

# Zorunlu Yatış Özelinden Ulusal “Ruh Sağlığı Yasası”nın Önemi ve Gerekliliği

## The Significance and Necessity of the National “Mental Health Act” from Special to Compulsory Hospitalization: Review

Gamze NESİPOĞLU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Tıp Tarihi ve Etik AD,  
İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,  
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 24.04.2017  
Kabul Tarihi/Accepted: 07.08.2017

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Gamze NESİPOĞLU  
İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,  
Tıp Tarihi ve Etik AD, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
gamze.nesipoglu@istanbul.edu.tr

*Bu çalışma, Prof. Dr. Nil San danışmanlığında yürütülen ve 2015 yılında kabul edilen Psikiyatri Hastalarının “Zorunlu Yatış”ından Doğan Etik Sorunlar ve Bu Sorunların Klinik Etik Kapsamında Değerlendirilmesi başlıklı yüksek lisans tezinde yer alan “Hukuki Bağlamda Psikiyatri Hastalarının Zorunlu Yatışı” adlı bölümün yazar tarafından yeniden gözden geçirilip, kısaltılarak güncellenmesi sonucunda hazırlanmıştır.*

**ÖZET** Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bir ülkenin “gelişmişlik düzeyinin göstergesi” olarak değerlendirilen ruh sağlığı yasası psikiyatri hizmeti alanların insanlık onuruna, temel hak ve özgürlüklerine saygı duyulmasına ve güvenlik amacının ötesinde tedaviyle “en yüksek yarar”ın sağlanmasına ilişkin toplumsal ve mesleki farkındalığı yansıtmaktadır. Psikiyatri hizmeti verenler için sorumluluk sınırlarının belirlenmesi bağlamında rehber niteliği taşımaktadır. Sınırları belirlenmemiş yükümlülüklerin de yasal ve etik sorunlara yol açtığı göz önüne alındığında, bu yasanın söz konusu sorunlara ve çözümüne ışık tutacağı anlaşılmaktadır. Yasal ve etik sorunların çözümüne yardımcı olması, yeni sorunların yaşanmaması, ilineksel olarak hastanın ve hekimin korunması amacıyla İngiltere, İrlanda, Hollanda gibi Avrupa Birliği’ne üye bazı ülkelerin 19. yüzyıl ortalarında ruh sağlığı yasası hazırlaması ve değişen koşullara göre sürekli güncellemesi psikiyatri alanına özel bir yasanın gerekliliğini ve önemini de ortaya koymaktadır. Bu çalışma ile ülkemizde henüz bir ruh sağlığı yasasının yürürlükte olmayışı nedeniyle Dünya Psikiyatri Birliği, Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Birliği tarafından hazırlanan ilgili uluslararası yasa ve yönetmeliklerin (meta)analizi yapılarak, zorunlu yatış özelinden genel argümanlara vararak, ulusal ruh sağlığı yasasına duyulan gereksinimi ve ulusal-özel bir yasanın önemini ortaya koymak amaçlanmıştır. Böylece psikiyatri alanında hukuk ve etiğin kesiştiği noktada yaşanan sorunların çözümüne ve mevcut belirsizliklerin giderilmesine katkıda bulunmaya çalışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Etik; psikiyatri; ruh sağlığı yasası; tıp hukuku; zorunlu yatış

**ABSTRACT** The mental health act acknowledged as “the “indicator of the level of development” for a country by the World Health Organization (WHO) represents the social and professional awareness concerning to the respect for the people getting psychiatric service in sense of dignity, fundamental rights and freedoms, and “best interest” of them beyond security goals. It also has the quiddity of guidelines for psychiatrists in the context of determining the limits of responsibility and shedding light on the legal and ethical issues since the obligations, whose lines have not been drawn, lead to the issues and dilemmas. The mental health acts prepared and updated according to changing conditions by the some member states of the European Union such as England, Ireland, Netherlands in the mid-19<sup>th</sup> century indicate the necessity and importance of mental health act. In this study, because there isn’t a mental health act yet in Turkey, it is intended to reveal necessity of the national mental health act and reach general arguments from compulsory hospitalization doing (meta)analysis of legislations prepared by the World Psychiatric Association, World Health Organization and European Union. Thereby, it is tried to make a contribution to solve the issues encountered and to disambiguate the current uncertainties in junction point of medical law and ethics.

**Keywords:** Ethics; psychiatry; mental health act; medical law; compulsory hospitalization

**K**öken bilimsel (*etimolojik*) olarak Arapça “hak” anlamındaki *hakk* (حَقّ) sözcüğünden türeyen ve bu sözcüğün çoğulu olarak “haklar”ı (حَقُوق/حقوق) ifade eden hukuk kavramı, bu bağlamda, tümel bir ni-

telik taşımaktadır.<sup>1</sup> Türkçe Sözlük'te "toplumu düzenleyen ve devletin yaptırım gücünü belirleyen yasaların bütünü" olarak açıklanması da kavramın, bireylere hakların tanınması ve korunması hususunda, yetkili organ olarak hukukun tümel ve nesnel niteliğine işaret etmektedir.<sup>2,3</sup> Hukuk ve hak kavramları için Almaca (*Recht*) ve Fransızcada (*droit*) da öznel ve nesnel ayrımının yapılması; hak için "öznel" (Alm. *subjektive Recht* / Fr. *droit subjectif*), hukuk içinse "nesnel" (Alm. *objektiven Recht* / Fr. *droit objectif*) sözcüklerinin kullanılması bu çıkarımı desteklemektedir.<sup>1</sup> Bu durum, hak kavramının tikel ve görece yanına işaret ederek "hakkın öznesi" olan bireye tanınması, bireyin sahip olması ve eyleminde vücut bulması açısından görece bir ideadan somut ve mutlak bir yapıya dönüşmekte ve ontolojik bir özellik kazanmaktadır.

Hukukun, öznesine tanıdığı ve sürekliliği hususunda özneyi yetkilendirdiği "yaşama hakkı", "insan hakları", "sağlık hakkı" gibi çeşitli haklar bulunmaktadır.<sup>4</sup> Söz konusu haklar arasında insana özsel mahiyetinden ötürü yani salt "insan olduğu için" insanın doğuştan getirdiği özelliklerine (cinsiyet, ırk, etnik köken gibi) ya da sonradan kazandığı niteliklerine (sosyal statü, ekonomik durum gibi) göre ayırım yapılmadan tanınanı ve en kapsamlı olanı "insan hakları"dır.<sup>5,6</sup> İnsan hakları bireyin varlığını sürdürmesi açısından yaşama hakkını; sağlığını koruma, sürdürme ve tıbbi bakım alma bağlamında da sağlık hakkını içermektedir. "Kişi hürriyeti ve güvenliği hakkı", "mülkiyet hakkı", "eğitim ve öğretim hakkı", "çalışma hakkı" gibi diğer tüm hakların esası, zorunlu koşulu ve varlık sebebi olan yaşama hakkını olanaklı kılan temel unsur ve gerekli koşul ise sağlık hakkıdır. Zira bireyin ruhsal, zihinsel ve bedensel açıdan sağlıklı olması ona yaşam açısından bir bütünlük sunmak tadır ki uluslararası hukuk metinlerinde de "sağlık" sözcüğü salt iyi olmaya değil, "bedensel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali"ne işaret etmektedir. O halde, sağlık hakkı bireyin sadece sağlıklı olma halini değil, aynı zamanda bu halini koruması ve sürdürmesi için toplumdan ve devletten beklentilerini ve bu doğrultuda sunulan olanaklardan yararlanabilmelerini de ifade etmek tedir.

Dünya Sağlık Örgütü de sağlık hakkını "mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık standartlarına ulaşma hakkı" olarak tanımlamıştır.<sup>7</sup> Bu doğrultuda bireyin, sağlık hakkından en iyi şekilde yararlanabilmesi için sağlık kurum ve hizmetlerinin yeterli ve tıbbi ihtiyacı en üst düzeyde karşılayabilir olması; verilen hizmetlerin tıp etiği ilkelerine uygun olması; söz konusu hizmetlere herkesin fiziksel ve ekonomik açıdan ulaşabilir olması devletin ödevi olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla yaşama hakkı ile sağlık hakkının, birbirinin yapıcı ögesi olduğu ve her ikisinin de insan haklarıyla özsel bağ kurduğu ifade edilebilir.

Yine Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komitesi ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi tarafından hazırlanan, 1986-2006 arasındaki yılları kapsayan, sözleşme ve yorumlarda da sağlık hakkının bütüncül tanımı yapılmakta ve temel haklardan biri olması gerektiği vurgulanmaktadır.<sup>8</sup> Ne var ki, günümüzde sağlık alanında karşılaşılan insan hakları ihlalleri ile yasal ve etik sorunlar, söz konusu yasa ve bildirgelerde belirtilen koşulların tam anlamıyla uygulanmadığına işaret etmektedir.

Mevcut belirsizlikler ve yoksunluklardan ötürü yukarıda belirtildiği gibi insan hakları ihlalleri ile yasal ve etik sorunların en çok yaşandığı alanlardan birinde de, "incinebilir hasta grubu" olarak anılan psikiyatri hastaları bulunmaktadır. Bahsi geçen hasta grubu, genel olarak, bir yandan toplum tarafından damgala(n)ma (*stigmatizasyon*), ötekileştirme hatta dışlanmaya maruz kalmakta, öte yandan kliniklerde özgürlüklerinin sınırlandırılması, özerklik ve mahremiyetlerinin yok sayılması gibi sorunlar yaşamaktadırlar.<sup>9</sup> Bu sorunların giderilmesi amacıyla ruh sağlığına ilişkin hazırlanacak olan yasa ve yönetmelikler ile izlenecek politikada hastanın kendi "kaderini tayin etme hakkı" ve "en yüksek yararı" ile özgürlüğünün sınırlandırılması ve toplumun korunması arasındaki dengenin sağlanması gerekmektedir.<sup>10</sup> Dünya Psikiyatri Birliği (DPB) tarafından 1977 yılında yayımlanan ve 1983 yılında yeniden gözden geçirilen Hawaii Bildirgesi söz konusu dengeye ulaşabilmek amacıyla hazırlanmıştır.<sup>11</sup> Bildirgenin özellikle 5. maddesi bu sava dayanak oluşturacak niteliktedir:

**Hawaii Bildirgesi - Madde 5.** “Ruh hastalığı nedeniyle hastanın kendi en iyi yararının ne olduğu hakkında yargıda bulunma olanağı olmadığı ve tedavi olmadığı takdirde hastaya veya öteki kişilere ciddi bir zarar gelme olasılığının büyük olduğu durumlar dışında, hastanın isteğine aykırı veya ondan bağımsız olarak herhangi bir uygulama yapılmamalı, tedavi verilmemelidir.”<sup>12</sup>

Hawaii Bildirgesi’nde psikiyatri hastasının kendi isteği dışında yatırılması kendisine ve başkalarına zarar verme olasılığı ile temellendirilmiş görünmektedir. Bildirgedeki temel dayanağın, yukarıdaki maddeden de anlaşılacağı üzere, “tehlikelilik” olmasına karşın aydınlatılmış onam, özerkliğe saygı ve yararlılık ilkeleri üzerinde de önemle durulması hasta merkezli bir yaklaşımı da ortaya koymaktadır.

Zira bildirgenin hazırlanmasında temel olarak çağdaş toplumlarda psikiyatrların karşılaştıkları sorunlara çözüm üretebilmek, karar verme hususunda yaşanan çatışmalarda onlara yardımcı olabilmek ve gelecekte hastalara bu tür sorunları yaşatmamak amacı güdülmüştür.<sup>13</sup> Değişen sosyal yaklaşımlara ve psikiyatri disiplindeki gelişmelere koşut olarak Dünya Psikiyatri Birliği tarafından 1996’da hazırlanan Madrid Bildirgesi de gerek Hawaii Bildirgesi’ndeki eksiklikleri gidermek gerekse psikiyatrlarda etik farkındalık oluşturmak amacıyla hazırlanmıştır:

**Madrid Bildirgesi - Madde 4.** “Hasta; akıl ve ruh hastalığından dolayı yeterli olmadığı ve doğru yargıda bulunmadığında, psikiyatr hastanın ailesiyle görüşmeli ve, şayet uygunsa, insan onurunu ve hastanın yasal haklarını korumak amacıyla yasal vekil aramalıdır. Tedavi edilmemesi hastanın ve/veya çevresindekilerin yaşamını tehlikeye atmıyorsa, hastanın isteğine karşı tedavi verilmemelidir. Tedavinin her zaman hastanın en yüksek yararına olması gerekir.”<sup>14</sup>

Madrid Bildirgesi’nde de hastanın en yüksek yararı ve insanlık onuru vurgulanırken, isteği dışında yatırılmasına tehlikelilik unsuru neden olmaktadır. DPB gibi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de psikiyatri alanında, özellikle zorunlu yatırılma konusunda, hekimlere karar verme sürecinde yar-

dımcı olmak ve hastanın insanlık onuru ile haklarını korumak için rehber niteliğinde çeşitli çalışmalar yapmaktadır.

Söz konusu çalışmalardan biri de 2005 yılında yayımlanan Ruh Sağlığı Üzerine Kaynak Kitap: İnsan Hakları ve Yasalar (*Resource Book on Mental Health: Human Rights and Legislation*) adlı yayın olup, zorunlu yatışı dair yasa ve yönetmeliklerdeki sorunlara çözüm önerileri de sunmaktadır.<sup>15</sup> Bahsi geçen kitapta, ruh sağlığı yasalarının gerekliliğine, yasaların hazırlanması ve uygulanması sürecinde dikkat edilecek noktalara ve ruh sağlığı hizmeti alan bireylerin haklarına değinilmekte, insan hakları ve özellikle yatarak tedavilerde hastanın kişisel özgürlüğü; “istemli yatış”larda dahi hastanın “istemli” olma halinin irdelenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Hastanın yatışı istemli görünse de bunun ne denli iradesiyle gerçekleştiği ve bu konuda ne denli bilgi sahibi olduğu, içinde bulunduğu koşullar gereği, tartışmalıdır. İstemli yatış ve tedavi kararında hastanın onamının geçerliliğine ve baskı altında kalmadan özgür iradesinin kullanımına ilişkin sorgulama da DSÖ’nün, bireye ve insanlık onuruna saygı bağlamında, hastaya ve haklarına verdiği önemi ortaya koymaktadır.

Kitapta, kendi kaderini tayin etme yeterliğine sahip olmasına karşın zorla yatırılan ve tedavi edilen hasta oranının yüksek olduğu da ifade edilmektedir. Böylece seçim yapma hakkı ve kişisel özgürlüğü sınırlanan bu bireylerin zorla yatırılarak, sosyal açıdan “kötüye kullanılma” ve damgalanma riskiyle karşı karşıya kaldıkları da belirtilmektedir. Böylesi durumların asgari düzeye indirilmesi amacıyla zorla yatırılmayı gerekli kılan unsurlar şu şekilde sıralanmaktadır:<sup>15</sup>

- “Hastalığın ‘ciddi’ oluşu
- Tedavinin kaçınılmazlığı
- Hastanın kendisi ve/veya çevresi için ‘tehlikeli’ olması/ olma olasılığı
- Hastanın sağlık hakkına erişiminin kolaylaştırılması”

DSÖ tarafından daha önce, 1996 yılında, hazırlanmış olan Ruh Sağlığı Hizmetleri Yasası: On Temel İlke (*Mental Health Care Law: Ten Basic*

*Principles*) adlı kitapçıkta da ruh sağlığı hizmeti sunanların hastayı istemi dışında yatırımları gerektiğinde aşağıdaki hususlara dikkat etmeleri salık verilmektedir:

- “Hastanın onam verememe (‘yeterli olmama’) halinin sistematik olarak süreklilik arz edip etmeyeceğinin farkındalığı ile hastaya yaklaşmak.

- Hastanın -onam verme yeterliği olmadığı hallerde- daha önce dile getirilmiş isteğinin olup olmadığını öğrenmek, varsa bu isteği dikkate almak.

- Hasta adına yetkilendirilmiş bir vekilin (akraba, arkadaş veya resmi olarak yetkili biri) hastanın en yüksek yararına karar verebileceğinden emin olmak ve onamı söz konusu kişiden almak.”<sup>16</sup>

Dünya Sağlık Örgütü’nün incelenen çalışmalarında; “yetersizlik” hali, bu halin sürekli olup olmayışı ve önceden açıklanmış isteğin üzerinde önemle durulduğu görülmektedir. Bunların yanı sıra hastanın kararının üzerinde durulduğu ve temsilciden çok hastanın ön plana çıkarıldığı yönetmelik ve bildirgeler de bulunmaktadır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından 1994 yılında hazırlanmış olan Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi Olarak Amsterdam Bildirgesi (Madde 3) ve Dünya Tabipler Birliği’nin 1995 yılında hazırladığı Bali Bildirgesi (Madde 5) bu hususta örnek teşkil etmektedir.<sup>17,18</sup> Hastayı ve haklarını merkeze koyarak hazırlanan her iki bildirgenin özsel açıdan mahiyeti de “hasta hakları bildirgesi” olmalarını haklı çıkarmaktadır. Zira özellikle karar verme konusunda yeterli sayılmayan psikiyatri hastalarının, kaderlerini tayin etme hususunda, “kendilerinin dışında” değerlendirilmeyip, karara dâhil edilmeleri anlayışı önem arz etmektedir.

## AVRUPA BİRLİĞİ’NİN “RUH SAĞLIĞI” POLİTİKALARI

Psikiyatri hastalarının zorunlu yatırılmasının insan onuru ve adalet ile yakından ilgili olması, Avrupa Birliği’nin (AB) sağlık politikaları kapsamında değişen koşullara ve gelişen farkındalığa koşut olarak konuyu belli aralıklarla ele almasını ve ilgili yasaların hazırlanmasını, özellikle eşit tedavi olanakları sunma hususunun temel alınmasını sağlamıştır. Zo-

runlu yatırılma özü gereği, hastanın isteğine karşı yapılan bir eyleme işaret ettiği için “özgürlüğün sınırlandırılması” anlamını da içermektedir. Zorunlu yatırılma ile özgürlük arasında ortaya konulan özsel ilişki de zorunlu yatırılmanın sınırlarının ve ölçütlerinin belirlenmesini gerekli kılmaktadır. Söz konusu sınır ve ölçütlere kesinlik kazandırmak amacıyla Avrupa Birliği Bakanlar Konseyi psikiyatri hastalarının temel hak ve özgürlüklerinin korunmasına ilişkin tavsiye kararında (2004) zorunlu yatışın ölçütlerini şu şekilde belirtmektedir:

**Madde 17 / 1:** “Kişi, şayet aşağıdaki koşulların hepsini karşılıyorsa, zorunlu yatışın öznesi olabilir:

- Akıl ve ruh hastalığı tanısı konulmuşsa,

- Durumu kendisinin ve başkalarının sağlığına ciddi derecede zarar verme riskini önemli ölçüde yansıtıyorsa,

- Yatırılma tedavi amacı taşıyorsa,

- Uygun ve daha az sınırlayıcı tedavi yöntemleri denenmiş fakat başarılı olunmamışsa ya da söz konusu yöntemler uygulanabilir değilse,

- İlgili kişinin düşüncesi hesaba katılmışsa.”<sup>19</sup>

Yukarıda belirtilen ölçütlerden yatırılma amacının tedavi olmasına karşın, hastanın tehlikelilik derecesinin de belirtilmesi düşünsel zeminde örtüşmese de tedaviye yapılan vurgu hastanın en yüksek yararı; ilineksel olarak insan onuru ve özerklik adına önemlidir.

Ayrıca Avrupa Komisyonu tarafından 2005’te yapılan bir değerlendirme çalışmasında; “Zorunlu yatırma ve tedavi, hastaların haklarını ciddi derecede (olumsuz yönde) etkilemektedir. Daha az sınırlayıcı seçeneklerde başarısız olduğunda, zorunlu uygulamalara son çare olarak başvurulmalıdır,” ifadesi yer almaktadır.<sup>20</sup> Bu ifadeden temel hakların (özgürlük ve özerklik bağlamında) korunması ve zorunlu yatıştan olabildiğince kaçınılması gerektiği anlaşılmaktadır.

AB sağlık politikalarının, üye ülkelerin ortak ve üst yapısını temsil etmesi nedeniyle genel çerçeveyi belirlemesine karşın, her ülkenin sağlıkla ilgili düzenlemeleri ulusal düzeyde farklılık göstermektedir. Avrupa Konseyi tarafından hazır-

lanan bir raporda (2002), AB üyesi devletlerin çoğunda zorunlu yatırılma ve zorunlu tedavi ile ilgili özel ruh sağlığı yasalarının olduğu belirtilmektedir. AB sağlık politikaları ile çizilen genel çerçeveye rağmen, ulusal bazda görülen farklılıklar yasaların eylemde somut kılınması nedeniyle uygulamalarda belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır.<sup>21</sup> Uygulama farkları, gerçekliğini en belirgin şekilde zorunlu yatırılma oranlarında göstermektedir. Farkların üzerinden yükseldiği unsurlar ise, çoğunlukla yatırılma kararında esas alınan ölçüt, yatış kararını veren kişi ve yatış süresidir. Çoğu AB ülkesini (Yunanistan, İtalya ve İspanya dışında) kapsayan sekiz yıllık (1992-2000) süreçte zorunlu yatışı yapılan hasta dosyalarının geriye dönük (*retrospektif*) olarak incelendiği bir çalışma yukarıdaki düşünceye örnek teşkil etmektedir. Buna göre Almanya, Fransa ve İngiltere’de zorunlu yatırılan hasta sayısı, diğer AB ülkelerine göre önemli ölçüde yüksek iken; İrlanda, Danimarka ve Portekiz’de bu sayı hayli düşük görülmektedir.<sup>22</sup> Üst yapı olarak AB’nin belirlediği ölçütlerin varlığına karşın, ülkelerin kendi içyapılarındaki farklılıklar; kültürel, sosyal, ekonomik ve siyasi özellikleriyle ilişkilendirilebilir. Ayrıca bu farklılıklar ülkelerin zorunlu yatışı gerçekleştirirken hangi ölçütü/ölçütleri temel aldıklarıyla da açıklanabilir.

Zira Hollanda, Almanya, Belçika ve Avusturya’da hastanın kendisine ve/veya çevresine zarar verme riski (tehlikelilik unsuru) esas alınırken; İngiltere, İrlanda, Fransa, Yunanistan ve İsveç’te tehlikelilik unsurunun yanında hastanın tedavi gereksinimi de zorunlu yatışa dayanak oluşturmaktadır.<sup>23,24</sup> Ne var ki AB’ye üye ülkelerin yasalarında her iki ölçütten de bahsedilmesine rağmen, üzerinde önemle durulan esas ölçüt tehlikeliliktir. Bu doğrultuda söz konusu ülkelerin ruh sağlığı yasalarının AB sağlık politikalarının genel çerçevesiyle örtüştüğü görülmektedir ki Hollanda’daki yasal düzenlemeler bu sava örnek verilebilir.

Hollanda Psikiyatri Hastanelerine Zorunlu Kabul Yasası’nda (2006) tehlikelilik unsuru vurgulanmış ancak derecesi belirtilmemiştir. Yasada zorunlu yatırılmanın koşulları şu şekilde sıralanmıştır: Hastanın kendisini öldürme ya da bedenine ciddi zarar verme olasılığı; sosyal konumunu ve

çevresini tahrip etme isteği; kendisini tamamen ihmal etmesi.<sup>24-26</sup> Psikiyatri hastalarını ve zorunlu yatış konusunu yasalarla ayrıntılı olarak ele alan ve ulusal değişkenlere göre yeniden düzenleyen İngiltere ise ulusal özgünlük açısından örnek teşkil etmektedir. Zira bu ülke sürekli olarak mevcut yasasını ulusal konjonktürde değerlendirip, eksik ve uygulanabilir olmayan yanlarını düzelterek, kendisine ve çevresine zarar verme riski yüksek psikiyatri hastalarının hakları ile toplumun güvenliği arasındaki dengeyi sağlamak üzere yasaları çağın ve toplumun koşullarıyla uyumlu hale getirmeye çalışmaktadır.

İngiltere’nin, 1959 yılında yayımladığı Ruh Sağlığı Yasası’nı (*Mental Health Act 1959*) 1983, 2007, 2011, 2013 ve 2015 yıllarında güncellemesi ve bunların yanı sıra 2005’te Zihinsel Kapasite Yasası’nı (*Mental Capacity Act 2005*) düzenlemesi yukarıda belirtilen sava kanıt teşkil eder niteliktedir.<sup>27-31</sup> *Ruh Sağlığı Yasası 1983*; hastalıkların tedavisine yasal bir çerçeve çizse de yasa gereği psikiyatri hastalarının isteği dışında alıkonulmaları insan hakları bağlamında eleştirilmiştir.<sup>32, 33</sup> He ne kadar tehlikelilik ve tedavi ihtiyacı zorunlu yatırılmanın esası olarak belirtilse de, yasadaki özgürlüğü sınırlandırılacak kişilerin “akıl hastaları, alkol ve madde bağımlıları, evsizler” şeklinde sıralanması “sosyal hijyen” olarak değerlendirilmiştir.<sup>26, 34</sup> *Zihinsel Kapasite Yasası 2005*’te karar verme “kapasitesi yetersiz” hastaların tedavisi üzerinde durulmuştur. “Yetersizlik”, karar verme kapasitesinin yoksunluğu olarak açıklanmış; kararla ilgili bilginin anlaşılabilmesi, karar sürecinde bu bilginin kullanılamaması ve verilecek kararla neden-sonuç ilişkisinin kurulabilmesi yetersizlik ölçütü olarak belirlenmiştir.<sup>35-37</sup> Bu bağlamda kapasiteden yoksun olan hastanın tedavisine ilişkin de “doğru” karar veremeyeceği belirtilmiş, yasanın hasta adına karar vermesi bu yolla meşru kılınmıştır.<sup>38</sup> İngiltere’nin ruh sağlığı yasalarını sürekli düzenlemesi ve her bir düzenlemede yasanın sorunlu yanlarını gidermeye çalışması psikiyatri hastalarının hakları ve zorunlu yatırılma hususuna verdiği öneme işaret etmektedir. Ruh sağlığı yasaları psikiyatri hastalarına yaklaşımını resmi boyutunu göstermekte, yasaların varlığı ve içeriği ise Dünya



Sağlık Örgütü tarafından bir ülkenin “gelişmişlik düzeyinin göstergesi” olarak kabul edilmektedir.

## TÜRK HUKUK ÖĞRETİSİNDE PSİKİYATRİ HASTALARININ YERİ

Türk hukuk öğretisinde psikiyatri hastalarının özgürlük ve haklarını ayrıntılı olarak ele alan, psikiyatlara rehberlik edecek özel bir yasa -taslağı hazırlanmış olsa da- bulunmamaktadır. Ancak mevcut yasa ve yönetmeliklerde özellikle hastanın “alıkonulması” ve haklarının “kısıtlanması”na değinilmekte; hastanın ve toplumun “korunması” esas alınmış görülmektedir.

Ulusal kapsamda ilk yasal çalışmanın 1876 yılında yayımlanan *Bimarhaneler Nizamnamesi* olduğu bilinmektedir. Ancak bu yasa ile bimarhanelerin (hastane; önceleri tüm hastaların tedavi edildiği, zamanla sadece akıl ve ruh hastalarının tutulduğu yer) idaresine ve işleyişine yönelik kurallar ortaya konulmuş ve hasta kayıtlarının tutulmasını amaçlayan bir belgenin doldurulması zorunlu koşulmuştur.<sup>39</sup> Söz konusu belgede hastaya dair bilgilerin yanı sıra hastalığın öyküsünün de alınması o dönem için ulusal bazda akıl ve ruh hastalıklarının tıbbi zeminde kabulü açısından önemli bir gelişmedir.

Kapsam ve içerik bağlamında *Bimarhaneler Nizamnamesi*'nin “yerini alabileceği” şeklinde değerlendirilen ancak yürürlüğe girmeyen *Bimarhane ve Mecanine Mahsus Talimat(name)-Taslak* ile hem bimarhanelerin işleyişi hem de devletin hastaları koruma ve kontrol altında tutması ele alınmıştır. Taslak'ta -Madde 13 ve Madde 27'de- bimarhanelerdeki hastaların devletin gözetiminde olduğu; evlerinde bulunanların ise özellikle eylemleriyle topluma rahatsızlık veren (“feryat ve şikâyet eden”) ve tehlike olarak görülenlerin devletin korumasında tutulduğu; bimarhaneye zorunlu yatırılmanın temel koşulu olarak “tehlikelilik” unsurunun esas alındığı anlaşılmaktadır.<sup>40</sup> Bu doğrultuda hastanın isteğine karşı, özellikle saldırgan davranışlarından ötürü dönemin sağlık kurumlarına yatırılmalarında tedaviden çok hastanın ve toplumun “güvenliği”nin esas alındığı çıkarılabılır.

Psikiyatri hastalarının zorunlu yatışlarında esas alınan tehlikelilik unsuru ve hastanın himaye edilerek, kontrol altında tutulması ile kendisini ve/veya etrafındakileri olası zararlarından koruma anlayışı diğer ulusal hukuk metinlerinde de yer almaktadır. Örneği, *1934 Polis Vazife ve Salıhıyet Kanunu* ve *T.C. 1982 Anayasası*'nda görülmektedir. Polis Vazife ve Salıhıyet Kanunu Madde 13'te “ruhsal” hastaların tehlikelilik unsuru esas alınmış, ancak hastanın korunmasından çok toplumun korunması üzerinde durulmuştur.<sup>41</sup> Dolayısıyla polis, toplumun diğer bireylerine zarar verme olasılığı olan hastaları (zorla) hastaneye götürme konusunda yetkilendirilmiştir. Ayrıca polisin bu konuda yetkilendirilmesi ve “tedavi tedbiri” ifadesi tedaviden çok güvenliğe verilen önemi gözler önüne sermektedir.

T.C. 1982 Anayasası Madde 19'da ise, psikiyatri hastasının topluma zarar verme olasılığına istinaden zorla sağlık kurumlarına yatırılabilmesi ve bu gerekçenin özgürlüğün sınırlandırılması için geçerli olabileceği anlaşılmaktadır.<sup>42</sup> Benzer yaklaşım, *Türk Medeni Kanunu*'nda da bulunmakta; özellikle 405 ve 432. maddeler bu sava örnek teşkil etmektedir: Her iki maddenin birbiriyle koşut olan en temel özelliği; psikiyatri hastalarının herhangi bir kişi veya yetkili (polis gibi) tarafından zorla hastaneye yatırılabilmesi ile hastanın vereceği zarardan toplumu koruma anlayışıdır.<sup>43</sup> Bu amaçla hastanın özgürlüğünün kısıtlanması, “*Tedaviden çok güvenliğin mi?*” öncelikli olduğu sorusunu akla getirmektedir. Öte yandan, psikiyatri hastası bireysel, kamusal ya da sosyal açıdan herhangi bir zarar verdiğinde ise hastanın, hangi bağlamda (“suçlu” olarak mı, hasta olarak mı?) değerlendirildiği önem arz etmektedir. Bunun yanı sıra hastanın nerede alıkonulacağı ve alıkonulurken tedavi edilip edilmeyeceği de üzerinde durulması gereken bir diğer noktadır.

“Tehlikelilik” unsurunun esas alınması ile hastanın zorla yatırılarak toplumdan uzaklaştırılması, DSÖ'nün hastanın toplumla bütünleştirilmesi (uyumunun sağlanması) hedefiyle örtüşmemektedir.<sup>7</sup> Ancak Türkiye'de *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)* başlıklı çalışmada da zorunlu yatırılma gerçeğinin Türkiye'deki durumu açısından

toplum temelli sağlık sistemi oluşturmanın ve bu sistemi sürekli kılmanın başlıca hedefler arasında yer aldığı belirtilmektedir.<sup>43</sup> Türkiye'nin mevcut yasalarının bu konuda yeterli olmadığını belirtildiği çalışmada sorunları çözmek ve hedeflere ulaşmak için ruh sağlığı yasasına duyulan ihtiyaç da ortaya konulmaktadır.

Ülkemizde 2002'de hazırlanan *Ruh Sağlığı Yasası Taslağı*'nda psikiyatri hastalarının haklarını korumak ve hastaların topluma uyumunu sağlamak amacıyla zorunlu yatıştan olabildiğince kaçınılması ve ayaktan tedavinin tercih edilmesi gerektiği önemle vurgulanmakta ve tedavi üzerinde önemle durulmaktadır.<sup>44</sup> Taslak, hastanın yatırılarak toplumdan uzaklaştırılması yerine, toplumla uyumu bağlamında, DSÖ'nün toplum temelli ruh sağlığı politikası ile örtüşmektedir.

Taslağın yasallaştırılmasına yönelik "Ruh Sağlığı Yasası çalışmaları" 19 Ocak 2017 tarihinde uzmanlık alanı temsilcileri ve yetkili kişilerce Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde yapılan toplantıda yeniden gözden geçirilerek, devam etmektedir.<sup>45</sup> Ülkemizde 2002 yılında varlığına ihtiyaç duyularak taslağı hazırlanan "ruh sağlığı yasası"nın gerek psikiyatri alanında hizmet verenlere rehberlik etmesi ve sorumluluk sınırlarının çizilmesi gerek hizmet alanlarının haklarının korunması, tedavisi ve insan onuruna saygı duyulması gerekse ulusal bazda konuya ilişkin farkındalık düzeyimizin ortaya konulması bağlamında yürürlüğe girmesi gerekli görülmektedir.

## SONUÇ

Psikiyatri hastalarına yaklaşımın resmi boyutunu gösteren, hastaların haklarına ve onurlarına yönelik farkındalığı yansıtan ve bir ülkenin "gelişmişlik düzeyinin göstergesi" olarak kabul edilen ruh sağlığı yasasına Türkiye'de de gereksinim duyulmakta; mevcut yasal ve etik sorunlar da bu gereksinime işaret etmektedir. Avrupa Birliği'ne üye ülkelerden İngiltere'de ruh sağlığı yasasının 1959 yılında yürürlüğe konulmasına ve bugüne dek değişen koşullara göre gözden geçirilip geliştirilmesine karşın, ülkemizde 2017 yılında ilgili yasanın bulunmayışı psikiyatri alanında mevcut durumu ortaya koy-

maktadır. Bu durum ayrıca psikiyatri hizmetleri verenlere rehberlik edecek ve sorumluluklarını belirleyecek; hizmet alanların ise sağlık ve insan haklarını koruyacak özel bir yasanın aciliyetine ve önemine de işaret etmektedir. Ülkemizde psikiyatri alanında yürürlükte olan özel bir yasanın varlığına duyulan gereksinime dikkat çekmek amacıyla, bu çalışmada, bir üst yapı olarak AB'nin örnek teşkil edebilecek ilgili çalışmaları ve bazı üye ülkelerin ruh sağlığı yasaları (çıkarmada bulunmaya yardımcı olacak nitelikte olanlar) incelenmiştir. Yapılan incelemede AB'ye üye ülkelerin gerek bir üst yapı olarak AB'nin ilgili düzenlemeleri uyarınca gerekse ulusal bazda kendilerine özgü değer ve koşullara uygun ruh sağlığı yasaları hazırladığı; bu yasaları değişen ulusal ve uluslararası anlayışa, ilerleyen tıbbi teknolojiye, gelişen farkındalık düzeyine ve karşılaşılan yasal ve etik sorunlara göre yeniden düzenlendiği görülmüştür. Bu bağlamda, henüz ruh sağlığı yasası olmayan ülkemizde temeli insan hakları üzerinden yükselen, evrensel etik normlara, DSÖ ve DPB gibi yapıların belirlediği koşullara, içeriği ise ulusal değer, koşul ve ihtiyaçlara uygun olarak hazırlanmış ulusal ruh sağlığı yasasına duyulan gereksinim ve bu yasanın önemi ortaya koEthics; psychiatry; mental health act; medical law; compulsory hospitalizationnula çalışılmıştır. Yasanın sorumluluk ve hakları belirlemesi dolayısıyla tıp hukuku ve etiğinin kesiştiği noktada karşılaşılan sorun ve ikilemlerin çözümüne de ışık tutulabileceği öngörülmüştür. Zira söz konusu yasa ile hastanın ve hekimin haklarının açıkça ortaya konulmasının, ülkemizde, zorunlu yatış uygulamasındaki belirsizlikleri gidereceği ve hukuki ihlallere koşut olarak etik sorunları da azaltacağı öngörülebilir.

### **Teşekkür**

*Söz konusu çalışmanın gerçekleşmesinde yaptığı danışmanlık ve verdiği destekten ötürü değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nil Sarı'ya teşekkür ederim.*

### **Çıkar Çatışması**

*Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.*

### **Yazar Katkıları**

*Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup, başka hiçbir yazar katkısı alınmamıştır.*

## KAYNAKLAR

1. Öz M. [Using rights in Islamic law]. Çağırıcı M, editör. İslam Ansiklopedisi. Cilt: 15. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı; 1997. p. 137-9.
2. TDK. [Law]. Türkçe Sözlük. 7. Baskı. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 1983. p. 540.
3. Yücel YF. [A Review about Rights and Interests]. Journal of Union of Turkish Bar Ass. 2010;91:335-57.
4. Ataay A. [General theory of civil law: core knowledge and general concepts] Medeni Hukukun Genel Teorisi: Temel Bilgiler ve Genel Kavramlar. 4. Baskı. İstanbul: Der Yayınları; 1995. p. 363-9.
5. Erol C, Naim İA. [The Concept and Partition of Right in Rem and Subject Matter of Rerum]. Ankara Üniv. Hukuk Fak. Derg 1964;1(4):345-67.
6. Humphrey JP. The Universal Declaration of Human Rights. Canadian International Council 1949;4(4):351-61.
7. WHO. 25 Questions and answers on health and human rights. health & human rights. No.1. Geneva: World Health Organization; 2002. p.8.
8. CESCR. [General comment no. 14: the right to the highest attainable standard of health]. Ulaşılabilecek en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkı genel yorumu 14. Uyar L, çeviri, derleme. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2006. p. 236-63.
9. Çam O, Bilge A. [Process of Having Belief, Attitude and Stigmatisation for Mental Health Patients in Turkey: Systematic Review]. J of Psychiatric Nursing 2013;4(2):91-101.
10. Zigmond A, Holland AJ. Unethical Mental Health Law; History Repeats Itself. J of Mental Health Law 2000; 3: 50-7.
11. WPA. The Declaration of Hawaii. World Psychiatric Association. Psychiatric Bulletin 1978; 2: 12-3.
12. Oğuz Y. [Human Rights/Ethics: I am Ill, So It's My Right]. Şizofreni Yazıları Derg. 2000; 1(3): 12-6.
13. Okasha A. The Declaration of Madrid and Its Implementation-An Update. J of World Psychiatry 2003; 2(2): 65-7.
14. WPA. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. World Psychiatric Association.
15. Freeman M, Pathare S, Drew N, Funk M, Saraceno B. Resource book on mental health: human rights and legislation. China: World Health Organization; 2005. p. 43-60.
16. WHO. Mental health care law: ten basic principles. Geneva: World Health Organization Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse; 1996. p. 5-12.
17. WHO. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe: European Consultation on the Rights of Patients Amsterdam. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1994. p.9-15.
18. Kıvanç Madenoğlu M. [Universal Declarations of Health and Health Reforms in Turkey]. Dünya Tabipler Birliği]. J Health and Nursing Mang. 2015;2(3):162-6.
19. Jones R, Kingdon D. Council of Europe recommendation on human rights and psychiatry: A major opportunity for mental health services. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.07.004>.
20. EC. Green Paper-Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union. Brussels: European Commission; 2005. COM 484, p.11.
21. Salize HJ, Dreßing H, Peitz M. Final Report: Involuntary Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients-Legislation and Practice in EU-Member States. Mannheim: Central Institute of Mental Health; 2002. p. 40.
22. Salize JH, Dressing H. Epidemiology of Involuntary Placement of Mentally Ill People Across the European Union. British J of Psychiatry 2004;184:163-8.
23. Kjellin L, Östman O, Östman M. Involuntary Psychiatric Care in Sweden-Development 1979-2002 and Area Variation. Int J Law and Psychiatry 2008;31:51-9.
24. Appelbaum PS. Almost a Revolution: An International Perspective on the Law of Involuntary Commitment. J Am Acad Psychiatry Law 1997;25(2):137-9.
25. EU. Involuntary Placement and Involuntary Treatment of Persons with Mental Health Problems. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights-Publications Office; 2012. p.9-41.
26. Priebe S, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber C, Martínez-Leal R, et al. Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. Psych Serv 2008;59(5):570-3.
27. DH. Mental Treatment Act, 1945. Dublin: Department of Health [Ireland]; Stationery Office; 1945. Part IV-VII.
28. IP. Mental Health Act, 2001. Dublin: Irish Parliament- Round Hall; 2001. No. 25, Part II-IV.
29. Dow J. Mental Health Act 2007. J Integrated Care 2008;16(2):33-7.
30. CQC. Monitoring the Mental Health Act in 2013/14. Newcastle: Care Quality Commission; 2015. p.13-51.
31. Hall I, Ali A. Changes to the Mental Health and Mental Capacity Acts: Implications for Patients and Professionals. Psychiatric Bulletin 2009;3(3):226-30.
32. Ting NX, Kelly DB. Voluntary and Involuntary Care: Three Year Study of Demographic and Diagnostic Admission at an Inner-City Adult Psychiatry Unit. Int J Law and Psychiatry 2012;35:317-25.
33. Richardson G. The European Convention and Mental Health Law in England and Wales: Moving Beyond Process? Int J Law and Psychiatry 2005;28:127-39.
34. Szmukler G, Holloway F. Reform the Mental Health Act: Health or Safety? British J Psychiatry 2000;177:196-200.
35. Herlihy D, Holloway F. The Mental Health Act and the Mental Capacity Act: Untangling the Relationship. Psychiatry 2009;8(12):478-80.
36. Kelly BD. Mental Health Legislation and Human Rights in England, Wales and the Republic of Ireland. Int J Law and Psychiatry 2011;34:439-54.
37. Obe SB, Scully P. The Mental Capacity Act and Elderly. Current Anaesthesia & Critical Care 2008;20:90-2.
38. CA. Mental Capacity Act 2005-Code of Practice. 3rd ed. London: Department for Constitutional Affairs-TSO@Blackwell; 2007. p.15-40.
39. Erkoç Ş, Artvinli F. [The Pioneer of Modern Psychiatry in the Ottoman Empire: Dr. Luigi Mongeri]. Hayat Sağlık 2011;4:58-61.
40. Artvinli F, Etker Ş. [Governing of the Old Turkish Hospitals and Insane: Two Drafts and Ongoing Debate]. Osmanlı Bilimi Araştırmaları 2013;14(2):1-40.
41. TBMM. [The Police Powers and Duties Law]. Polis Vazife ve Salâhiyet Kanunu (1)(2)(3). Türkiye Büyük Millet Meclisi. Kanun Numarası: 2559, 1934, Kabul Tarihi: 4/7/1934, s. 1409-22.
42. TBMM. [The Constitution of the Republic of Turkey 1982]. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982 (Değişik: 23/7/1995-4121). Türkiye Büyük Millet Meclisi. Kabul Tarihi: 18/10/1982, Resmî Gazete Tarihi: 20/10/1982, Sayı: 17844.
43. SB. [The National Mental Health Action Plan (2011-2023)]. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı-Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2011. No: 847, p.5-107.
44. TPD. [Draf of a Mental Health Act]. Ruh Sağlığı Yasası Taslağı. Türkiye Psikiyatri Derneği.
45. TPD. [Studies Going On a Mental Health Act]. Ruh Sağlığı Yasası Çalışmaları Sürüyor. Türkiye Psikiyatri Derneği.