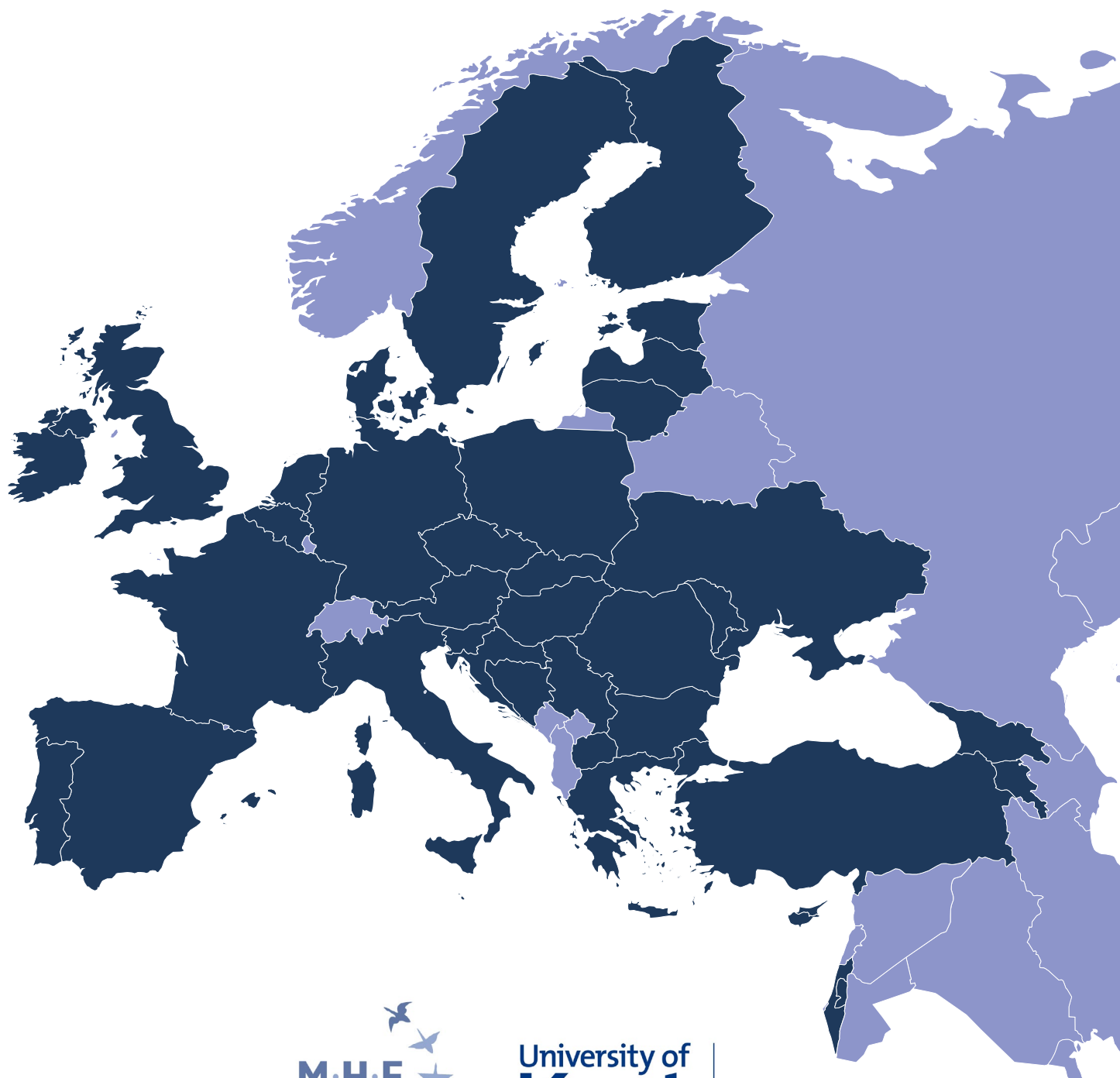

MAPPING & UNDERSTANDING EXCLUSION IN EUROPE



University of
Kent

Tizard
Centre

ÖZET

“Dışlanmayı Anlama ve Haritalama-Avrupa’da kurumsal, zorunlu/istemsiz ve topluluk-temelli ruh sağlığı hizmetleri ve uygulamaları” adlı bu rapor, Avrupa Ruh Sağlığı Ağı’nın 2012 Dışlanma Haritalaması raporunun yeni ve genişletilmiş bir basımıdır. Rapor, Kent Üniversitesi ve Avrupa Ruh Sağlığı Ağı (Mental Health Europe -MHE) tarafından MHE üyeleri ve partneri olan örgütlerle birlikte hazırlanmış, Açık Toplum Ruh Sağlığı Girişimi ile Avrupa Birliği Eşit Haklar ve Yurttaşlık Programı tarafından desteklenmiştir. Rapor, Avrupa ülkelerinin ruh sağlığı yasaları, istemsiz/zorunlu yatış ve tedavi kullanımı, tecrit ve tespit uygulamaları hakkında güncel ve daha kapsamlı bilgi vermeyi, ayrıca Avrupa’da ruh sağlığı alanında ortaya çıkan meseleleri gündeme getirmeyi amaçlamaktadır. Rapor, Avrupa çapındaki ruh sağlığı sistemlerini haritalarken ruh sağlığı hizmetlerini kullanan insanların ve psikososyal engeli bulunan kişilerin insan hakları açısından mevcut duruma da ışık tutmaktadır. Bu basımda, ruh sağlığı hizmetlerinde kurumsallaştırma baskıya maruz kalma deneyimi yaşamış insanların öykülerine özel olarak odaklanılmıştır, bu paylaşımın, söz konusu bireylerin toplumda karşılaştıkları dışlanmanın daha iyi anlaşılmasına katkı sunacağını umuyoruz.

Rapor, 2012’de anlatılan durumun biraz değişmesine rağmen, Avrupa çapında hala ruh sağlığı problemi yaşayan önemli sayıda insanın kurumlarda yaşadığını ve topluluk temelli hizmetlere ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Rapor, reformlar yapılmış olsa da, sosyal hizmet ve sağlık otoriteleri arasındaki zayıf işbirliği, topluluk temelli hizmetlerle uyumlu insan haklarının eksikliği, kurumdan kuruma geçiş ve masrafları kısma gibi çeşitli sıkıntıların olduğunu gözler önüne sermektedir. Dahası son yıllarda kurumsuzlaştırmanın Orta ve Doğu Avrupa’nın meselesi olarak dile getirilmesine rağmen, Fransa, Belçika, Portekiz, Almanya gibi ülkelerde de ruh sağlığı problemi olan onbinlerce insanın kurumlarda yaşadığı ve bu durum hakkında çok az şeyin yapıldığı görülmektedir. Orta ve Doğu Avrupa’da, AB fonlu kurumsuzlaştırma programları çok yavaş uygulanmaktadır ve bunların ruh sağlığı problemi olan insanlar için gerçek sonuçlarının ne olduğu hakkında sınırlı veri bulunmaktadır.

Bu rapor için, zorla yapılan uygulamaları deneyimlemiş insanların açık yüreklilikle sunduğu kişisel tanıklıklar, istemsiz kuruma kapatmaların ve istemsiz tedavilerin, insanların yaşamlarında uzun vadeli ve yıkıcı etkilere sahip olabileceğini göstermektedir. Yatış öncesi ve sırasında bilgi verilmemesi, kötü fiziksel koşullar, ciddi yan etkileri olan zorunlu ilaç kullanımı, yasal desteğin olmayışı, fiziksel ve duygusal zarar görme, sosyal ve fiziksel izolasyon ve damgalama gibi konuların hepsi de (psikiyatrinin) eski ve mevcut kullanıcılarının kişisel tanıklıklarında dile getirilmiştir.

Bir önceki 2012 Dışlanma Haritalaması raporunda, birçok ülke çok ilerici -ve gelecek vaat eden- yasal ehliyet reformları planlamakta veya uygulamaktaydı. Ne var ki, 2017 itibarıyla sadece belli sayıda ülkenin ilgili yasalarını değiştirdiği ve destekli karar verme uygulamasının neredeyse her yerde eksik olduğu, bu raporda göze çarpmaktadır. Raporda toplanan bulguların geneli, ruh sağlığı problemi olan ve psikososyal engeli bulunan insanların karşılaştığı insan hakları meselelerinin ruh sağlığı hizmetleri dahilinde ve haricinde hala büyük bir sorun olduğunu göstermektedir.

ÖNERİLER

BBu rapora dayanarak aşağıdaki önerileri hazırladık:

1. Henüz gerçekleştirilmemiş Devletler, ruh sağlığı problemi olan ve psikososyal engeli bulunan insanların temsilcisi olan örgütlerle ve insan hakları standartlarına uyan diğer ilgili paydaşlarla işbirliği içinde, sağlık, sosyal bakım, istihdam alanlarındaki ilgili tüm bakanlıkları ve sektörleri bir araya getiren ve iyileşme yönelimli, insan haklarına uyumlu topluluk-temelli ruh sağlığı hizmetlerinin ve desteklerinin sürekliliğini garantileyecek yeterli yatırımlarla desteklenen bütüncül kurumsuzlaştırma stratejilerini hayata geçirmelidir.

2. Ruh sağlığı hizmetlerindeki zorla yapılan uygulamaları azaltmak için Avrupa Devletleri:

- Ruh sağlığı hizmetlerindeki zorla yapılan uygulamaları hemen azaltacak politikaları hayata geçirmeli ve nihai olarak bu tür uygulamaları insan hakları standartlarıyla uyumlu biçimde ortadan kaldırmalıdır. Politika ve uygulamalar, sorun yaşayan insanlara ve ailelerine kendi hakları ve sağlıklarıyla ilgili bilgi sağlama; topluluk ve hastane ekipleri arasında iletişimi artırma, "vizyon-sıfır", gerilimi düşürme prosedürlerini ve tekniklerini uygulama; hastane dışı mobil birimler kurma; hizmet alanlara ve çalışanlara Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesi'ne (BM EKHS) ve bilgilendirilmiş onaya özellikle vurgu yaparak insan hakları eğitimleri verme gibi konulara odaklanmalıdır,

- Ruh sağlığı hizmetlerinin (eski) kullanıcılarının, psikososyal engeli bulunan insanların ve onları temsil eden örgütlerin güçlendirilmesini desteklemeli, BM EKHS'nin 4.3 maddesiyle uyumlu bir şekilde haklarını ve yaşamlarıyla ilgili tüm kararların alınmasına katılabileceklerini bilmelerini sağlamalıdır,

- BM EKHS'nin 12. Maddesi ile uyumlu şekilde, ruh sağlığı ve yasal ehliyetle ilgili yasal düzenlemelerin değiştirilmesi ve destek hizmetlerinin yaratılması ve umut veren uygulamaların yaygınlaştırılması aracılığıyla, vasiliğe dayalı uygulamalar yerine destekli karar verme sistemlerine doğru yönelmelidir,

- Tüm istemsiz kuruma yatırma/yerleştirme ve istemsiz tedavi vakaları, tecrit ve tespit uygulamaları, uygulama nedenleriyle birlikte uygun şekilde dosyalanmalı, raporlaştırılmalı ve bu veriler kamuya açıklanmalıdır.

3. BM EKHS'nin 31. Maddesi ile uyumlu şekilde, Devletler kuruma yerleştirmeleri belgelemeli ve istatistikleri kamuya açık hale getirmelidir. Bu istatistikler, yerleştirme sayıları, kurum tipi, kalış süresi, yerleştirme nedenleri ve de yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri kapsayan bölümlere ayrılmalıdır.

4. BM EKHS'nin 8. Maddesi ile uyumlu şekilde Devletler, kanıta dayalı damgalama karşıtı programlara toplum genelinde yatırım yapmalıdır. Ulusal ve yerel düzeydeki farkındalık artırma ve savunuculuk kampanyaları; ruh sağlığı reformlarının, kurumsuzlaştırma strateji ve uygulamalarının her zaman ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

5. Devletler, kurumsuzlaştırmayı, bağımsız ve topluluk içinde yaşamayı destekleyecek kişisel bütçe uygulamalarını gündeme getirmelidir. Bu tür uygulamaların yürürlükte olduğu Devletler, diğer engelli kişiler kadar psikososyal engeli bulunan kişilerin de bunlardan yararlanmasını sağlamalıdır.

6. Devletler, BM EKHS'nin 19. Maddesi ile uyumlu şekilde kurumsuzlaştırma programlarını daha iyi denetlemeli ve ruh sağlığı problemleri olan insanların reformlardan yararlanmasını ve bu programlar aracılığıyla yaratılan alternatiflerin gerçekten bağımsız ve topluluk içinde yaşamayı desteklemesini garanti altına almalıdır.

7. Avrupa Birliği (AB)2020 sonrası Çok-yıllı Finansal Çerçeve'de kurum temelliden topluluk temelli hizmetlere geçiş için elzem olan desteğin devamını garanti altına almalı, aynı zamanda da fonların kullanımını kapsayan yasal düzenlemelerdeki koşulların güçlendirilmesini, yaygınlaşmasını ve etkin biçimde denetimini güvence altına almalıdır. Ve bu fonlama süreçleri, varolan tüm fonların mümkün olan en büyük etkiyi yaratacak ve insan hakları standartlarıyla uyumlu olacak şekilde kullanılmasını güvenceye almak için basitleştirilmeli ve yeniden biçimlendirilmelidir.

8. AB düzeyindeki çabalar, "Ruh Sağlığı ve İyilik Hali hakkında Ortak Eylem" ve "Ruh Sağlığı ve İyilik Hali hakkında AB Pusulası"nın takip çalışmaları da dahil ruh sağlığı alanındaki ülkeler arası bilgi ve deneyim paylaşımları ile tamamlanmalıdır.

9. AB, destekli karar verme üzerine gelecek vaat eden uygulamaları artırmak; hizmet alanları ve psikososyal engeli bulunan insanların güçlendirilmesi için zorla yapılan uygulamaların alternatiflerinin araştırılmasına fon sağlamalıdır.



TÜRKİYE

ÜLKE BİLGİLERİ

- Nüfus: 79,814,871 (Eurostat, 2017)
- BM EKHS: EVET, EKHS onaylandı mı?: EVET

GENEL ÖZET

Türkiye’de ruh sağlığı hizmetleri temel olarak hastaneler ve topluluk temelli kurumlarda (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri) verilmektedir. Hizmetler genelde çok kalabalık /aşırı yüklü olup ağırlıklı ilaç kullanımına dayalı katı bir tıbbi yönelimle çalışmaktadır. Ruh sağlığı yasal düzenlemeleri güncel değildir. Ruh sağlığı problemi yaşayan kişiler, aileleri ve hizmet veren uzmanlar içinde insan hakları farkındalığı çok düşüktür.

İstemsiz yatış/yerleştirme ve zorla tedavi önemli meselelerden ancak bu konuda yeterli resmi veri bulunmamaktadır. Türkiye halen yasal ehliyetten tamamen mahrum bırakma uygulamasını yapmaktaki ve vasilik düzenlemesi yürürlükte.

AYRINTILI BİLGİLER

Kurumlar ve psikiyatrik hastaneler

2014’te Türkiye’de dokuz devlet ve iki özel olmak üzere 11 psikiyatri hastanesi bulunmaktaydı. Aynı yıl devlet hastanelerine kabul edilen hasta sayısı 63,282 (yaklaşık 100,000’de 83 kişi) idi. Ortalama yatış süresi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ruh Sağlığı Atlası’na (2011) göre 18-25 gün arasındaydı ve psikiyatri hastanelerinde kalanların %25’i bir yıl veya daha fazla hastanede yatmıştı (%12 ise 5 yıldan uzun süre kalmıştı). Güncel bilgiler sınırlı olsa da, genel hastanelerin psikiyatri birimlerindeki hasta sayıları da aynı kaynağa göre benzer durumdaydı.

Özel bakım evlerinde 11,923 kişi ve devlete bağlı bakımevlerinde 6,670 kişi bulunmakta (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015). Bu kişilerin yaklaşık yarısının psikososyal engeli bulunan kişiler olduğu tahmin edilmektedir.

	Toplam sayı	Toplam yatak	Sektörel dağılım
Psikiyatri hastaneleri*	11	4,231	Genel olarak devlete bağlı
Genel hastaneler içindeki psikiyatri birimleri	--	4,208	Genel olarak devlete bağlı
Yatılı bakım merkezleri ***	254	---	Karışık: 93 devlet, 161 özel

*Sağlık Bakanlığı, 2015; Rusihak (2015) Ruh Sağlığında İnsan Hakları: 2013

**DSÖ Ruh Sağlığı Atlası, Türkiye ülke profili, 2011

*** Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015

181

Genel hastanelerin ve toplam yatakların sayısı 2015 yılında sırasıyla 884 ve 125,030 idi. Nörolojik yataklar bu sayılara dahildir.



Topluluk temelli yatılı bakım desteği

Türkiye’de ruhsal sorun yaşayan yetişkinlerin çoğunluğu aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Topluluk temelli yatılı destekler çok sınırlıdır. 2016 yılında Türkiye’deki 128 “umut evi”nin yaklaşık yarısı ruhsal sorun yaşayan kişiler için hizmet vermekteydi. Bu evlerde kalan kişi sayısı 4 ile 6 arasındadır. Hizmet alanların anlatımlarına dayalı bulgulara göre bu evlerin bir kısmı, işleyişte oldukça kurumsal olup yaşamın tüm yönleri hizmet verenlerce kontrol edilmektedir.

2011’de hükümetin hazırladığı Ruh Sağlığı Eylem Planı, destekli yaşam uygulamalarının başlayacağını belirtmişti ve kamu görevlileriyle yapılan kişisel görüşmelerde bu uygulamanın beş kentte başladığı öğrenilmiştir; ancak bu konuda başka bilgiye erişilememiştir.

Diğer topluluk temelli ruh sağlığı destekleri

Türkiye’deki topluluk temelli ruh sağlığı desteği temel olarak ayaktan tedavi verilen/toplum ruh sağlığı merkezlerini (TRSM) kapsamaktadır. 2017’de 149 TRSM’de 32,307 aktif hizmet kullanıcısı bulunmaktaydı (Sağlık Bakanlığı verisi). Ayrıca TRSM’ler bünyesinde az sayıda mobil ekipler de bulunmakta. Aslında mobil hizmetler TRSMlerin yükümlülükleri arasındadır. Ancak bu konuda bir veri bulunmamaktadır.

Bu merkezler hastanelerle ilişkili statülerine göre tanımlanmaktadır: 2014 Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’nin kapsamı “Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığı tarafından toplum ruh sağlığı merkezi açmaya yetkili kılınacak Sağlık Bakanlığı’na ait yataklı tesisleri ve bu birimlerde görevlendirilecek personeli kapsar.” demektedir. Yönerge, “hasta” terimini kullanmakta ve hizmet alanların ve bakım verenlerin (aile üyeleri veya savunucular) aktif katılımını veya akran desteğini belirtmemektedir. Sadece, herhangi bir tanım vermeden psikososyal müdahaleden, eğitimlerden ve topluluk temelli ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili diğer kamu kurumlarından bahsetmektedir. Tıbbi tedavi ve hastanın hastaneye yatışı hakkında bazı maddeler de içermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün, Ruh Sağlığı Gereklerini Eylem Programı (mhGAP) Türkiye’de, 2017 itibarıyla, Sağlık Bakanlığı ve DSÖ işbirliğiyle birinci basamak sağlık uzmanları için başlatılmıştır. Psikiyatrist, psikolog, psikolojik danışman ve sosyal çalışmacılardan oluşan bir grup eğitimci birinci basamak uzmanlarına eğitimler vermektedir.

Şubat-Haziran 2017 arasında, travmatik olayların yüksek olduğu 17 şehirden 375 Türk pratisyen hekim ile 150 Suriyeli doktor süpervizyon desteği de alarak 3 günlük bir eğitime katılmıştır. Sağlık Bakanlığı bu eğitimleri tüm şehirlere yaygınlaştırmayı planlamaktadır (Sağlık bakanlığından alınan bilgidir). Bu programın amacı, psikososyal müdahaleleri artırmak ve gereksiz ilaç kullanımını azaltmak olarak belirtilmiştir.

Türkiye’de akran destek grupları, daha çok madde ve alkol bağımlısı kişiler için bulunmaktadır (örn, AA ve NA). Bazı şizofreni dernekleri –ülke çapında 30 civarı bu tür dernek vardır- kendilerinin de akran desteği sunduğunu savunmaktadır. Bu derneklerin büyük çoğunluğu aile üyelerince yürütülmektedir. bazen de gönüllü psikiyatristler, hemşireler, psikologlar psikoeğitim grupları yapmaktadır. Bu dernekler, ayrıca kültürel ve beceri eğitimi fırsatları da sunmaktadır. TRSM’ler ve psikiyatri hastaneleri de bu tür kültürel ve mesleki beceri eğitimleri sağlamaktadır.

Engellilikle ilgili ödemeler olmasına rağmen (örneğin engelli maaşı, bakıcı ödemesi gibi) kişisel asistanlık ve kişisel bütçe sistemi Türkiye’de uygulanmamaktadır. Aile üyeleri sadece “ağır engelli” kişilerin bakım vereni olarak ve engelli kişinin vasisi olmaları durumunda (%80 veya daha yüksek engellilik oranı hastanelerce onaylanmak zorundadır) ödeme alabilmektedir. Bu alanda çalışan bazı hizmet elemanları ve bazı STK üyeleri vasilerin engelli bakım parasını nadiren hastaların iyilik halini artırmak için

183 Reference: http://sgb.aile.gov.tr/data/5434f307369dc31d48e42dc5/2016_Faaliyet_Raporu.pdf

184 Available here: <https://www.mindbank.info/collection/country/turkey> (in Turkish)

185 Available here: <https://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/51171887f3bc4ff9ae56b7d8b4eebd99.pdf> (in Turkish)

186 http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/

187 Personal communication with an mhGAP trainer.



kullandığını genelde kendilerinin gündelik yaşam ihtiyaçlarına harcadığını dile getirmektedir.

İstemsiz yatış ve istemsiz tedavi

Türkiye, BM EKHS'ni 2008'de ve ek protokolü de 2014'te onaylamış olsa da, zorunlu yatış/yerleştirme ve tedaviyi düzenleyen bazı yasal düzenlemelere karşın bir ruh sağlığı yasasına sahip değildir. Resmi ölçütlere ve prosedürlere göre, istemsiz yatış ve zorunlu tedavi en son seçenek olarak kullanılmalıdır. Bu konuda çok az resmi veri bulunmaktadır; rusihak (savunuculuk derneği)'in 2013 tarihli izleme raporunda şunlar vurgulanmaktadır :

- İstemsiz hastaneye yatırma, psikiyatrik hizmet kullanıcılarını hastaneye/kuruma getiren kişinin imzasının alınmasıyla gerçekleşmektedir.
- Psikiyatrik hizmet kullanıcıları yatış belgelerini imzalamak istemediğinde ya da kişinin kimliğinin bilinmediği durumlarda, hastaneye yatırma iki doktorun onayıyla gerçekleşmelidir. Uygulamada ise, hastaneye yatış çoğu zaman bir doktorun imzasıyla yapılmaktadır, diğer doktorun onayı daha sonra alınmaktadır.
- Psikiyatrik hizmet kullanıcılarını istemsiz olarak yatırmaya getirenler çoğunlukla aile üyeleri veya akrabalarıdır, bunun dışında (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın açtığı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri, İslahevleri ve Sığınma evlerinin) görevlileri, veya arkadaşlar, komşular ve muhtarlar olabilmektedir.
- İstemsiz Hastaneye Yatırmanın Yargı Denetimi: psikiyatrik hizmet kullanıcıları tedaviyi reddetme hakları konusunda asla bilgilendirilmemektedirler ve bir temyiz mekanizması da bulunmamaktadır.
- İstemsiz hastaneye yatırımların yargı denetimi için hastane yönetiminin 48 saat ile 7 gün içinde Asliye Hukuk Mahkemelerine bildirilmesi gerekir. Mahkeme onayları en erken 10 gün içinde gerçekleşir ancak uygulamada sıklıkla aylarca sürdüğü görülmektedir. Mahkemelerin istemsiz yatış başvurularını reddettiği bir vakaya rastlanmamıştır. Mahkeme başvuruları ve onayları büyük oranda kağıt işi olarak ele alınmaktadır.
- İstemsiz yatış ve zorunlu tedavinin oranıyla ilgili resmi bir veri olmasa da, rusihak raporu %70 ve %85 arasında olabileceğini belirtmektedir (adli psikiyatri birimlerini de kapsamaktadır) (age). Aynı rapor, hastanelerdeki ruh sağlığı çalışanlarının istemsiz yatışı, "zorunlu tedavinin bir onayı" olarak gördüğünü ve yazılı izin ve kayıtların sadece elektroşok terapisi için alındığının da altını çizmektedir.

Tecrit ve Tespit

Tecrit, uzun süreli fiziksel tespit (kısıtlama) ve kimyasal tespit istatistikî bilgiler olmasa da oldukça yaygın uygulanmaktadır. .

Hukukî ehliyet (ayırtetme gücü) ve vasilik

Madde 405: Türk Medeni Kanunu'nun yetişkinlerde vasilikle ilgili maddesi, bir hak sahibi olarak kendi görevlerine bağlı kalmayan her yetişkin için hukukî ehliyet kısıtlaması uygulanmalı ve bir vasi atanmalı demektir. "Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır." Kısıtlama sadece kişinin istemi dışında değil isteği üzerine de yapılabilir.

Madde 408: Yaşlılığı, sakatlığı, deneyimsizliği veya ağır hastalığı sebebiyle işlerini gerektiği gibi yönetemediğini ispat eden her ergin kısıtlanmasını isteyebilir.

Madde 409: Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlamaya ancak resmi sağlık kurulu raporu üzerine karar verilir. Hakim, karar vermeden önce, kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir.

Madde 474: Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı yüzünden kısıtlanmış olan kişi üzerindeki vesayetin kaldırılmasına, ancak kısıtlama sebebinin ortadan kalkmış olduğunun resmi sağlık kurulu raporu ile belirlenmesi halinde karar verilebilir.



Vesayet altındaki kişi sayısı bilinmemektedir. Rusihak tarafından ilgili genel müdürlüğe yapılan bilgi edinme başvurusu vesayet statüsünün kişisel veri olduğu ve paylaşamayacağı gerekçesiyle yanıtlanmamıştır.

Diğer Bilgiler

TTürkiye'deki ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili şu üç önemli mesele vurgulanabilir:

- Meslek uzmanlarının azlığı ve hizmetlerin mevcut olmaması
- Ruh sağlığına yönelik tutumlar
- Sığınmacı krizi

Meslek uzmanlarının azlığı ve hizmetlerin mevcut olmaması

Türkiye'nin kalabalık ve giderek artan bir nüfusu bulunmakta. Birçok ruh sağlığı meselesi olmasına rağmen hizmetler aşırı kalabalık olup genelde ilaç verme ve hastane yatışına dayalı çok katı bir tıbbi yolla işlemektedir. Özel sağlık hizmeti sunanların giderek artması "yüksek gelirli hastaların daha iyi kalitede olan özel hizmetleri kamu hizmetlerine tercih etmesi, sağlık hizmetlerinin tüketiminde daha fazla sosyal tabakalaşma sonucunu doğurmuştur." (UNDP 2016; s. 69).

Psikiyatrist ve yatak sayıları diğer Avrupa ülkelerine kıyasla çok düşüktür (2011, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planına göre, 73,722,988 nüfus için 1,831 psikiyatrist ve 7,356 psikiyatrik yatak bulunmaktadır).

Aynı planda ruh sağlığı alanında çalışan diğer uzmanlar da belirtilmiştir, bunlar 613 sosyal çalışmacı ve 1,677 hemşire olarak belirtilmiştir. 2011 Eylem Planında ruh sağlığı alanında aktif olarak çalışan psikolog sayısı 1,370'tir oysa sadece 2010-11 akademik yılında 40 üniversitedeki psikoloji öğrencisi sayısı 2632dir.

2009-2010 yılında Sağlık Bakanlığı, 1928 tarihli tedavi yetkisini sadece doktorlara veren Genel Sağlık (Tababet) Kanununa dayanarak, psikolog ve psikolojik danışmanların kurduğu çok sayıda özel psikoterapi merkezini kapatmıştır. Ruh sağlığı meselelerini düzenleyen bir başka yasa da bulunmamaktadır.

Bu kriz sonrası, Sağlık Bakanlığı klinik psikologların, psikoterapi yapabilmek için "tıbbın psikolojik uygulamaları" adlı bir sınavı geçtikten sonra, bir psikiyatristle birlikte çalışmasını gerekli kılmıştır.

Psikolojik danışmanlar da özel sektörde psikoterapi ve psikolojik danışma alanında çalışmasına rağmen, eylem planında adları geçmemektedir. Sayıları hakkında istatistiki net bilgi olmasa da 35,000'den fazla psikolojik danışma mezunu olduğu tahmin edilmektedir. Psikolojik danışma bölümleri Eğitim Fakülteleri altında bulunduğu ve genelde okullarda çalıştıkları için ruh sağlığı işgücüsü içinde pek görülmemektedirler. Ancak bazı psikolojik danışmanlar, travma çalışmalarında ve yeni ruh sağlığı yasa taslağı hazırlıklarında aktif rol oynamaktadır.

Ruh Sağlığına Yönelik Tutumlar

Türkiye Psikiyatri Derneği, 1996 yılından beri ruh sağlığı yasası hazırlama çabası içindedir. Hazırlanan bu taslak önerileri tıbbi model yaklaşımını yansıtmaktadır. Rusihak'ın 2010'da düzenlediği uluslararası katılımlı bir sempozyumdan sonra 2011-2012de, Sağlık Bakanlığı ruh sağlığı danışmanı, Türkiye Psikiyatri Derneği, rusihak, gönüllü avukat ve psikologlardan oluşan 15 kişilik bir grup insan haklarını temel alan bir ruh sağlığı yasa taslağı üzerine çalışma yürütmüştür. Bu çalışma, 2012'de kesintiye uğramış ve yarım kalmıştır. Aralık 2016'da Türkiye Psikiyatri Derneği'nin tıbbi modele dayalı önceki ruh sağlığı yasa önerisi parlamentodaki psikolojik danışma kökenli bir milletvekilinin gözetiminde diğer meslek gruplarının da katılımıyla yeniden tartışılmaya başlanmıştır. Tüm ruh sağlığı meslek örgütlerinin ve rusihak'ın temsilcileri bu çalışmaya halen katılmaktadır; örneleyici, toplum temelli ve iyileşme yönelimli ruh sağlığı bakış açıları da bu taslakta kapsanmış durumdadır.

Psikososyal engellilik ise 2014'te gözden geçirilen Engelli Kanunu'nda içerilmiştir. Psikiyatristlerin büyük çoğunluğunun, yakın zamana kadar psikiyatrik sorunları olan kişilerin engelli bireyler olarak kabul edildiğinin farkında olmadığını da belirtmek gerekir. 2011-2012 ruh sağlığı yasa taslağı çalışması sırasında, Psikiyatri Derneği'nin önceki yasa metnini hazırlayan psikiyatris-

Kaynak: Person/Birey – Türkiye'de yasal ehliyet üzerine ülke raporu, 2016. http://www.eu-person.com/publication/person-country-report-turkey/wppa_open/
http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf



ter, çalışılan yasa taslağının BM EKHS vurgusu yapmasına karşı çıkmıştı. Söz konusu taslağın ilk hali EKHS'nin yazarlarından biri olan ve ruh sağlığı yasaları üzerine araştırmalar yürüten Prof. Arlene Kanter tarafından hazırlanmıştı ve kendisi bu yasa çalışmasının ilk iki toplantısına katılmıştı.

Psikiyatristler, artık, engelli yardımları için onay vermek zorunda olmaları nedeniyle, ruh sağlığı sorunu yaşayan insanların da engelli olarak sınıflandırıldıklarının farkındalar. Yine de ruh sağlığı sorunu yaşayan kişiler, aileleri ve bilgi uzmanları arasında insan hakları hakkında farkındalık çok az düzeydedir.

Türk toplumundaki bir başka mesele ailelerin aşırı koruyuculuğu ve korkuları. Varolan yasal durum ve uygulamalar, psikososyal engeli bulunan kişilerin ailelerine yapışmasına ve böylece bağımlılık durumunun yeniden yaratılmasına yol açmakta. Ne var ki, geleneksel Türk kültürü “deliler” ile kendine özgü bir ilişkiye sahip. Geçmişte ve bazı kırsal bölgelerde halen, ciddi ruh sağlığı problemi olan kişiler kendi toplulukları içinde yaşamayı bir şekilde başarmıştır ve bazı istismar durumları olsa da “oldukları gibi” kabul edilmişlerdir. Günlük yaşamda halk arasında bu hoşgörü halen sürse de, şehirleşmenin artması ve hastaların finansal kaynaklarının azlığı ve işsizlik nedeniyle bu hoşgörü hızla azalmaktadır.

Sığınmacı krizi

Ülkedeki sığınmacı sayısı ile ilgili 3.2 milyon kişiden 3.4 ya da 3.5 milyon kişiye kadar farklı tahminler yapılmaktadır.

2015’de geçici korumadan yararlananların sadece %11.5’u kamplara yerleşmişti, sığınmacıların %88.5’u genelde şehirlerde olmak üzere tüm ülkeye yayılmış olarak kampların dışında bulunmaktaydı.

Sığınmacıların ne kadarının birincil basamak ya da topluluk temelli ruh sağlığı hizmetlerine erişimi ve kabulü olduğu konusunda yeterli veri bulunmamakta. İstanbul Sağlık Müdürlüğü’nün 2015’teki bir belgesine göre sağlık hizmetleri tüm şehirlerde sığınmacılara verilecek şekilde genişletilmiştir. Bu belge, Sağlık Bakanlığı ve Başbakanlığa bağlı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) arasında imzalanmıştır.

Suriyeli sığınmacılarla ilgili 2016 tarihli genel sağlık taraması ruh sağlığı verilerini kapsamamaktadır.

DSÖ’nün işbirliğiyle 2013’te başlatılan eğitim programının amacı ise şunlar olarak belirtilmiştir:

Suriyeli doktor ve hemşireleri Türk sağlık bakımı sistemine entegre edecek eğitimler vermek;

Türk doktorların psikiyatrik travmanın işaretlerini yakalayıp bu hastaları uygun bakıma yönlendirmesini sağlamak.

[Ülke raporu taslaklarının hazırlanmasına zaman ve enerjilerini vererek nezaketle katkı sunan kurumların/kişilerin tam listesini görmek için bu raporun en başındaki Teşekkür bölümüne bakınız.](#)

<http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id=224>

http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/turkey_syrian_crisis_en.pdf

<http://www.aljazeera.com.tr/haber/soylyu-turkiyede-3-milyon-551-bin-78-gocmen-ve-multeci-var>

<http://www.asylumineurope.org/reports/country/turkey/statistics>

http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/saggel/belge/Av_Elif_Selen_AY.pdf

https://www.afad.gov.tr/upload/Node/14019/xfiles/Health_Status_Survey_of_Syrian_Refugees_in_Turkey.pdf

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/syria-crisis-health-response-from-turkey/health-services-for-syrian-refugees-in-turkey>