

Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Dünya Sağlık Örgütü “Ruh Sağlığı Yasası İçin 10 Temel Prensipten” Kriterleri Kapsamında Ruh Sağlığı Kanunu Teklifinin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Mental Health Law Proposal from the Public Health Perspective Within the Scope of the “Mental Health Law: 10 Basic Principles” Criteria of the World Health Organization

 Eray ÖNTAŞ^a

^aHacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, Ankara, TÜRKİYE

ÖZET Küresel hastalık yükü çalışmasında, bir ruhsal bozukluğu olanların tüm nüfus içindeki payı %13 olarak saptanmıştır. Türkiye’de nüfusun %17,2’si, yaşam boyu bir ruhsal hastalık yaşamaktadır ve ruhsal sorunu olanların yalnızca %14’ünün, herhangi bir uzmana başvurduğu saptanmıştır. Kişinin çevresiyle bir bütün olduğu düşünüldüğünde bu durum, ailelerini ve birlikte yaşayan toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ruh sağlığı ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler, özellikle istemsiz yatışlar, hasta hakları, çalışanların yetki ve sorumlulukları, mesleki sınırları ile yetkinliği standardizasyonu gibi alanlarda yetersiz kalmakta ve bu eksikliklere bağlı olarak günümüzde bazı sorunlar yaşanmaktadır. Bu çalışmada, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün, ülkelerin ruh sağlığı yasalarını oluştururken gözetilmesini önerdiği “Ruh Sağlığı Yasası: 10 Temel İlke” metnindeki 10 madde ve bunlara ait alt maddeler ekseninde mevcut yasa teklifi, içerik analizi tekniği ile incelenmiştir. Temel ilkelerin ve alt boyutlarının, kanun teklifinde kapsama derecesi “Evet, Hayır, Kısmen” şeklinde değerlendirilmiş, ilgili maddelerin numaraları belirtilmiştir. DSÖ’nün temel ilkeleri göz önüne alındığında, kanun teklifinde belirli maddelerin gerekçesine uygun yazılmadığı, farklı yorumlanmalara açık olduğu, tüm alt boyutlarıyla ele alınmadığı, detaylarının kanun çıktıktan sonra belirlenmesi gibi açıklamalarla henüz tamamlanmadan birçok boyutuyla eksik olduğu saptanmıştır. İnsan hakları, topluma entegrasyon, sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirme, ruh sağlığı dışındaki sektörlerle bağlantı ekseninde ruh sağlığı mevzuatının olması, uygulanması ve denetlenmesi elzemdir.

ABSTRACT In the Global Burden of Disease study, the share of people with a mental disorder in the whole population was 13%. 17.2% of the population in Turkey is having at least one mental illness in their lifetime; It has been determined that only 14% of those with mental problems consult a specialist. This is an important public health problem affecting the family and the community together, given that the individual is a whole with his environment. The current legislation is inadequate especially in areas such as involuntary hospitalizations, patient rights, employee authorization and responsibilities, occupational border violations, standardization of competence so some problems are still experienced. In this study, content analyse technique was performed to evaluate the current mental health law proposal by the public health perspective within the scope of the “Mental Health Law: 10 Basic Principles” criteria of the World Health Organization. The degree of coverage of the basic principles and sub-dimensions in the draft law is evaluated as Yes, No, Partially and the numbers of the related articles are indicated. When the basic principles of the World Health Organization are taken into consideration, it has been found that certain articles in the law proposal are not written in accordance with the reason, are open to different interpretations, are not handled in all their sub-dimensions, and that their details are incomplete in many dimensions before they are completed yet. It is essential to have, implement and monitor mental health legislation in the axis of human rights, integration into society, improving the quality of health services and cooperation with other sectors.

Anahtar Kelimeler: Kanunlar ve yasalar; ruh sağlığı mevzuatı; yasalar; tıbbi; toplum ruh sağlığı

Keywords: Laws and statutes; mental health legislation; legislation; medical; public mental health

Halk sağlığı bakış açısıyla sık görülen, yeti kaybına yol açan ve öldüren hastalıklar; “önemli hastalık” olarak öncelenirler.¹ Dünya genelinde, bir ruhsal

bozukluğu ya da alkol/madde kullanım bozukluğu olanların, tüm nüfus içindeki payı %13 olarak saptanmıştır. Kişinin çevresi ile bir bütün olduğu düşü-

Correspondence: Eray ÖNTAŞ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, Ankara, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: erayontas@hacettepe.edu.tr



Peer review under responsibility of Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History.

Received: 10 Jan 2020

Received in revised form: 27 Feb 2020

Accepted: 02 Mar 2020

Available online: 15 Oct 2020

2146-8982 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

nülürse, anksiyete bozukluğu, depresyon, alkol kullanım bozukluğu, bipolar bozukluk, yeme bozuklukları ile şizofreni gibi ruhsal bozukluklar sadece 970 milyon insanı değil, onların bakımını üstlenenleri, ailelerini ve birlikte yaşayan toplumu etkileyen bir halk sağlığı sorunudur.

Institute for Health Metrics and Evaluation tarafından yapılan küresel hastalık yükü çalışmasının bulgularına göre dünya nüfusu içindeki hastalığın payı ve cinsiyetlere göre dağılımı **Tablo 1**'de görülmektedir.²

Ruhsal bozuklukların, alkol ve diğer madde kullanım bozukluklarının, ölüme doğrudan ilişkisi düşük saptanmıştır; malnütrisyon ve sağlıkla ilişkili komplikasyonlar nedeni ile doğrudan ölüme sebebiyet veren yeme bozuklukları dışında, asıl etkisini dolaylı olarak intihar ve kendine zarar verme ile göstermektedir. Tamamen atfedilmese de intihar ile ruh hastalıkları arasındaki ilişkinin oldukça kuvvetli olduğu, birçok çalışmada ortaya konmuştur.^{3,4}

Yaşamın, doğum öncesinden ölüme kadar bir bütün olduğu düşünülürse, erken ölümlere bağlı kaybedilmiş yıllar [years life lost (YLL)] ve yeti yitimiyle geçirilen yıllar [years life disabled (YLD)] ile

bu 2 ölçünün toplamı olan yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılları [disability adjusted life years (DALY)] göstergeleri kronik olan bu hastalıkların etkisinin değerlendirilmesi için kullanıldığında, ruh hastalıklarının yeti yitimiyle geçirilen yıllar içindeki payı %19,84 saptanmıştır (**Tablo 2**).²

2016 yılında *Lancet Psychiatry*'de yayımlanan bir makaleye göre ruh hastalıklarının hastalık yükü; psikiyatrik ve nörolojik bozukluk tanıların üst üste binmesi, kendine zarar vermeyle ilişkili davranışlar ile intiharın ayrı bir kategoride yer alması, tüm kronik ağrı sendromlarının kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları içerisinde değerlendirilmesi, ruhsal hastalıklarda kişilik patolojilerinin yük hesaplamalarında dışlanması, şiddetli ruhsal hastalıkların, ölüme etkisinin (atfedilen risk) değerlendirilmesinde yetersizlikler olması nedeni ile eksik hesaplanmaktadır. Buna göre yeniden düzenlemeyle Küresel Hastalık Yükü-2013 çalışmasında, ruh hastalıklarının, yeti yitimiyle geçirilen yıllar içindeki payı 1/5 yerine 1/3 (%32,4) olarak saptanmıştır. Buna karşılık, toplam sağlık harcamaları içerisinde ruh sağlığı harcamalarının payı, yüksek gelirli ülkelerde %5,1; düşük gelirli ülkelerde %0,5; ortalama %2,8 olarak saptanmıştır.⁵

TABLO 1: Küresel nüfus içinde ruhsal bozukluğu olanların payı, sayısı, cinsiyete göre dağılımı.

Ruhsal bozukluk	Küresel nüfus içinde ruhsal bozukluğu olanların payı (2017) (ülkeler arasında farklılık)	Ruhsal bozukluğu olan kişi sayısı (2017)	Ruhsal bozukluğu olan erkek ve kadınların payı (2017)
Herhangi bir ruhsal bozukluk ya da alkol/madde kullanım bozukluğu	%13 (%11-18)	970 milyon	%12,6 erkek %13,3 kadın
Depresyon	%3,4 (%2-6)	264 milyon	%2,7 erkek %4,1 kadın
Anksiyete bozukluğu	%3,8 (%2,5-7)	284 milyon	%2,8 erkek %4,7 kadın
Bipolar bozukluk	%0,6 (%0,3-1,2)	46 milyon	%0,55 erkek %0,65 kadın
Yeme bozuklukları (klinik anoreksiya veya bulimia)	%0,2 (%0,1-1)	16 milyon	%0,13 erkek %0,29 kadın
Şizofreni	%0,3 (%0,2-0,4)	20 milyon	%0,26 erkek %0,25 kadın
Alkol kullanım bozukluğu	%1,4 (%0,5-5)	107 milyon	%2 erkek %0,8 kadın
Madde kullanım bozukluğu (alkol dışında)	%0,9 (%0,4-3,5)	71 milyon	%1,3 erkek %0,6 kadın

TABLO 2: Küresel hastalık yükü çalışmasına göre ruhsal bozukluklar ve ilişkili sınıflamaların toplam DALY ve YLD içindeki payı.

	Toplam DALY içindeki payı	Toplam YLD içindeki payı
Ruhsal bozukluklar	%5,51	%15,66
Kendine zarar verme ve kişiler arası şiddet	%3,32	%3,66
Alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları	%1,79	%0,52
Toplam	%10,62	%19,84

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'na göre ise Türkiye'de nüfusun %17,2'si yaşam boyu bir ruhsal hastalık yaşamaktadır ve ruhsal sorunu olanların yalnızca %13,8'inin herhangi bir uzmana başvurduğu saptanmıştır.⁶

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ VE ULUSAL RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI

DSÖ, genel nüfusun ruh sağlığının, toplum temelli ve önleyici bir anlayışla geliştirilmesi için politika ve kapsamlı stratejilerin belirlenmesi, var olan kaynakların en üst düzeyde yarar sağlamak üzere kullanılması, gereksinimi olanlara etkili hizmetlerin sunulması, ruhsal bozukluğu olan kişilerin toplumsal yaşamın her yönüyle bütünleştirilmesi ve böylece yaşam kalitelerinin tamamen artırılması amacıyla **Hizmet Kılavuzu Paketleri** oluşturmuş ve üye devletlere önermiştir.⁷

Hizmet Kılavuzu Paketinde tanımlanan 13 modül ülke gereksinimleri dikkate alınarak Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metninde 8 başlıkta uyarlanmıştır: Ruh Sağlığının Organizasyonu, Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Politikaları, Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı, Ruh Sağlığında Kalitenin Geliştirilmesi, **Ruh Sağlığı Alanında Yasal Düzenlemeler**, Ruh Sağlığı Alanında Savunuculuk, Ruh Sağlığında Eğitim, Araştırma ve İnsan Gücü.⁸ Bu politikaya yönelik stratejilerin, sorumluların ve zaman diliminin belirlendiği T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) metnindeki "Amaç 9: Ruh Sağlığı Alanında Yasal Düzenlemeler Yapmak" başlığı altındaki "*Hedef: 9.1. Ruh sağlığı alanında hasta hakları, uygulama usul ve esasları,*

çalışanların sorumluluk ve yetkileri konularında eksik olan yasal mevzuatı tamamlamak" doğrultusunda, Sağlık Bakanlığının 2015'e kadar yasalaşma sürecinin başlatılmasında sorumlu olduğu ifade edilmiştir.⁹

DSÖ'ye üye devletlerin %72'si, ruh sağlığı için tek başına bir politika veya plana sahiptir ve %57'sinin bağımsız bir ruh sağlığı yasası vardır. Ruh sağlığı mevzuatı, ruhsal sağlık politikasının ayrılmaz bir parçasıdır ve bu politikanın amaçlarına ulaşmak için yasal bir çerçeve sunmaktadır. Ruh sağlığı yasası için farklı ülkelerde dağınık ve bütünselik yaklaşımlar vardır. Ülkemizde, ruh sağlığı ile ilgili birçok düzenleme mevcuttur ve mevzuat hiyerarşisinde, farklı düzenlemeler içerisinde dağınık bir biçimde yer almaktadır.⁹ Mevcut mevzuat, özellikle istemsiz yatışlar, hasta hakları, çalışanların yetki ve sorumlulukları, mesleki sınır ihlalleri ve yetkinliği standardizasyonu gibi alanlarda yetersiz kalmakta ve bazı sorunlar yaşanmaktadır.^{9,10}

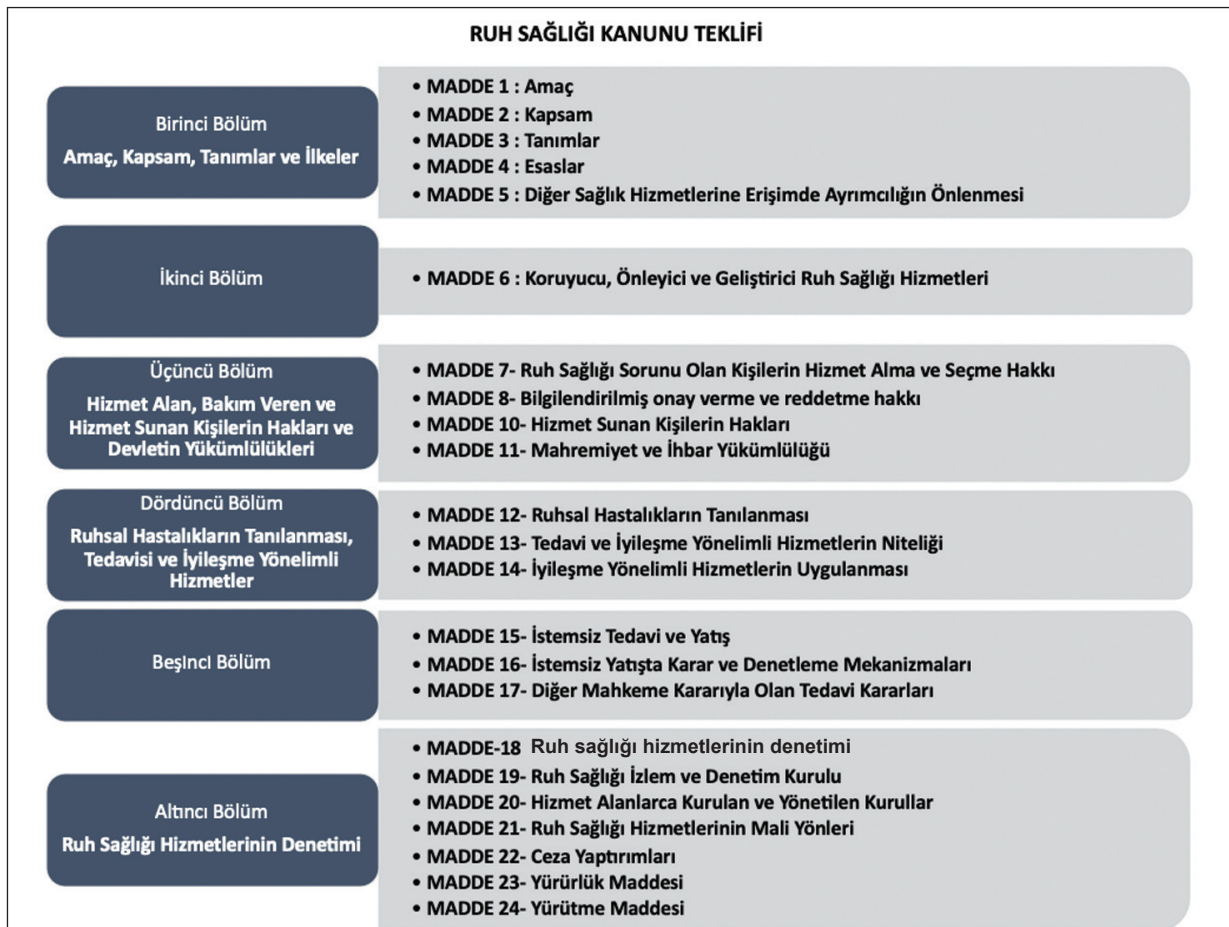
T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından, DSÖ ve Avrupa Birliği (AB) iş birliği ile yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı sonrasında, Türkiye Psikiyatri Derneği bir Ruh Sağlığı Yasa Tasarısı oluşturmuş ve kurulmasına öncülük ettiği Ruh Sağlığı Platformu aracılığıyla bu tasarıyı tartışma ortamına taşımıştır. Farklı hükümetlerde görev alan milletvekili ve bakanların desteği ile bazı çalışmalar yürütülmüş ancak sonuç olarak yasama döneminde önceliklendirilmeyerek rafa kaldırılmıştır. Ruh Sağlığı Yasası gerekliliği "Ruh Sağlığı Yasası, Hemen Şimdi!" sloganı ile çeşitli kampanyalarla gündeme getirilmeye çalışılmıştır. 2014-2015 yılında hazırlanan kapsamlı yasa taslağı temel alınarak, Ruh Sağlığı Yasası ile ilgili bir milletvekilinin iş birliği doğrultusunda çalışmalar yürütülmektedir.¹¹ Yasa taslağı metninin maddeleri biçimlendirilirken, Aralık 2016'da 26. Dönem Aydın Milletvekili ve psikolojik danışman Deniz Depboylu'nun Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'ndeki ev sahipliğinde Türkiye Psikiyatri Derneği, Türk Psikologlar Derneği, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Psikiyatri Hemşireleri Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Çocuk Gelişimi ve Eğitim-

cileri Derneği, Özel Eğitimciler Derneği gibi meslek dernekleri ile hak savunucusu sivil toplum kuruluşu olarak Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği ve hasta temsilcileri bir araya gelmiştir. Katılımcı olan 9 farklı örgüt ile STK temsilcilerinin görüş ve önerileri üzerinden uzlaşmaya varıncaya kadar tartışılmıştır. Gelen eleştiri ve katkılar ile Şubat 2018’de son hâli verilmiştir.¹²

“Toplum ve bireyin ruh sağlığının korunmasına yönelik tedbirlerin alınması ve hizmet standartlarının belirlenmesi amaçlanarak” 27 Temmuz 2018 tarihinde TBMM Başkanlığına aşağıdaki diyagramda yer alan bölüm ve maddelerle teklif sunulmuştur. Kanun teklifi, Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu ile Adalet; İçişleri; İnsan Hakları İnceleme; Kadın Erkek Fırsat Eşitliği; Milli Eğitim, Kültür, Gençlik ve Spor; Plan ve Bütçe tali komisyonlarına iletilmiştir (Şekil 1).¹³

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışmada, Türkiye’nin de üyesi olduğu DSÖ’nün, bir ruh sağlığı yasası hazırlanırken kapsamını önerdiği asgari kıstasların ruh sağlığı kanun teklifinde değerlendirilmesi ve toplum ruh sağlığı bakış açısıyla ülke sorunları bağlamında yorumlanması amaçlanmıştır. DSÖ’nün “**Ruh Sağlığı Yasası: 10 Temel İlke**” metnindeki 10 madde ve bunlara ait alt maddeler ekseninde mevcut kanun teklifi, içerik analizi tekniği ile incelenmiştir.¹⁴ MAXQDA 2020 nitel analiz programı aracılığıyla, temel ilkelerin ve bu ilkelere ait boyutların kanun teklifinde kapsama derecesi Evet (✓), Hayır (✗), Kısmen (↻) şeklinde her bir kanun teklifi maddesi tekrar okunarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendiriciye bağlı yanlılığı ortadan kaldırmak için toplum ruh sağlığıyla ilgili çalışmalarını olan bir halk



ŞEKİL 1: Ruh Sağlığı Kanunu Teklifi’nin diyagramı.

sağlığı uzmanı ile bir psikiyatri uzmanının ilkeler ve ilgili kanun teklifi maddelerinin eşleşmeleri tartışılmış, Tablo 3'te yer alan hâliyle, uzlaşınca dek yeniden değerlendirilmiştir.

BULGULAR

DSÖ'nün temel ilkeleri göz önüne alındığında, kanun teklifinde belirli maddelerin, kanun teklifi taslağının sonunda yer alan kanunun gerekçesi bölümünde ifade edildiği şekliyle, gerekçesine uygun yazılmadığı, maddelerin farklı yorumlanmalara açık olduğu, ilkelere tüm alt boyutlarıyla ele alınmadığı, sağlık profesyonelinin yetkinliğe dair detayların "kanun çıktıktan sonra" belirleneceği gibi açıklamalarla, teklifin henüz tamamlanmadan birçok boyutuyla eksik olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

TARTIŞMA

Katılımcı olan 9 farklı örgüt ile STK temsilcilerinin görüş ve önerileriyle oluşturulan uzlaşma çalışmalarında, farklı sektörlerin belirli kriterlerden taviz vermeleri olasıdır; fakat savunuculuk ekseninde, toplum için bu önemli sağlık sorununu insan hakları boyutunda ele almak ve uluslararası kuruluşların önerilerini göz önünde bulundurmamak önemlidir.

Toplumun ruhsal sağlığı açısından Türkiye'deki durum incelendiğinde saptanan sorunlar ve mevcut kanun teklifi incelendiğinde,

1) Yaşadıkları ortamda, toplumun içinde, dışlanmadan takip ve tedavi hizmetlerinin sürdürüleceği, önceden belirlenmiş bir nüfusu bulunan bölgede coğrafi temelli hizmet sunan; psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacı gibi çalışanlardan oluşan bir ruh sağlığı ekibiyle hizmet veren, tanımlanmış bölgeye hizmet için kurulmuş 20 yataklı psikiyatri servisi, gündüz hastanesi, rehabilitasyon merkezi ve bakım kurumları bulunan bir model öneren toplum temelli ruh sağlığı hizmetine ilk adım, T.C. Sağlık Bakanlığının 2011 yılında Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönergesi ile atılmıştır.¹⁵ Günümüzde 78 ilde 163 toplum ruh sağlığı merkezi (TRSM) hizmet vermektedir.¹⁶ Fakat işleyişte, ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için tedavi edici hizmet sunan bu birimler, koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmet sunmamaktadır, dolayısıyla ruh sağlığı

hizmetleri, hastane temelli olarak sürdürülmektedir. Bu kanun teklifinde, temel ruh sağlığı hizmetlerine erişim noktasında, 1. basamak sağlık hizmetinde ruh sağlığı bileşenine yeterince vurgu yapılmamış, nüfus temelli aile hekimliği sisteminde 1. basamak sağlık çalışanlarının koruyucu, tedavi, palyatif bakım için yetki ve sorumlulukları belirlenmemiş, TRSM'lere toplum temelli gerçek işlevi tanımlanmamıştır.

2) Türkiye, 1.000 kişi başına düşen 0,05 psikiyatri yatağı ile AB'ye üye ülkelere kıyasla sonuncu olarak; OECD ülkeleri içerisinde Meksika'nın ardından son 2. sırada yer almaktadır.¹⁷ Bu durum, yatarak tedavi görmesi gereken hastaların, bu ihtiyaçlarının karşılanamamasına neden olmaktadır. Bir ekip tarafından yürütülmesi gereken ruh sağlığı hizmetleri insan kaynakları açısından yetersizdir ve sistem, hastanelerde görev alan psikiyatri uzmanı üzerine kuruludur. Yine, her 100.000 kişi başına düşen 3 psikiyatrist ile OECD ülkeleri arasında en az psikiyatrist oranına sahiptir.¹⁸ Bunun yanı sıra uzman hekimden daha fazla sayıda olması beklenen yardımcı personeli, her 100.000 kişi için 2,54 psikolog; 1,64 sosyal çalışmacı olarak belirtilmiştir.¹⁹ Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının yetersizliği, sağlık hizmetleri sunumunun koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici boyutlarıyla, bütüncül bir biçimde ele alınmasının önünde engel oluşturmaktadır. Sağlık bakımı, tedavi boyutuyla öncelenmektedir. Kronik psikotik hastaların %10-15'i için bakım gerekmektedir, fakat sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlı olan bu grup için hastane dışında bir bakım sistemi mevcut değildir.¹⁰ Bu durum çevresiyle bir bütün olan hastaları ve yakınlarını olumsuz etkilemektedir.

3) Ülkemizde suça karışmış psikiyatri hastaları için aktif yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanesi yoktur; bu hastaların tedavisi, belirli hastanelerde yer alan adli psikiyatri yataklarıyla giderilmeye çalışılmaktadır. Ayrıca mevcut sistemde, adli ve idari bilirkişilik talepleri yetersiz sayıdaki hekim tarafından karşılanmaya çalışılmaktadır. Sağlık hizmetleri çok paydaşlı yaklaşımla ele alınarak, adli süreç için mevzuat tanımlanmalı ve uygun kadrolar oluşturulmalıdır.

4) Toplum temsil eden ve durumu/sorunu tanımlayan tek çalışma 1998 yılında yapılmıştır. Nüfus

TABLO 3: Dünya Sağlık Örgütü "Ruh sağlığı yasası için 10 temel prensip" Kriterleri kapsamında ruh sağlığı kanunu teklifinin değerlendirilmesi.

10 Temel ilke ve Alt Boyutlar	İlgili Madde No	Kanun Teklifinde Kapsama Derecesi
1. Ruh Sağlığını Geliştirme ve Ruhsal Bozuklukları Önleme		✓
1.1. Ruhsal iyilik halinin geliştirilmesine ve korunmasına katkıda bulunan davranışların teşvik edilmesi.	6	✓
1.2. Zihinsel bozuklukların nedenlerini ortadan kaldırmak için uygun eylemlerin belirlenmesi ve önlemlerin alınması.	6	✓
2. Temel Ruh Sağlığı Hizmetlerine Erişim		✓
2.1. Kanunda, kaliteli sağlık hizmetini garanti eden bir hüküm.	19 (b1,4)	✓
2.2. Kalite güvencesi kılavuzlarca belirlenmiş tıbbi uygulamalar.	4. Bölüm giriş cümlesi	X
2.3. Yetkin personel ve yürütme organları için ulusal düzeyde geliştirilmiş/uyarlanmış kılavuzlar	4. Bölüm giriş cümlesi	X
2.4. Kültürel olarak uygun hizmet	6 (2a)	X
2.5. Hasta memnuniyetinin dikkate alınması	7, 14e, 19(1,3)	✓
2.6. Tedavi, karar, ölçümlerin kayıt altında tutulması	3	X
2.7. Birinci basamak sağlık hizmetinde ruh sağlığı bileşeninin tanıtılması	3, 6, 14	✓
2.8. En fazla sayıda bireyi kapsayan sağlık sigorta programlarının teşvik edilmesi	21	✓
2.9. Pratikte uygulanabilir «gönüllü yatış» prosedürünün yasada yer alması	7(c), 4(f), 3,	✓
2.10. DSÖ'nün kriterlerine göre «ulaşılabilir» bir ruh sağlığı hizmeti:	17(e)	✓
- 1 saatlik yürütme/sevahat mesafesinde temel sağlık hizmeti sunulması -	18, 7(h), 21(f)	✓
- DSÖ Temel ilaç listesinde yer alan ilaçların sağlanması.		
3. Uluslararası Kabul Edilen İlkelerle Görülmüş Ruhsal Sağlık Hizmetleri		✓
3.1. Uluslararası kabul edilen ilkelerle klinik eğitim	4, 10(a)	✓
3.2. Bireyin kendine ve çevresindekilere zarar verme olasılığını değerlendirenki sivası, ekonomik, sosyal, dini gerekçeler gibi klinik olmayan kriterlere başvurmadan kaçınmak	6(a), 12	✓
3.3. Her yeni başvuruda, yeniden değerlendirme yapılması		X
3.4. Bir değerlendirme yapıldıktan sonra sadece geçmiş tıbbi ruhsal bozukluk öyküsüne dayandırmaktan kaçınmak		X
4. En Az Kısıtlayıcı Tipte Ruh Sağlığı Hizmetinin Sağlanması		✓
4.1. Farklı seviyelerde kendisi için karar verebilme yetisi/otonomisi olan hastaların toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine katılabilmesi için yasal yolların ve atlyapının (çalışan personel, merkez) desteklenmesi	5, 18, 13(a,ç)	✓
4.2. İzole odaların elimine etmek ve yeni odaların oluşturulmasını yasaklamak için adımlar atmak	14(f)	✓
4.3. Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti ile bağdaşmayan hükümleri kaldırmak için ilgili yasal araçların değiştirilmesi	20(b), 6(s)	✓
4.4. Kriz durumlarında geleneksel kısıtlamalar yerine alternatif yolların kullanılması için hizmet verenlerin eğitilmesi	14(ç), 15(h)	✓
5. Kendi Adına Karar Verebilme/Otonomi		✓
5.1. Aksi kanıtlanmadıkça, hastaların kendi kararlarını verebileceklerini varsaymak	3(ş), 15	✓
5.2. Ruh sağlığı hizmet verentem, sistematik olarak ruhsal bozukluğu olan hastaların kendi kararlarını veremediklerini düşünmelerinin önüne geçmek	8(c), 7(2)	✓
5.3. Hastanın kendi kaderini tayin edememesi nedeniyle bütünlük, özgürlük gibi tüm bileşenlerinden yoksunmuş gibi sistematik bir düşünce geliştirmemek (istemsiz yatış, özellikle tedavi invaziv ise istemsiz tedavi yetkisini otomatik olarak içermek.)	8(c), 15(f)	✓
5.4. Hastalara tedavi hakkında sözlü ve yazılı bilgi vermek (erişilebilir bir dilde); okuyamayan hastalara ayrıntılı sözlü açıklamalar yapmak,	7(f), 8(a)	✓
5.5. Bütününe veya özününe etkileyen eylemleri gerçekleştirmeden önce, ıza gösterme kabiliyetinden bağımsız olarak hastanın görüşünü almak;	15(b)	✓
-kendini iyiliğine karar veremeyen birine belli bir görüşün ardındaki nedenleri açıklamak için görüş sormak, meşru kaygıları açığa çıkarabilir ve böylelikle kendi iyiliğini belirleme pratiğini teşvik edebilir.		
5.6. Onam veremeyecek durumda olana dek hasta tarafından dile getirilen tüm ifadeleri kabul etmek	8(a,b)	✓

TABLO 3: Dünya Sağlık Örgütü "Ruh sağlığı yasası için 10 temel prensip" Kriterleri kapsamında ruh sağlığı kanunu teklifinin değerlendirilmesi (devamı).

6. Kendi Adına Karar Verirken Yardım Alma Hakkı			
6.1. Yardıma ihtiyaç duyduğu anda hastayı bu konuda bilgilendirmek	7(f), 8(a)		✓
6.2. Bir avukat, bir sosyal hizmet uzmanı gibi olası yardımcıları önermek	3(ş), 7(i), 15		✓
6.3. Mümkünse ücretsiz yardım önerilmesi dahil yardımcının katılımını kolaylaştırmak;	7(i), 21		✓
6.4. Akil hastalarına yardım sağlayan bir yapının kurulmasının teşvik edilmesi (örneğin, kamu denetçisi, hastalar (hizmet alan) komisyonu)	20		✓
7. Bir Değerlendirme Prosedürü Varlığı			
7.1. Değerlendirme prosedürüne ve / veya mevzuatla oluşturulan ve işler durumunda dâimi bir Değerlendirme Kuruluna sahip olmak;	19, 20		✓
7.2. Yasal ve zihinsel hastalar için devlet tarafından yönetilen bir temsilciler ofisi kurulması ve ombudsman benzeri hizmetler sağlanması	19, 20		✓
8. Periyodik ve Otomatik Değerlendirme Mekanzması			
8.1. İncelemeyi yürütmek için bir değerlendirme kurulu atama	19		✓
8.2. Değerlendirme kurulu üyelerinden belirli aralıklarla hastalarla görüşmesini ve vakaları incelemelerini isteme	19		✓
8.3. Hastaların, değerlendirme kuruluyla görüşmesiyle ilgili olarak hastalarla görüşmesini ve vakaları incelemelerini isteme	19, 20		✓
8.4. Değerlendirme prosedürünün her bir ayrı inceleme için tam olarak gerçekleştirilmesini zorunlu kılama (değerlendirme kurulu, belirli bir durumda birden fazla otomatik inceleme yapılması durumunda ideal olarak aynı kişi (ler) den oluşmalı ve önceki kararlarından gereğinden fazla etkilenmemelidir.)			✗
8.5. Atandıkları görevleri yerine getirmeyen kurul üyeleri için görevden alma			✗
9. Nitelikli Karar Verici			
9.1. Psikiyatri, psikoloji, hukuk, sosyal hizmetler gibi ilgili disiplinlerden olan resmi karar vericilere ve / veya onlara yardımcı olan kişilere temel ve sürekli eğitim verilmesi			✗
9.2. Kararda doğrudan kişisel çıkarı bulunmayan yetkisiz kılınması			✗
9.3. Resmi karar vericilere, görevlerini yerine getirirkenki bağımsızlıklarını sağlayabilmek için yeterli ücret verilmesi.			✗
10. Hukuk Kurallarına Saygı			
10.1. Hastaları hakları konusunda bilgilendirmek	7		✓
10.2. İlgili yasal belgelerin, karar vericilere veya ilgi duyan herkese sağlanması (örneğin gerekirse erişilebilir bir dilde yayınlanması)	9(a), 20(b)		✗
10.3. Karar vericilere Hukuk Kurallarının anlamı ve sonuçları hakkında eğitim vermek			✗
10.4. İlgili uluslararası kabul görmüş insan hakları belgelerinden yararlanarak, ilgili yargı alanında yürürlükte olan yasaları yorumlamak	15(10), 18, 19(b3)		✓
10.5. Sağlık otoritelerinden ve hizmet verenlerden bağımsız, bir kontrol kurumu tarafından ruh sağlığı yasası uygulamalarının izlenmesi	19(a2), 20(a)		✓

ve sağlık hizmetlerindeki değişim nedeni ile durumun güncel ve kamuya açık verilerle ortaya konması, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin tedaviden öncelikli planlanması gerekmektedir.

5) Türkiye, 2009 yılında onayladığı “Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi”, 1989’da onayladığı “Avrupa İşkence ve İnsanlık Dışı veya Onur Kırıcı Davranış veya Cezayı Önleme Sözleşmesi”, Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilen Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni kapsamında bir hak olan sağlığın korunması ve geliştirilmesi bağlamında ruh sağlığı yasasına ihtiyaç duymaktadır.

SONUÇ

İnsan hakları, topluma entegrasyon, sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirme, ruh sağlığı dışındaki sektörlerle bağlantı ekseninde ruh sağlığı mevzuatının olması, uygulanması ve denetlenmesi elzemdir. Kapsayıcı kanunların oluşturulmasının ardından ilgili tüzük, yönetmelik, yönerge, genelge gibi süreci tamamlayacak diğer mevzuatın, sonraki araştırmalarda değerlendirilmesinde DSÖ’nün Ruh Sağlığı, İnsan Hakları ve Mevzuat Kaynak Kitabı kullanılması önerilir.²⁰

Sık görülen ve yeti yitimine sebep olan “önemli” ruh hastalıklarının, insan hakları ekseninde savunulması, doğumdan ölüme dek yaşamın bütünlüğü içinde korumaya tedaviden öncelik verilmesi, hastalıkların sosyal, çevresel önlenabilir tüm risklerinin bertaraf edilerek, halkın öz sorumluluk hissederek katılımının olduğu sağlık hizmetlerinin, entegre ve bir ekip hizmeti olarak toplum temelli verilebilmesi için bir ruh sağlığı yasası oluşturulması önemlidir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin, çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

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

KAYNAKLAR

- Öztek Z, Üner S, Eren N. Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi. In: Güler Ç, Akın L, editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Cilt 1, Bölüm 1: Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi. 2. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012. p.12-3.
- [Internet] Global Health Data Exchange, Global Burden of Disease (GBD): Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 1990-2016 Available from: Erişim Tarihi : 09.01.2020 [Link]
- Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, et al. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the global burden of disease study 2010. PLoS One. 2014;9(4):e91936. [Crossref] [PubMed]
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Masello J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Lancet. 2007;370(9590):859-77. [Crossref] [PubMed]
- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry. 2016;3(2):171-8. [Crossref] [PubMed]
- Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirme ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Bölüm 4. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z, editörler. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1. Baskı. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 1998. p.77-93.
- WHO. The WHO mental health policy and service guidance package. Available from: [Link]
- Munir K, Ergene T, Dag I, Erol N, Aker T. editörler. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası. 1. Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2006. p.14-6.
- Alataş G, Kahiloğulları AK, Yanık M. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Erkoç M, Çom S, Torunoğlu MA, Alataş G, Kahiloğulları AK, editörler. Ankara; T.C. Sağlık Bakanlığı; 2011. p.110.
- Yanık M. Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry (RCHP). 2007;(Özel Sayı):1-80.
- Kaya B. Draft mental health law. J Clin Psy. 2017;20(4):253-4.
- Türkiye Psikiyatri Derneği. Ruh Sağlığı Yasa Taslağıyla İlgili Basın Açıklaması. 2019. Available from: [Link]
- Ruh Sağlığı Kanunu Teklifi. 27/07/2018 Available from: [Link]
- Mental Health Care Law: Ten Basic Principles. Geneva: World Health Organization; 1996. Available from: [Link]
- T. C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. 2011. Available from: [Link]
- T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlığım: Halk Sağlığına Yönelik Bilgiler, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerini Tanıyalım. Available from: . [Link]
- OECD. Hospital Beds. 2020. Available from: [Link]
- OECD. Psychiatrists. Health at a Glance 2009: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2009. p.74-5. [Crossref]
- WHO. Mental Health Atlas 2017 Member State Profile: Turkey. 2018. Available from: [Link]
- WHO. Mental Health, Human Rights And Legislation: a Global Human Rights Emergency in Mental Health. 2005. Available from: [Link]