde eğitim vermeyen hastanelerde eğitim kliniği açılmasının sağlanması	SB		2016	Eğitim kadrolarının oluşturulamaması, Kliniklerin eğitim verilecek standartta oluşturulamaması	Ruh sağlığı ve hastalıkları eğitimi veren klinik sayısı	İlgili hastanelerde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi alan kişi sayısı
	4. Ruh sağlığı eğitimi verme izni olmayan EAH'lerinde eğitim kliniği açılmasının sağlanması	SB		2023	Eğitim kadrolarının oluşturulamaması, Kliniklerin eğitim verilecek standartta	Ruh sağlığı ve hastalıkları eğitimi veren klinik sayısı	İlgili hastanelerde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi

					oluşturulamaması		alan kişi sayısı
6.2.1. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi verebilecek eğitim kliniklerinin açılması	1. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi veren üniversitelerin asistan kontenjanlarının artırılması	SB, YÖK	Üniversiteler	2016	Üniversitelerle işbirliğinin sağlanamaması	Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrenci kontenjanı	Üniversitelerden çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi alan kişi sayısı
	2. Adana ve Manisa RSHH'lerinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi verilmesinin sağlanması	SB		2014	Eğitim kadrosunun oluşturulamaması	Çocuk ruh sağlığı alanında uzmanlık eğitimi veren klinik sayısı	İlgili hastanelerden çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi alan kişi sayısı
	3. Ankara Bilkent, Ankara Etlik, İstanbul Göztepe, İstanbul Okmeydanı, İstanbul Taksim ve İzmir Tepecik EAH'lerinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi veren klinikler açılmasının sağlanması	SB		2016	Eğitim kadrolarının oluşturulamaması, Kliniklerin eğitim verilecek standartta oluşturulamaması	Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitimi veren klinik sayısı	İlgili hastanelerde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi alan kişi sayısı
6.3.1. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan psikolog sayısının artırılması	1. Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda çalışan, 100 bin kişiye 1,25 oranındaki psikolog sayısını 3'e çıkaracak şekilde kadro açılması	SB	Maliye Bakanlığı	2016	Finans sorunları, Açılan kadrolara müracaat olmaması	Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan psikolog sayısında artış	100 bin kişiye düşen psikolog oranı
	2. Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda çalışan, 100 bin kişiye 3 oranındaki psikolog sayısını 6'ya çıkaracak şekilde kadro açılması	SB	Maliye Bakanlığı	2023	Finans sorunları, Açılan kadrolara müracaat olmaması	Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan psikolog sayısında artış	100 bin kişiye düşen psikolog oranı
6.3.2. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan sosyal çalışmacı sayısının artırılması	1. Sosyal çalışmacı yetiştiren bölümlerinin sayı ve kapasitelerinin artırılması konusunda YÖK ile çalışmalar yürütülmesi	YÖK	Üniversiteler, SB	2012	Eğitim kadrolarının yetersizliği	Sosyal çalışmacı yetiştiren fakülte sayısında artış	Mezun olan sosyal çalışmacı sayısı
	2. Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda çalışan, 100 bin kişiye 0,75 oranındaki sosyal çalışmacı sayısını 2'ye çıkaracak şekilde kadro açılması	SB	Maliye Bakanlığı	2016	Finans sorunları, Yetişmiş sosyal çalışmacı sayısındaki	Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan sosyal çalışmacı sayısında artış	100 bin kişiye düşen sosyal çalışmacı oranı

					yetersizlik, Açılan kadrolara müracaat olmaması		
	3. Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda çalışan, 100 bin kişiye 2 oranındaki sosyal çalışmacı sayısını 4'e çıkaracak şekilde kadro açılması	SB	Maliye Bakanlığı	2023	Finans sorunları, Yetmiş sosyal çalışmacı sayısındaki yetersizlik, Açılan kadrolara müracaat olmaması	Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan sosyal çalışmacı sayısında artış	100 bin kişiye düşen sosyal çalışmacı oranı
6.3.3. Psikiyatri hemşireliği yüksek lisans ve doktora programlarını tamamlayan kişi sayısının artırılması	1. Psikiyatri hemşireliği ihtisası yapan hemşire sayısının yılda ortalama 200 kişiye çıkarılması	YÖK	SB, Üniversiteler	2016	Eğitim veren kurumların sayısındaki yetersizlik	Psikiyatri hemşireliği master ve doktora programı olan fakülte sayısı ve kontenjanda artış	Psikiyatri hemşireliği master veya doktora programını tamamlayan hemşire sayısı
	2. Psikiyatri hemşireliği ihtisası yapan hemşire sayısının yılda ortalama 400 kişiye çıkarılması	YÖK	SB, Üniversiteler	2023	Eğitim veren kurumların sayısındaki yetersizlik	Psikiyatri hemşireliği master ve doktora programı olan fakülte sayısı ve kontenjanda artış	Psikiyatri hemşireliği master veya doktora programını tamamlayan hemşire sayısı
6.3.4. Klinik psikoloji yüksek lisans ve doktora programlarını tamamlayan kişi sayısının artırılması	1. Klinik psikoloji yüksek lisans ve doktora programı açan üniversite ve kontenjan sayılarının artırılması için savunuculuk yapılması	SB	YÖK, Üniversiteler	2016	Eğitim kadrolarının yetersizliği	Klinik psikoloji yüksek lisans ve doktora programı açan üniversite sayısı	Klinik psikoloji yüksek lisans ve doktora programını tamamlayan kişi sayısı
6.3.5. Rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmesi	1. Rehberlik ve psikolojik danışmanların (PDR) ruh sağlığı klinikleri veya TRSM'lerde çalışmalarının sağlanması	SB	Maliye Bakanlığı, Devlet Personel Başkanlığı	2012, Sürekli	Psikologların meslek alanı ihlali algılaması	PDR çalışan ruh sağlığı kliniği veya TRSM sayısı	Ruh sağlığı alanında çalışan PDR sayısı



6.3.6. Psikiyatrik rehabilitasyon alanında iş ve uğraşı teknikleri ve ergoterapist çalışmasının sağlanması	1. Psikiyatrik rehabilitasyon alanında çalıştırmak amacıyla sağlık bilimleri fakültelerinde ergoterapi bölümü ile meslek yüksek okullarında iş ve uğraşı teknikliği bölümlerinin açılmasının sağlanması için savunuculuk yapılması	SB	YÖK	2015	Eğitim kadrolarının oluşturulamaması	Ergoterapi eğitimi veren fakülte sayısı	Ergoterapi eğitimi veren fakülte sayısı, ergoterapist sayısı
	2. Yetişen ergoterapistlerin ve iş ve uğraşı tekniklerinin ruh sağlığı alanında istihdamının sağlanması	SB	Maliye Bakanlığı, Devlet Personel Başkanlığı	2016, Sürekli	Ruh sağlığı alanında çalışabilecek yeterli ergoterapistin yetiştirilememesi	Ergoterapist çalışan ruh sağlığı kliniği veya TRSM sayısı	Ruh sağlığı alanında çalışan ergoterapist sayısı
6.4.1 Ruh sağlığı alanında çalışan meslek elemanlarının lisans eğitimleri müfredatına psikiyatri modülünün eklenmesinin sağlanması	1. Sosyal çalışmacı yetiştiren fakültelerin müfredatına psikiyatri eğitiminin eklenmesi için savunuculuk yapılması	SB	YÖK, Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2013	YÖK ve üniversitelerle yeterli işbirliği yapılamaması, Eklencek müfredat için yeterli eğitimci bulunmaması	Psikiyatri eğitimi lisans programlarına ekleyen üniversite sayısı	Psikiyatri eğitimi lisans programlarına ekleyen üniversite sayısı
	2. Psikoloji eğitimi veren fakültelerin müfredatında klinik psikoloji eğitiminin artırılması için savunuculuk yapılması	SB	YÖK, Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2013	YÖK ve üniversitelerle yeterli işbirliği yapılamaması, Artırılacak müfredat için yeterli eğitimci bulunmaması	Klinik psikiyatri eğitimlerini artıran üniversite sayısı	Klinik psikiyatri eğitimlerini artıran üniversite sayısı
6.4.2. Klinik psikiyatri alanında çalışan psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire ve psikolojik danışmanlar için	1. Bakanlık kadrolarında psikiyatri alanında çalışmakta olan mevcut psikologlardan başlamak üzere psikopatoloji, psikometrik değerlendirme gibi temel konularda tüm psikologlara hizmet içi eğitim programları müfredatlarının oluşturulması	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2012	Üniversiteler ve meslek örgütlerinden yeterli destek alınamaması	Müfredatın oluşturulması	Oluşturulan hizmet içi eğitim müfredatı

hizmet içi eğitim programları ve sertifikasyon standartları oluşturulması	2. Oluşturulan müfredat doğrultusunda hizmet içi eğitim verilmesi ve başarılı olan psikologların sertifikasyonunun sağlanması	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2016	Eğitim modüllerinin hazırlanamaması, Yeterli eğitici yetiştirilememesi	Yapılan hizmet içi eğitim sayısı	Sertifikasyonu sağlanan meslek elemanı sayısı
	3. Psikiyatri hemşiresi açığını gidermek üzere mevcut ruh sağlığı hastaneleri veya eğitim hastanesi kliniklerinde çalışanlardan başlamak üzere psikiyatri hemşireliği eğitim/sertifika programının hazırlanması	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2012	Üniversiteler ve meslek örgütlerinden yeterli destek alınamaması	Müfredat ve eğitim materyallerinin oluşturulması	Oluşturulan hizmet içi eğitim müfredat ve eğitim materyalleri
	4. Oluşturulan psikiyatri hemşireliği programı doğrultusunda hizmet içi eğitim verilmesi ve başarılı olan hemşirelerin sertifikasyonunun sağlanması	SB	Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri	2016	Eğitim modüllerinin hazırlanamaması, Yeterli eğitici yetiştirilememesi	Yapılan hizmet içi eğitim sayısı	Sertifikasyonu sağlanan meslek elemanı sayısı
	5. Psikiyatri alanında çalışmaya başlayacak psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire ve PDR'lere sertifikasyon programlarını tamamlama koşulu getirilmesi	SB		2013, Sürekli	Sertifika programının hazırlanamaması	İlgili mevzuatın yayınlanması	İlgili mevzuat

**Amaç 7 : Çocukluk ve Ergenlik Dönemine Yönelik Ruh Sağlığı Hizmetlerini İyileştirmek ve Geliştirmek**

Hedef(ler) : 7.1. Sağlıklı çocuk takip programlarına psikososyal gelişim programlarını da entegre etmek

7.2. Gelişme geriliği veya zihinsel-ruhsal bozukluğu olan çocukların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini iyileştirmek

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş (lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamam- lama Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
7.1.1. Çocuk ve ergenlerde psikososyal gelişimi destekleme programlarının sağlıklı çocuk takip ve destek programlarına entegre edilmesi	1. 0-6 yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) programı içeriğinin sağlıklı çocuk izlem protokolleri kapsamına alınması	SB		2012	Aile hekimlerinin hizmet yükü nedeniyle programın uygulanamaması	Programın uygulandığı ASM sayısı	Program kapsamında takip edilen gebe, bebek ve çocuk sayısı
	2. Topluma dayalı ebeveyn destek programlarının (MEB ana-baba okulu programları vb.) mevcut erken çocukluk programları ile entegre biçimde çalışması için kurumlar arası işbirliğinin sağlanması	SB	MEB, Aile ve SPB, Kaymakamlıklar	2012	Kurumlar arası işbirliğinin sağlanamaması	Sağlık kurumlarından destek programlarına yönlendirilen kişi sayısında artış	Sağlık kurumlarından destek programlarına yönlendirilen ebeveyn sayısı
	3. Önemli yaşam olayları sırasında çocukları destekleyen programlar geliştirilmesi için çalıştay düzenlenmesi	SB	MEB, Aile ve SPB, İlgili Meslek Örgütleri, DSÖ, UNICEF	2012	Paydaşların ilgisizliği	Çalıştayın düzenlenmesi	Çalıştay sonuç raporu
	4. Ergen risk davranışlarını azaltmaya yönelik programların geliştirilmesi için çalıştay düzenlenmesi	SB	MEB, Aile ve SPB, İlgili Meslek Örgütleri, UNICEF	2012	Paydaşların ilgisizliği	Çalıştayın düzenlenmesi	Çalıştay sonuç raporu
	5. Okul çağı çocukları için okul ruh sağlığı programları oluşturulması için çalıştay düzenlenmesi	SB, MEB	İlgili Meslek Örgütleri, UNICEF	2012	Paydaşların ilgisizliği	Çalıştayın düzenlenmesi	Çalıştay sonuç raporu

	6. Okul çağı çocukları için okul ruh sağlığı programlarının yaygınlaştırılması	MEB, SB	İlgili Meslek Örgütleri, Medya	2012, Sürekli	Okul ruh sağlığı programlarının oluşturulamaması, Meslek elemanı yetersizliği, Okul idarelerinin ilgisizliği	Okul ruh sağlığı programlarının uygulandığı okul sayısı	Okul ruh sağlığı programlarından faydalanan öğrenci sayısı
7.2.1. Gelişme geriliği veya zihinsel-ruhsal bozukluğu olan çocukların eğitim ve rehabilitasyon süreçlerinin iyileştirilmesi için sektörler arası işbirliğinin artırılması	1. Özürlü bakım hizmetlerinden yararlanan çocukların tedavisi için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile işbirliği protokolleri oluşturulması	SB, Aile ve SPB		2012	Paydaşlar arası koordinasyon yetersizliği	İşbirliği protokollerinin oluşturulması	Paydaşlar arasında oluşturulacak protokol metni
	2. Zihinsel ve/veya ruhsal özürlülük gibi özel eğitim kapsamında olan çocukların bakım, tedavi ve eğitimlerinde yaşanan sorunların çözümü için sektörler arası işbirliğinin artırılması	Aile ve SPB	SB, MEB, Gençlik ve Spor Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Belediyeler, İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar,	2012, Sürekli	Paydaşlar arası koordinasyon yetersizliği	İşbirliği protokollerinin oluşturulması	Paydaşlar arasında oluşturulacak protokol metinleri ve mevzuat değişiklikleri
	3. Otizm spektrum bozuklukları gibi çocukluk çağında başlayan kronik ruhsal bozukluklar konusunda erken tanılama-tedavi-rehabilitasyon hizmetleri için spesifik programlar geliştirilmesi	SB	Aile ve SPB, MEB		2012	Paydaşlar arası koordinasyon yetersizliği	Programların geliştirilmesi

**Amaç 8 : Ruhsal Özürlülere Verilen Hizmetlerin Kalitesini Artırmak**

Hedef(ler) : 8.1. Ruh sağlığı alanında verilen hizmetleri denetlemek

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş (lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamam- lama Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
8.1.1. Ruh sağlığı alanında hizmet veren kurumların hizmet kalitelerinin standardize edilmesi	1. Denetleme standartlarının belirlenmesi	SB	Aile ve SPB, Adalet Bakanlığı, İlgili STK'lar	2012	Paydaşların sürece yeterince katılmaması	Denetleme formlarının oluşturulması	Denetleme formları
	2. Ruh sağlığı hastaneleri, kapalı psikiyatri servisleri, bakım evleri, çocuk bakım merkezleri, ıslahevleri gibi kişilerin zorunlu tutulduğu yerlerin denetlenmesi	SB, Aile ve SPB, Adalet Bakanlığı	İlgili STK'lar	2014, Sürekli	Denetlenen kurumların savunucu tutum içine girmesi	Denetlenilen kurum sayısı	Denetleme raporları
	3. Denetleme standartlarının gözden geçirilmesi ve gerekli görülenlerin yenilenmesi	SB	Aile ve SPB, Adalet Bakanlığı, İlgili STK'lar	2014, Sürekli	Paydaşların sürece yeterince katılmaması	Denetleme formlarının oluşturulması	Denetleme formları
8.1.2. Sivil toplum kuruluşlarının ruh sağlığı hizmetlerinde aktif rol almasının sağlanması	1. STK'ların ruh sağlığı hizmeti veren kurumları denetleyebilmesi için gerekli mevzuatın ve sistemin oluşturulması	SB	İlgili STK'lar, Aile ve SPB, Adalet Bakanlığı, MEB	2012	Paydaşların sürece yeterince katılmaması	Mevzuatta eksikliklerin tespiti	Mevzuat değişiklikleri
	2. STK'ların ruh sağlığı hizmeti veren kurumları denetlemeye başlaması	İlgili STK'lar	SB, Adalet Bakanlığı, MEB, Aile ve SPB	2012, Sürekli	Kurumların sivil örgütler tarafından denetlenme kültürünün olmayışı, STK'ların resmi kurumları denetleme kültürü olmayışı	Denetlenilen kurum sayısı	Denetleme notları

**Amaç 9 : Ruh Sağlığı Alanında Yasal Düzenlemeler Yapmak**

Hedef(ler) : 9.1. Ruh sağlığı alanında hasta hakları, uygulama usul ve esasları, çalışanların sorumluluk ve yetkileri konularında eksik olan yasal mevzuatı tamamlamak

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş (lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamam- lama Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
9.1.1. Ruh sağlığı alanında hasta haklarının düzenlenmesi	1. Ülkemizde uygulanan hasta hakları ile ilgili mevzuatın ruh sağlığı hastaları açısından gözden geçirildiği bir çalıştay düzenlenmesi	SB	İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar	2012	İlgili kurum ve kuruluşların etkin katılımının sağlanamaması	Çalıştayın düzenlenmesi	Çalıştay sonuç raporu
	2. Hasta hakları konusunda psikiyatrik hastalarda diğer gruplardan farklılık gösteren durumların var olan mevzuata eklenmesi	SB	İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar	2012	İlgili kurum ve kuruluşların etkin katılımının sağlanamaması	Diğer kurumlarla yapılan toplantılar	Mevzuatta yapılan değişiklikler
9.1.2. Ruh sağlığı yasasının çıkartılması	1. Ruh sağlığı yasası hakkında ilgili dernek ve kurumlardan görüş istenmesi	SB	Adalet Bakanlığı, Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar, DSÖ	2012	İlgili kurum ve kuruluşların etkin katılımının sağlanamaması	Görüş bildiren kurum oranı	Görüşlerin tamamlanması
	2. Gelen öneriler doğrultusunda taslak metnin oluşturulması	SB	Adalet Bakanlığı, Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar	2013	Uzlaşmanın sağlanamaması	Taslak metnin oluşturulması	Taslak metin
	3. Taslak metin üzerinde geniş katılımlı çalıştay yapılması	SB	Adalet Bakanlığı, Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar, DSÖ	2013	İlgili kurum ve kuruluşların etkin katılımının sağlanamaması	Çalıştayın yapılması	Çalıştay sonuç raporu

4. Kanun metnine son halinin verilmesi	SB	Adalet Bakanlığı, Üniversiteler, İlgili Meslek Örgütleri, İlgili STK'lar	2013	Uzlaşmanın sağlanamaması	Konu ile ilgili toplantıların devamı	Kanunun son hali
5. Yasalaşma sürecinin başlatılması	SB		2015	Kanunlaşma sürecinin uzaması	Mecliste görüşülmesi	Kanunun kabul edilmesi



















## KAYNAKLAR

1. Aile Araştırma Kurumu. (1995). Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları: (Aralık 1993-Aralık 1994), Erişim tarihi: 05.04.2011  
[http://www.aile.gov.tr/files/kutuphane\\_20\\_Aile\\_Ici\\_Siddetin\\_Sebep\\_ve\\_Sonuclari.pdf](http://www.aile.gov.tr/files/kutuphane_20_Aile_Ici_Siddetin_Sebep_ve_Sonuclari.pdf)
2. Alataş G (2010). Ruh Sağlığı Hastaneleri için Kalite Kriterleri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
3. Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi Özel Sayısı, 46:25-29.
4. Alikashioglu M, Erginöz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal Ö, İter Ö (2006). Sexual Abuse Among Female High School Students in Istanbul, Turkey. Child Abuse & Neglect, 30: 247–255.
5. Aktepe E (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1:95-119.
6. Aral N, Gürsoy F (2001). Çocuk Hakları Çerçevesinde Çocuk İhmal ve İstismarı. Milli Eğitim Dergisi, Erişim tarihi: 21.1.2010  
[http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/151/aral\\_gursoy.htm](http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/151/aral_gursoy.htm)
7. Avrupa Komisyonu. (2009). 2009 Yılı Türkiye İlerleme Raporu. ISBN 978-975-19-4654-6, Ankara: Ofset Fotomat.
8. Bahar G, Savaş HA, Bahar A (2009). Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4:(12):51-65.
9. Baral I, Üçok A, Gök Ş, Yüksel Ş (1996). Bedensel Yakınmalarla Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, 59 (3): 101-103.
10. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. (2007). Stratejik Plan (2008-2012). ISBN: 978-975-19-4186-2. Ankara: Kalender Matbaacılık.
11. Başbakanlık SHÇEK. (2009). Stratejik Plan (2010-2014). Erişim tarihi: 07.05.2011  
<http://www.shcek.gov.tr/userfiles/SHCEKStratejikPlanRapor2009.pdf>
12. Beautrais A, Fergusson D, Coggan C (2007). Effective Strategies for Suicide Prevention in New Zealand: A Review of the Evidence. The New Zealand Medical Journal, 120:U2459.
13. Birleson P, Brann P, Smith A (2001). Using Program Theory to Develop Key Performance Indicators For Child and Adolescent Mental Health Services. Australian Health Review, 24(1):10-21.



14. CDBI. (2000). "White Paper"; On the Protection of the Human Rights and Dignity of People Suffering from Mental Disorder, Especially Those Placed as Involuntary Patients in a Psychiatric Establishment. Erişim tarihi: 15.05.2011  
<http://www.ijic.org/docs/psychiatry.pdf>
15. Clarkson P, Challis D (2002). Developing Performance Indicators for Mental Health Care. Journal of Mental Health, 11(3): 281-293.
16. Colp R (2005). History of Psychiatry. Psychiatry: Past and Future. Sadock, B.J. ve Sadock, V.A. (Eds.), Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8. Baskı) içinde (s.4014-4017). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
17. Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. (2006). Report to the Turkish Government on the Visit to Turkey Carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Erişim tarihi: 15.04.2011  
<http://www.cpt.coe.int/documents/tur/2009-17-inf-eng.htm>
18. Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. (2002). CPT Standartları. Erişim tarihi: 09.01.2010  
<http://www.cpt.coe.int/lang/tur/tur-standards.pdf>
19. Council of Europe. (2008). Disability Action Plan 2006-2015: A Plan about How to Make Things Beter for People with Disabilities in Europe. Erişim tarihi: 05.05.2011  
<http://www.easpd.eu/LinkClick.aspx?fileticket=584C6944456846564139673D&tabid=4954&stats=false>
20. Committee on the Elimination of Discrimination against Women . Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Erişim tarihi: 23.08.2011  
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>
21. Dağ İ (2003). Türkiye’de Ulusal Ruh Sağlığı Politikaları Konusunda Yapılmış Sistematik Çalışmalar. 3P Dergisi, 11(1): 59-67.
22. Dell'acqua G, Mezzina R (1998). Shouldering the Burden (Providing Treatment) for Persons with Schizophrenic Disturbances in the Community: The Deinstitutionalised Model. Presented at the meeting: Schizophrenia Treatment Consensus Conference. Bruxelles.
23. Dell'acqua G, Mezzina R (1998). Responding to Crisis: Strategies and Intentionality in Community Psychiatric Intervention. Erişim tarihi: 22.06.2010  
<http://www.triestesalutementale.it/english/doc/respondingcrisis.pdf>
24. Del Giudice G (1998). Psychiatric Reform in Italy. Erişim tarihi: 22.06.2010  
[http://www.triestesalutementale.it/english/doc/delgiudice\\_1998\\_psychiatric-reform-italy.pdf](http://www.triestesalutementale.it/english/doc/delgiudice_1998_psychiatric-reform-italy.pdf)
25. Eskin M, Kaynak Demir H, Demir S (2005). Same-Sex Sexual Orientation, Childhood Sexual Abuse, and Suicidal Behavior in University Students in Turkey. Archives of Sexual Behavior, 34:185–195.

26. European Commission. (2005). Green Paper – “Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union”. Brussels, 14.10.2005. COM(2005)484.
27. European Commission. (2009). Social Affairs and Equal Opportunities. Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-Based Care. Erişim tarihi: 08.05.2011 <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3992&langId=en>
28. Foucault M (1992). Deliliğin Tarihi. (Çev. M. A. Kılıçbay). Ankara: İmge Kitabevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 1961).
29. Girolamo G, Cozza M (2000). The Italian Psychiatric Reform: A 20-Year Perspective International Journal of Law and Psychiatry, 23(3): 197–214.
30. Hermann R, Mattke S, Somekh D (2006). Quality Indicators for International Benchmarking of Mental Health Care. International Journal for Quality in Health Care, 18(1):31–38.
31. HM Government. (2009). Safeguarding Children and Young People from Sexual Exploitation: Supplementary Guidance to Working Together to Safeguard Children. Erişim tarihi: 09.11.2010 [https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Safeguarding\\_CPY\\_from\\_sexual\\_exploitation.pdf](https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Safeguarding_CPY_from_sexual_exploitation.pdf)
32. Karamustafalıoğlu O, Bakım B, Güvel M (2007). İstanbul'daki Evsizlerde Psikiyatrik Bozukluklar. Düşünen Adam Dergisi, 20(2):88-96.
33. Layıkel Ş (2008). Türkiye’de Ruh Sağlığı Alanına Genel Bir Bakış. Layıkel Ş, Kacar N, Dağdır FZ (Eds.), Akıl ve Ruh Sağlığında İnsan Hakları: 2008 Türkiye Raporu, Sorunlar ve Çözüm Önerileri içinde (s.7-12). İstanbul: Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi (RUSİHAK) Yayınları.
34. Mental Disability Rights International (MDRI). (2005). Behind Closed Doors: Human Rights Abuses in the Psychiatric Facilities, Orphanages and Rehabilitation Centers of Turkey: a Report by Mental Disability Rights International. Erişim tarihi: 10.01.2010 <http://www.mdri.org/PDFs/reports/turkey%20final%2009-26-05.pdf>.
35. Mezzina R (Ed) (1998). Recommendations of the Practices Stream Commissions: Franco Basaglia: La Comunità Possibile. Erişim tarihi: 22.6.2010 <http://www.triestesalutementale.it/english/doc/PracticesIntMeeting.pdf>
36. Mezzina R (2000). The Trieste Mental Health Department Facilities, Services and Programs. Erişim tarihi: 22.06.2010 [http://www.triestesalutementale.it/english/doc/mezzina\\_2000\\_triESTE-mhd.pdf](http://www.triestesalutementale.it/english/doc/mezzina_2000_triESTE-mhd.pdf)
37. Milne D, Eminson S, Wood H (1995). Monitoring Performance in a Community Mental Health Center. International Journal for Quality in Health Care Quality Assurance, 8 (6): 38-41.
38. Ministry of Health and Social Affairs, Sweden. (1982). The Health and Medical Service Act. Erişim tarihi: 09.04.2011 <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/31/25/a7ea8ee1.pdf>

39. Norcio B, Baldi C, Dell'Acqua G (2001). The Trieste Mental Health Services: History, Context, Principles. Presented at the meeting: International Conference and Workshops in Auckland. New Zealand.
40. Özcebe H (2009). Halk Sağlığı Bakış Açısıyla İstismar Bildirimi ve Karşılaşılan Güçlükler. Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Kongresi. Ankara. Erişim tarihi:19.12.2009 <http://cbgd.org/kongre2009>
41. Pinheiro P (2006). Violence against Children in the Community. Geneva: United Nations.
42. Republic of Lithuania. (1996). Law on the Rights of Patients and Compensation of the Damage to their Health. No.I –1562 (Amended as of May 21, 1998).
43. Republic of Hungary. (1997). Act CLIV of 1997 on Health. Erişim tarihi: 10.04.2011 <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/E.C.12.HUN.3-Annex10.pdf>
44. Rotelli F (1993). Rehabilitating Rehabilitation. Erişim tarihi: 22.6.2010 <http://www.triestesalutementale.it/english/doc/Rehabilitation.pdf>
45. Sağduyu A, Aker T, Özmen E (2001). Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine bir Epidemiyolojik Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(2):99-110.
46. Sağduyu A, Özmen E, Aker T (2008). Pratisyen Hekimlerin Depresyon ile İlgili Bilgi ve Tutumları. Yeni Symposium Dergisi, 46(4):206-214.
47. Soygür H, Özalp E (2005). Şizofreni ve Damgalanma Sorunu. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri, 1(12):74-80.
48. Şimşek Z, Erol N, Öztıp D (2008). Kurum Bakımındaki Çocuk ve Ergenlerde Davranış ve Duygusal Sorunların Epidemiyolojisi; Ulusal Örnekleme Karşılaştırmalı bir Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(3):235-246.
49. Taner Y, Gökler B (2004). Çocuk İstismarı ve İhmal: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 35:82-86.
50. Taşkın EO, Özmen E (2004). Ruhsal Hastalıklarla İlişkili Tutumlar: Türkiye Çalışmalarının Gözden Geçirilmesi. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 12(3):229-238.
51. Taşkın EO (2004). Damgalama, Ayrımcılık ve Ruhsal Hastalık. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 12(Ek 3):5-12.
52. T.C. Başbakanlık Devlet PlanlamaTeşkilatı Müsteşarlığı. (2010). Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu : Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu. YÖK Yayın No: 2010/1. ISBN: 978-975-7912-37-8. Ankara: Uyum Ajans.
53. T.C. Sağlık Bakanlığı. (1998). Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete. Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420
54. T.C. Sağlık Bakanlığı. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması, Ana Rapor. Ankara: Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z.

55. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2006). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması. Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. ISBN: 975-590-198-1, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701. Ankara.
56. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. ISBN:978-975-590-255-5, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 739. Ankara.
57. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2009). Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları. ISBN: 978-975-590-288-3, Ankara: Lazer Ofset.
58. The National Mental Health Plan Steering Committee, Australian. (2003). Consultation Paper on the National Mental Health Plan (2003-2008). Erişim tarihi: 10.04.2009  
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/54576E4E1B540ADECA2571F1001FB091/\\$File/consult.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/54576E4E1B540ADECA2571F1001FB091/$File/consult.pdf)
59. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos R (2010). WPA Guidance on Steps, Obstacles and Mistakes to Avoid in the Implementation of Community Mental Health Care. World Psychiatry, 9:67-77.
60. Traş Ü, Dilli D, Dallar Y, Oral R (2009). Evaluation and Follow-up of Cases Diagnosed as Child Abuse and Neglect at a Tertiary Hospital in Turkey. Turk J Med Sci, 39 (6): 969-977.
61. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. (2009). Erişim tarihi: 15.01.2011  
[http://www.ksgm.gov.tr/tdvaw/doc/Ana\\_Rapor\\_Mizan\\_1.pdf](http://www.ksgm.gov.tr/tdvaw/doc/Ana_Rapor_Mizan_1.pdf)
62. World Health Organisation. (1993). Psychosocial and Menral Health Aspects of Women’s Health. Geneva: World Health Organization.
63. World Health Organisation. (1998). Educational Package: Mental Disorders in Primary Care. Geneva: World Health Organization.
64. World Health Organisation. (1998). Pimary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. Geneva: World Health Organization.
65. World Health Organisation. (2000). Preventing suicide: Resource for Primary Health Care Workers. Geneva: World Health Organization.
66. World Health Organisation. (2001). Mental Health in Europe: Country Reports from the WHO European Network on Mental Health. Copenhagen: World Health Organization.
67. World Health Organisation. (2001). The Athens Declaration on Mental Health and Man-made Disasters, Stigma and Community Care. Greece: World Health Organisation.
68. World Health Organisation. (2003). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Legislation & Human Rights. Geneva: World Health Organization.
69. World Health Organisation. (2003). World Report on Violence and Health, Geneva: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozana R.
70. World Health Organisation. (2003). Mental Health Policy and Service Guidance Package: The Mental Health Context. Geneva: World Health Organization.

71. World Health Organisation. (2003). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health. Geneva: World Health Organization.
72. World Health Organisation. (2004). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Policy, Plans and Programmes. Geneva: World Health Organization.
73. World Health Organisation. (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Geneva: World Health Organization.
74. World Health Organisation. (2005). Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions; Report from the WHO European Ministerial Conference. Denmark: World Health Organization.
75. World Health Organisation. (2006). Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. France: World Health Organization.
76. World Health Organisation. (2007). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans. Geneva: World Health Organization.
77. World Health Organisation. (2007). Atlas: Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities. Geneva: World Health Organization.
78. World Health Organisation. (2007). Preventing Suicide: In Jails and Prisons. Geneva: World Health Organization.
79. World Health Organisation. (2008). Preventing Suicide: How to Start a Survivors' Group. Geneva: World Health Organization.
80. World Health Organisation. (2008). Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective. Geneva: World Health Organization.
81. World Health Organisation. (2008). Policies and Practices for Mental Health in Europe; Meeting the Challenges. Denmark: World Health Organization.
82. World Health Organisation. (2008). Suicide and Suicide Prevention in Asia. Geneva: World Health Organization.
83. Yanık M (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. Reviews, Cases And Hypotheses in Psychiatry Özel Sayısı, 1(3):9-78.
84. Yıldırım E (2008). Çocuk ve Televizyonda Şiddet: 5 Yaşındaki Çocukların Anne-Babalarının Televizyondaki Şiddetin Saldırgan Davranışlar Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Anabilim Dalı, Ankara.
85. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kara ME, Alyanak B (2001). Çocukluk Döneminde İhmal ve İstismarın Olası Sonuçlarının İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(2):69-78.